



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Terapia Familiar

Terapias Breves: La influencia de Milton H. Erickson

**Reporte de Experiencia Profesional
Que para obtener el grado de:
Maestra en Psicología**

Presenta:
Edmí Penélope Exzacarías Esquivel

Directora:
Dra. Luz María del Rosario Rocha Jiménez

Comité Tutorial:
**Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
Dra. Juana Bengoa González
Mtra. Silvia Guadalupe Vite San Pedro
Dra. Noemí Díaz Marroquín**

Ciudad Universitaria, México, D.F., septiembre 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.

Dedico este trabajo:


*A mi madre Doña Consuelo Esquivel.
Mujer aguerrida a la vida, amorosa y siempre dispuesta a ayudar.
A quien jamás dejaré de abrazar, besar e incitar a sonreír.*

*A mi padre Don Eulalio Exzacarías.
De quien aprendí a mirar la vida con optimismo y a salir adelante de la adversidad con
creatividad e ingenio.*

*A mis hermanos Daniel y Alejandra.
Con quienes he experimentado y aprendido la importancia de ser familia, el poderoso
significado de respeto a las diferencias y el apreciable valor del apoyo. Gracias Ale.*

A mí.





Agradecimientos

*A mis profesores del Programa de Residencia de Terapia Familiar, de quienes aprendí la calidad y cualidad humana de transmitir conocimiento; que corrigieron, aplaudieron y fomentaron mis aprendizajes y capacidades para ser una psicoterapeuta y profesionista comprometida.
Gracias Luzma por tu infinita paciencia. Gracias Gerardo por confiar en mí.*

A mis padres académicos sistémicos: Juanita Bengoa, Pedro Vargas, Lidia Beltrán, Sergio Mandujano, Vicente Cruz y Alberto Patiño, a quienes tengo la enorme fortuna de conocer desde la licenciatura y quienes me han compartido la posibilidad de mirar la vida desde una epistemología respetuosa, sensible, abarcadora, interactiva y recursiva. Y también un tanto irreverente.

A mis compañeros de la octava generación de la Residencia de Terapia Familiar, con quienes recorrí, tanto dentro como fuera de las aulas, las travesías y vaivenes que implicó este ciclo en mi vida académica y personal, y de quienes aprendí otras maneras de llevar a cabo la psicoterapia.

A mis bien queridos camaradas y colegas Alternos, con quienes desde la licenciatura, he compartido alegrías y pesares, experiencias de luchas, triunfos y derrotas, pero sobre todo, la convicción de un mundo mejor. ¡Hasta la victoria siempre!

A mis educandos de la UdL, quienes me han estimulado a enseñar, pero sobre todo a aprender.

A mis compañeros del Palacio de Autonomía, con quienes confirmé el poder y valor de la amistad.

A mi familia Exzacarías y familia Esquivel, quienes me han permitido nutrirme de aprendizajes, experiencias y buenos recuerdos.

A Pati de Buen, viento que ha soplado la vela de este navío.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, quien siempre me ha ofrecido un vasto acervo de conocimiento y un enorme abanico de recreación y cultura. Además de haberme impulsado a tener el espíritu de ser una profesionista comprometida con su sociedad.

A todos gracias por haber confluído en mi historia.

ÍNDICE



INTRODUCCIÓN.....	6
Capítulo I. Antecedentes y contexto de la Terapia Familiar.....	8
1.1. Campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo de Terapia Familiar.....	12
1.1.1. Características del campo psicosocial.....	13
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias en México.....	26
1.2. La Terapia Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas en las familias.....	44
1.3. Caracterización de los escenarios.....	47
1.3.1. Descripción de los escenarios.....	49
1.3.2. Análisis de los escenarios.....	56
1.3.3. Trabajo y secuencia de participación en los escenarios.....	58
Capítulo II. Análisis del marco teórico epistemológico.....	64
2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	65
2.1.1. Teoría General de los Sistemas.....	66
2.1.2. Teoría Cibernética.....	69
2.1.2.1. EL Proyecto Bateson y la Teoría del Doble vínculo.....	76
2.1.2.2. Bases conceptuales en el pensamiento de Bateson.....	78
2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana.....	83
2.1.4. Constructivismo.....	87
2.1.5. Construccionismo Social.....	94
2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	98
2.2.1. Modelo Estructural.....	99
2.2.2. Modelo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California.....	107
2.2.3. Modelo Estratégico.....	117
2.2.4. Modelo de Milán.....	128
2.2.5. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.....	139

2.2.6. Terapias Posmodernas.....	148
Capítulo III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.....	160
3.1. Habilidades clínicas terapéuticas.....	161
3.1.1. Análisis del marco temático en relación a los casos: La influencia de Milton H. Erickson en la terapia familiar sistémica	162
3.1.2. Integración de expedientes de trabajo	170
3.1.2.1. Reporte de caso R.J. con Modelo de Soluciones	171
3.1.2.2. Reporte de caso V. C. con Modelo de Terapia Breve del MRI.....	188
3.2. Análisis de los casos desde la influencia de Milton H. Erickson.....	208
3.3. Análisis del sistema terapéutico total.....	215
3.4. Habilidades de investigación.....	218
3.4.1. Investigación con metodología cuantitativa: <i>Instrumento de evaluación del rol parental del adulto mayor en relación con su familia nuclear</i>	218
3.4.2. Investigación con metodología cualitativa: <i>Dinámica de la familia nuclear y rol de madre de la sexoservidora</i>	230
3.5. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento.....	262
3.5.1. Productos tecnológicos.....	263
3.5.2. Programa de intervención comunitaria: <i>Los cuentos que yo cuento</i>	269
3.6. Asistencia a foros académicos, congresos y talleres.....	277
3.7. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	279
Capítulo IV. Consideraciones finales.....	282
4.1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	283
4.2. Incidencia en el campo psicossocial.....	286
4.3. Reflexión, análisis de la experiencia e implicaciones en la persona del terapeuta.....	287
Referencias.....	290
Anexos.....	302

INTRODUCCIÓN

Desde mi paso por la carrera de Psicología, el conocimiento acerca de la Terapia Familiar Sistémica, fue un tema que me atrapó, y sobre el cual decidí enfocar mi trabajo como psicóloga y terapeuta. Así que me fijé el objetivo de estar en constante preparación en esta disciplina. Compromiso que he llevado a cabo con la constante asistencia a diversos foros de conocimiento, donde he mantenido activo este aprendizaje.

Tal interés me llevó a participar en la selección para pertenecer a la Residencia en Terapia Familiar y así continuar con mi preparación y formación como terapeuta, en un ambiente más académico y profesional.

En el presente trabajo, realizo un breve recorrido por esta experiencia de aprendizaje, la cual me dejó conocimientos más allá de los académicos, puesto que todos los ámbitos en los que en su momento me inserté, estuvieron en constante interrelación.

En el primer capítulo, abordaré los antecedentes y el contexto de la terapia familiar, ya que es necesario mostrar hacia dónde va enfocado el trabajo que se realizó dentro de la maestría. Por razones obvias, es menester puntualizar una breve reseña del concepto de familia, sus múltiples conformaciones, transformaciones y su situación actual, particularmente en la sociedad mexicana, donde dicho sea de paso, también resulta importante conocer las diversas problemáticas que aquejan a nuestra sociedad.

En el segundo capítulo, se encuentra el punto teórico central que da sustento al trabajo del terapeuta familiar, el trazado de la Epistemología Sistémica. El análisis teórico y conceptual de las premisas de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. Los diversos exponentes y los modelos de abordaje terapéutico, permitirán contextualizar desde que postura es llevado cada proceso en psicoterapia.

En el tercer apartado, relato desde mi experiencia, con un tenor más personal, el aprendizaje que adquirí y cómo lo fui aplicando durante mi formación, en que escenarios y que resultados obtuve. Es así como planteo y analizo dos casos abordados desde la terapia breve, uno con la Escuela del MRI de Palo Alto, y otro con el Modelo de Soluciones, ambos revisados bajo el lente del trabajo de Milton H. Erickson. Expongo el desarrollo de dos investigaciones realizadas durante la maestría, una con metodología cuantitativa denominada *“Instrumento de evaluación del rol parental del adulto mayor en relación con su familia nuclear”*, y otra con metodología cualitativa llamada *“Dinámica de la familia nuclear y rol de madre de una sexoservidora”*. Describo la impartición de un taller, como parte

de la práctica de intervención comunitaria, llamado ***“Los cuentos que yo cuento: trabajando con mis historias de vida”***, dirigido a gente de la tercera edad; describo de manera breve el desarrollo de dos productos tecnológicos y hago mención de los foros, talleres y conferencias a los que asistí.

Finalmente, en el cuarto y último capítulo, hago mención de las habilidades y competencias profesionales que adquirí a mi paso por la maestría y también menciono las reflexiones a las que he llegado al término de ésta, y de cómo han influido en mi persona como profesionista y como miembro de una sociedad.

Nuevamente agradezco a todos quienes me apoyaron en esta etapa de mi vida y a quienes tengan la gentileza de echar una hojeada a este trabajo de experiencia profesional.

Edmí Exzacarías,

Otoño 2014

*Cada casa repite un molde,
ventanas laminadas,
un vagón de fieras encerradas hasta la mañana.
Ahora todo duerme.
Silenciosas alfombras, espejos huecos,
polvo ciego bajo las camas de parejas legales envueltas en sábanas.
-The celebration of the Lizard, James Douglas Morrison-*

Capítulo I

Antecedentes y contexto de la Terapia Familiar



Para dar inicio a este capítulo, es necesario aterrizar qué es lo que se entiende por familia, qué tipo de conformación social es y cómo se compone; sus funciones, sus atributos, y qué influencia tiene en los seres humanos.

En un inicio, el estudio de la familia fue abordado por antropólogos y sociólogos quienes atribuyeron dimensiones de parentesco, uniones matrimoniales o consensuales y su estabilidad, la reproducción y el hogar o unidad doméstica, la cohabitación y/o la residencia en común, al ordenamiento familiar (Giberti, 2005).

Durante el transcurso del tiempo, particularmente durante la segunda mitad del siglo XIX y a mediados del siglo XX, se sostuvo la tesis acerca de que la unidad básica de la sociedad, la familia, estaba determinada por factores biológicos y naturales, entendidos como relaciones del vínculo consanguíneo, a partir de las cuales se construye el parentesco (Esteinou, 2008). A éste núcleo familiar biológicamente determinado le estaban atribuidas competencias de protección y afecto; el peso de los factores biológicos sobre los sociales y culturales era decisivo (*op. cit.*).

Para 1959 Radcliff-Brown (en Esteinou, 2008) argumentaba que las relaciones de parentesco también podían ser mediante conexiones socialmente reconocidas entre padres, hijos y esposos, dando énfasis a la importancia de derechos y obligaciones como un elemento que estructura las relaciones entre sus miembros. Esta postura amplió el concepto de familia a una visión más amplia en lo social.

Siguiendo esta línea de investigación, Murdock (1949 en Esteinou, 2008) consideró que la familia nuclear era universal y constituía la unidad básica del parentesco, cuyas funciones fundamentales para la vida social eran: sexual, económica, reproductiva y educativa. Atribuía la universalidad al hecho de que la presencia y funciones que desarrollaba en la sociedad no podían ser sustituidas. Murdock plantea que la familia es una institución presente en toda sociedad humana, ya que este grupo social es caracterizado por una residencia común, la

cooperación económica y la reproducción; dentro de éste se incluye a adultos de ambos sexos, de los cuales al menos dos mantienen relaciones sexuales socialmente aprobadas, y uno o más hijos propios o adoptados de los adultos que cohabitan sexualmente (Murdock, 1968 en Gracia y Musitu, 2000).

De ésta manera, durante más de un siglo la familia aparece como una institución necesaria de toda organización social, un elemento fundante.

Otro criterio que normaba el concepto de familia fue el propuesto por Lévi-Strauss (en Esteinou, 2008), el cuál señalaba a la familia como un elemento ideal que sirve para designar a un grupo social, el cuál reúne por lo menos tres características: a) tiene su origen en el matrimonio, b) está formada por marido, esposa e hijos nacidos de dicho matrimonio, aunque puede ser posible que otros parientes encuentren su lugar cerca de este grupo nuclear, y c) los miembros de la familia están unidos por lazos legales, derechos y obligaciones económicas, religiosas y de derechos y prohibiciones sexuales; además de estar permeada también por sentimientos psicológicos como amor, afecto, respeto y temor. En este tenor, Lévi-Strauss resaltaba a la familia como monógama y conyugal.

Esteinou (2008) comenta que la idea de una familia nuclear, ya sea en lo biológico, psicoemocional o elemental (estructura de parentesco por afinidad), ha sido un pensamiento que ha quedado plasmado en campos que van por ejemplo desde el derecho¹ hasta el sentido común de la gente; sin embargo arguye que no existe una ley natural que exija la universalidad de la familia, ya que ésta va más allá de los motivos de procreación, instinto materno y sentimientos entre hombre y **mujer y padres e hijos. “La creación de una familia supone entonces la existencia de la sociedad, esto es, una pluralidad de familias dispuestas a reconocer que existen**

¹ Tal es el caso de la obra de Alberto Pacheco *La Familia en el Derecho Civil mexicano*, que sostiene que “la familia legítima es una sociedad natural, o sea que no es una institución creada por el hombre ni por el estado; es anterior a todo orden jurídico y es una de las instituciones que da razón de ser al derecho. Estado y familia son las dos instituciones naturales necesarias para la ordenada convivencia humana”. (Pacheco, 1998, p.19 en Esteinou, 2008).

otros lazos además de los consanguíneos y que el proceso natural de descendencia...” (p. 29).

Desde diversos estudios, en la actualidad, se ha llegado a la conclusión de que no es posible hacer una afirmación universal en el sentido de considerar exclusivamente familia al núcleo asentado en la monogamia, propio de la cultura occidental, dado que otras formas de estructura familiar presentes en otras partes del mundo resultan ser modelos alternativos de organización social. La familia nuclear es un acuerdo social y no una forma universal y determinada biológicamente (Gracia y Musitu, 2000).

Aunque la familia sea reconocida como institución social, que moldea personalidad, reproducción sexual, relaciones sociales, etc., es difícil mantenerla estática ante la variedad de formas y de vínculos posibles, ya que de forma cada vez más frecuente nos hallamos ante una diversificación en la composición de las familias, pues lo que antes era integrado por marido, esposa e hijos (Lévi-Strauss en Esteinou, 2008), actualmente se ha conformado de muy distintas maneras.

Como se mencionó anteriormente, desde la década de los 50s, el estudio de la familia ha tenido un mayor énfasis desde diversas disciplinas, y en lo que corresponde a la Psicología, la familia se estudia más como un sistema relacional que como un ente social aislado. Es en los Estados Unidos de América donde se generan los primeros movimientos de estudio sobre la familia y la psicología. Éste movimiento se transforma en los inicios de la terapia familiar, como un tratamiento no individual de los trastornos mentales y disfuncionales que afectan a las personas (Valladares, 2008).

Esta nueva orientación terapéutica traslada el interés de los individuos al grupo familiar, por lo que se comienza a considerar a la familia como un todo orgánico, como un sistema relacional, definiéndola como un conjunto constituido por una o más unidades, vinculadas entre sí en una continua interacción (*op. cit.*). Entre los autores más notables de éste movimiento se destacan a Don Jackson,

Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Nathan Ackerman y Salvador Minuchin, de quienes se hablará en posteriores capítulos.

Como se podrá observar, el concepto de familia es complejo y difícil de delimitar, y mientras se analiza su composición y funciones para su descripción, habrá que añadir a esta multiplicidad de formas y funciones las épocas históricas y la cultura; así como las diferencias demográficas, económicas y las condiciones de hogar, la mayor esperanza de vida, los niveles de salud y la educación (Smith 1995 en Gracia y Musitu, 2000).

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos² de 1948, queda **asentado que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”**, por lo que se le plantea como el grupo social básico en que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en la que los individuos construyen una identidad por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización.

1.1. Campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo de Terapia Familiar.

Del análisis de las diferentes formas de vida familiar se infiere que existen algunas tareas fundamentales a las que se enfrentan las personas que se encuentran en cualquier agrupación, como el cuidado de los infantes, la regulación de la sexualidad, el establecimiento de un sentimiento de identidad y los límites, modelos de intimidad como alguna pareja y alguna forma de unidad familiar, negociando roles en términos de divisiones, de obligaciones y tomas de decisiones y definiendo algunas reglas sobre los modelos de obligaciones o deberes mutuos. Por lo tanto, lo que define una familia puede considerarse que es la negociación y la

² Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 16.* Recuperado el 21 de febrero de 2012 en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

complementariedad de esas tareas. Esto sugiere una concepción de la dinámica de la vida familiar como un proceso en constante cambio (Gracia y Musitu, 2000).

Además de una diversidad de composiciones y reorganizaciones en los grupos familiares para su crecimiento y bienestar común, se han dado también una serie de problemáticas que a lo largo del tiempo han sufrido sus respectivas transformaciones y se han desvanecido o enquistado en las familias. De ahí que no sólo cambien ó se conviertan las familias para su bienestar, sino que las problemáticas a las que se enfrentan también están en una constante transformación.

1.1.1. Características del campo psicosocial.

Las familias en la actualidad están inmersas en procesos de cambios estructurales y funcionales, que poco a poco han llevado a deconstruir el concepto tradicional de familia y ampliarlo, manteniendo los elementos esenciales (Rodrigo y Palacios, en Arranz y Oliva, 2010). Por lo consiguiente, en la definición de familia, hay que hacer espacio a modelos emergentes encuadrados dentro de rótulos de familias no convencionales, que se alejan del patrón de familias biparentales con hijos biológicos y con una distribución tradicional de los roles parentales (Triana y Rodrigo en Arranz y Oliva, 2010).

Dados los actuales cambios, además de los estructurales, son relevantes los que plantean las transformaciones en las relaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la familia y en sus conexiones con sus entornos; tal es el caso de la redefinición de los roles de género de la pareja, y de los principios que inspiran la educación de los hijos e hijas, la separación creciente entre el subsistema coparental y el conyugal dentro de dichas relaciones de pareja, la redefinición de las relaciones entre padres e hijos, y la apertura de la familia ante nuevos contextos de socialización como lo son los medios de comunicación, el vínculo de colaboración entre la familia y la escuela (*op. cit.*).

Esteinou (2008), menciona que actualmente, nos encontramos con que la familia puede ser pensada como un grupo social constituido no sólo por individuos, sino sobre todo por relaciones: entre los miembros de la pareja adulta, entre padres e hijos, entre hermanos, entre tíos y sobrinos, etc., Estas relaciones suponen conexiones, lazos y obligaciones entre las personas involucradas y se combinan para formar un tipo de grupo social. Con éstas características, las familias son diferentes a otras agrupaciones sociales como las de amigos, las religiosas, los clubes, etc.

Triana y Rodrigo (en Arranz y Oliva, 2010) arguyen que no existe un solo proyecto educativo familiar, sino muchos, de los cuales pueden surgir nuevas oportunidades para crear contextos de desarrollo y de educación adecuados para sus miembros.

Para Minuchin (1979) la familia es una unidad de desarrollo social, encargada de estimular el crecimiento de sus miembros, mientras que con el paso del desarrollo se enfrenta a una serie de tareas a superar, influidas claro, por las diferencias culturales. La familia atraviesa por cambios y ajustes a lo largo de las diferentes etapas del proceso de su desarrollo, cambios internos y externos, y a la vez debe ser capaz de mantener su continuidad.

Las familias tienen configuraciones y estructuras diversas, y ya que la forma definitivamente influirá sobre la función, reaccionarán de maneras diferentes ante los obstáculos según las modalidades de su configuración. Minuchin (1981), describe diez tipos de familia:

- Familia de Pas de Deux: familia compuesta por dos personas, quienes suelen estar muy apegados.
- Familia de tres generaciones: se da una combinación de progenitor (es) con su respectiva descendencia cohabitando con los padres de alguno de los cónyuges.

- Familias con soporte: dentro de una familia, hay un miembro a quien le son delegadas las funciones de autoridad y crianza, las cuales sobrepasan su nivel de madurez y posición dentro de la familia. se presenta de manera frecuente en hijos mayores.
- Familias acordeón: en estas familias, alguno de los progenitores permanece fuera de casa por tiempos prolongados y vuelve por lapsos cortos, por lo tanto, el progenitor que permanece a cargo, asume las funciones parentales.
- Familias cambiantes: este tipo de familia constantemente se encuentra cambiando de domicilio y contextos sociales, quedando ésta aislada de sistemas de apoyo tanto familiares como de la comunidad.
- Familias huéspedes: los integrantes huéspedes en una familia, son miembros que habitan de manera temporal, quienes no vivirán ahí de manera permanente pero que comúnmente son aceptados e integrados a la vida de la familia sin considerar que en algún momento se marchará.
- Familias con padrastro o madrastra: un padre adoptivo o madre adoptiva se agrega a la unidad familiar la cual ya se componía de progenitor e hijos. Virginia Satir (1999) las denomina familias mixtas y plantea tres formas básicas: mujer con hijos que se casa con hombre sin hijos; hombre con hijos que se casa con mujer sin hijos; ó tanto mujer como hombre tienen hijos de matrimonios anteriores (cada cónyuge con su respectiva ex pareja en todos los casos).
- Familias con un fantasma: la familia ha sufrido la muerte o deserción de uno de sus integrantes, y puede enfrentarse a la reasignación de roles y tareas de manera problemática.

- Familias descontroladas: en estas familias, no hay una organización jerárquica definida, y los padres continuamente son sobrepasados en autoridad por alguno de los hijos.
- Familias psicossomáticas: en estas composiciones, las familias presentan sobreprotección, fusión, unión excesiva entre los miembros, y una gran incapacidad para resolver conflictos.

Además de estas definiciones que elabora Minuchin, hoy en día es muy probable encontrar diversas composiciones de familia que se repiten hoy en día de manera más frecuente que en otros tiempos. Es así como de maneras más evidentes se pueden encontrar cinco tipos más de familias:

- Familias monoparentales ó monomarentales (Cortés y Cantón, en Arranz y Oliva, 2010): éstas son las familias en las que un progenitor convive con y es responsable en solitario de sus hijos menores o dependientes; así podría ser una madre separada que vive con sus hijos, una madre adolescente con su bebé, un padre separado o viudo, etc. Algunos de estos núcleos principales o primarios, se incluyen dentro de una familia compleja en la que ya hay una pareja, frecuentemente constituida por los abuelos de los niños. En este caso se habla de núcleo monoparental secundario o dependiente.
- Familias adoptivas (Palacios en Arranz y Oliva, 2010): en años recientes la adopción ha adquirido un gran volumen y visibilidad; una familia adoptiva es, sobre todo, una familia, y las relaciones padres-hijos en familias adoptivas no se diferencian de las relaciones padres-hijos biológicos. Las especificaciones que se atribuyen a este tipo de familias tienen que ver con aquellos aspectos del contexto familiar y de las relaciones familiares que se suceden antes y después de la adopción, así como durante el proceso de integración del niño o niña a una nueva realidad familiar. Bajo el nombre genérico de familias adoptivas se encuentran diversas realidades, como

familias bi y monoparentales, parejas hetero y homosexuales, con hijos biológicos previos y sin ellos, que adoptan a un solo niño o niña o que adoptan a más de uno de manera simultánea o sucesiva, las que adoptan a bebés muy pequeños o a niños mayores, a chicos y chicas sin especiales problemas o con serias dificultades. Nuevamente es necesario remitirse a la multiplicidad de composiciones familiares.

- Familias recurrentes a la reproducción asistida y familias múltiples (Arranz, Olabarrieta, Galende, Manzano y Martín en Arranz y Oliva, 2010): la utilización de Técnicas de Reproducción Asistida –TRA-, muestra que la función reproductora de la familia se puede llevar a cabo fuera de la misma y sin que exista un vínculo genético directo entre los padres y madres y sus hijos. Entre las familias que recurren a la TRA se encuentra un alto porcentaje en las que se producen embarazos múltiples y se convierten en muchos de los casos en familias numerosas de un momento a otro. cabe mencionar también las familias que recurren a la Fecundación In Vitro –FIV-, con óvulos y espermatozoides de la madre y el padre respectivamente, y parcial en los casos en los que se recurre a la Inseminación Artificial –IA-, con donante de espermatozoides o de óvulo. Otro caso más, en donde se extrae del propio núcleo familiar el proceso que antes le era exclusivo, el de la reproducción, es el de la subrogación o útero de alquiler, donde la relación genética puede variar en función del origen del embrión implantado.
- Familias homoparentales (González, López, Gómez, en Arranz y Oliva, 2010): de todos los nuevos modelos familiares que se pueden hallar ahora en la sociedad son los constituidos por progenitores homosexuales. Aunque anteriormente hombres gays y mujeres lesbianas ya se habían dado a la tarea de criar y educar, los estigmas, tabúes y persecuciones sociales pusieron un manto de ocultación sobre estas realidades familiares. Sin embargo, en los últimos treinta años, se han dado una serie de cambios sociales y legislativos que han extraído a la homosexualidad del código penal para introducirla al código civil. Hoy en día se ha regulado el derecho al

matrimonio entre personas del mismo sexo³, aportando legitimidad a las uniones de gays y lesbianas, así como reconocimiento legal a sus familias. las parejas homosexuales han usado diversas vías para formar familias, inicialmente, la mayor parte de estos hogares se constituyeron con hijos o hijas provenientes de uniones heterosexuales anteriores; hoy en día las vías fundamentales son la adopción y las técnicas de reproducción asistida, lo cual coloca la posibilidad de que las lesbianas experimenten una maternidad en solitario o compartida.

- Familias tardías (Konvalinka, 2012): este tipo de familia, aunque como los anteriores, no son fenómenos nuevos, si son cada vez más frecuentes. Son las familias que se forman por adultos de treinta y cinco o más años y que tienen su primer hijo a partir de esa edad. Estas familias las componen personas en su mayoría de clases medias a altas, puesto que tienen la posibilidad de cubrir con las construcciones sociales de estabilidad, como cierto nivel de educación, estabilidad económica y laboral, vivienda, y en algunos casos (no exclusivo de las clases media a media alta) la estabilidad de pareja; otro factor influyente en la composición de estas familias es la posibilidad de aplazar la maternidad y ampliar el periodo de fertilidad, permiten la toma de decisión en edades más avanzadas.

Es importante acotar que éste tipo de familia, la tardía según Konvalinka, se presenta de manera cada vez más frecuente en los países europeos, puesto que allí es más factible generar las características que permiten la toma de decisión de aplazar el matrimonio y el embarazo. En Latinoamérica, particularmente en México, no es tan común encontrar parejas o familias con tales características, sin

³ En México, aparece en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 16 de noviembre de 2006 la *Ley de Sociedad de Convivencia para el Distrito Federal*, la cual plantea que “La Sociedad de Convivencia es un acto jurídico bilateral que se constituye, cuando dos personas físicas de diferente o del mismo sexo, mayores de edad y con capacidad jurídica plena, establecen un hogar común, con voluntad de permanencia y de ayuda mutua”.

embargo, esta composición de familia tardía no es tan lejana en nuestro país, y entra dentro de la gama de posibles alternativas de elección.

En los diferentes tipos de composiciones familiares, entran en juego diversos factores que llevan a las personas a conformar sus propias familias: la propia historia familiar, con sus propias reglas, creencias y valores; las presiones y constructos sociales; los estereotipos hallados en los medios de comunicación masivos; la economía como factor de estatus social; y sobre todo, las políticas sociales encargadas de generar condiciones óptimas a las familias, para que éstas cuenten con herramientas adecuadas de salud, educación, cultura y economía que les permitan llevar vidas de calidad.

Giberti (2005) plantea que como parte sustancial a estas transformaciones, el reconocimiento de la diversidad, es el que introduce modelos alternativos en la historia de las organizaciones familiares. En este panorama de cambios, algunos profesionales los han llamado crisis en las familias, sin embargo más bien se trata de la necesidad de que ésta afronte los nuevos retos que estos cambios conllevan y hacerlo, desde la diversidad (Triana y Rodrigo en Arranz y Oliva, 2010).

Los cambios en los ámbitos demográficos, económicos, sociales y culturales que han ocurrido en México durante las últimas décadas, han influido de manera vertiginosa en la evolución y composición de las familias (INEGI, 2012). Particularmente en las últimas tres décadas, México ha experimentado una serie de cambios importantes que han impactado en la vida familiar, principalmente en lo económico, demográfico, en lo social y en lo cultural (Esteinou, 2008).

En 2009, se llevó a cabo en la Ciudad de México el encuentro **“Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas”** en el Colegio de México, en el cual se abordaron diversos puntos en relación a las familias hoy en día. Se hizo patente el que las familias son el grupo primario de convivencia, seguridad, protección y afecto de los seres humanos, ya que son un producto de la evolución

histórica y cultural de las distintas sociedades. De este modo, se deduce que los grupos familiares están en continuo movimiento y transformación.

Con los siguientes datos arrojados por la encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en su Censo de 2010 (INEGI, 2011) observaremos de modo más concreto la composición y organización de las familias en nuestro país, lo cual permitirá analizar de manera más clara las características de las familias mexicanas ante las que se encuentra la Terapia Familiar en el campo psicosocial.

México cuenta con un total de 112, 336, 538 habitantes en el país. La mayor parte de las personas se desarrollan en los hogares familiares, donde cumplen con cierto ciclo para posteriormente formar su propia familia, de 28 millones de hogares censales, el 90.5% se conforman por individuos que guardan algún parentesco familiar entre sí (hogares familiares), mientras que 9.3% son de tipo no familiar, personas que viven solas o conjuntos de personas que comparten vivienda pero no tienen ningún lazo de parentesco.

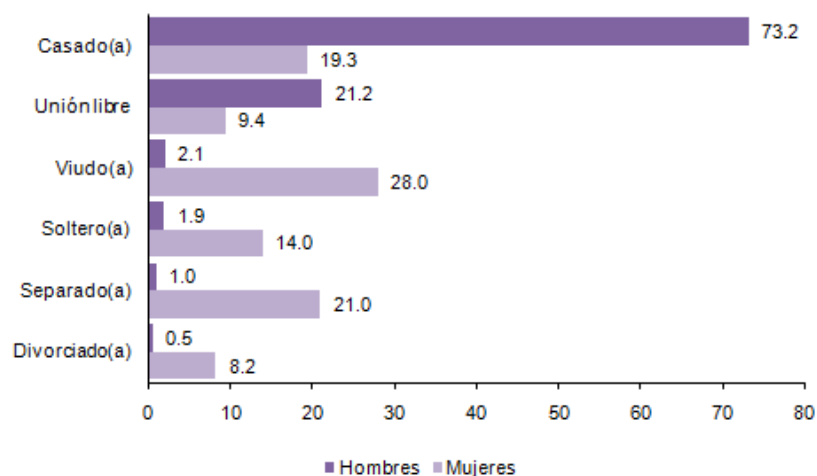
Existen tres clases de hogar familiar, en orden de predominancia los nucleares ocupan el primer lugar (70.9%), donde a su vez la mayor parte de ellos corresponde a los hogares que se componen por la pareja conyugal con hijos (70.4%), o bien, uno solo de los padres con sus hijos (15.4 por ciento). Por otra parte, 26.5% son hogares ampliados, formados por un núcleo y algún otro familiar como pueden ser abuelos, sobrinos, tíos, etcétera; y por último, sólo 1.5% son hogares en los que además del núcleo y otros familiares, también cohabitan personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar (familias compuestas).

Otro dato relevante es que la mayor participación de las mujeres en aspectos económicos, políticos y culturales, se refleja en su presencia como jefas del hogar al que pertenecen, de ahí que 22.3% del total de hogares familiares son encabezados por ellas, aún cuando en la mayor parte de los hogares (77.7%) prevalece la jefatura de un varón. Destaca que en los hogares constituidos por uno solo de los padres y

sus hijos (mononucleares), el porcentaje de los que tienen jefatura femenina es predominante, 86.7 por ciento.

La situación conyugal confirma que ser jefa de hogar se asocia con una disolución de la unión y con una ausencia del cónyuge. Tres de cada diez (28%) mujeres que dirigen un hogar familiar son viudas, una proporción similar (29.2%) están separadas o divorciadas; sólo en 28.7% la jefa se encuentra unida (casada o en unión libre) y de éstas, en 31.4% de los casos, el cónyuge no reside en el hogar, en general, hay ausencia del cónyuge en 78.4% de los hogares familiares con jefatura femenina. En cambio, la proporción de hombres que dirigen un hogar familiar y que actualmente están unidos es alta (94.4%), sólo 3.6% están separados, divorciados o viudos y 1.9% se mantiene soltero.

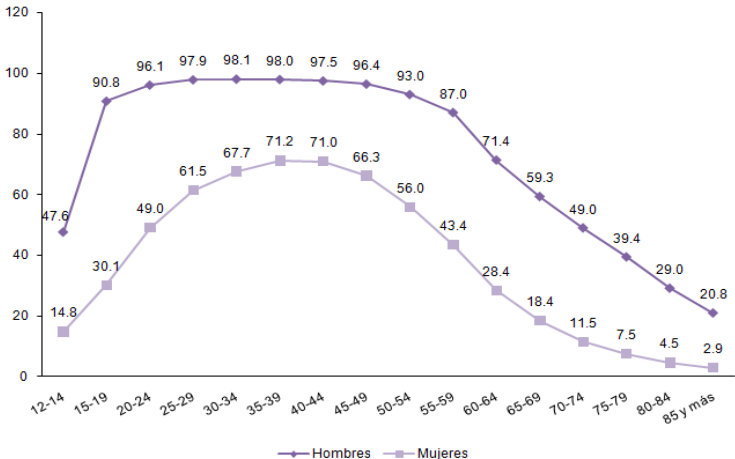
Tabla 1. Distribución porcentual de los jefes de hogares familiares por situación conyugal según sexo INEGI 2010



La mayor presencia de mujeres en el mercado laboral responde a una necesidad en la generación de ingresos con la cual contribuyen a sostener el nivel de vida de sus familias; la participación económica de las jefas que dirigen un hogar familiar es del 49.7% y se acentúa en las edades de 30 a 49 años donde la tasa supera 66%; en los hombres la tasa de participación económica aumenta a 88.4% y se acentúa en un rango mayor de edad (15 a 54 años) con tasas que superan 90%. En México una significativa proporción de los adultos mayores permanecen en alguna actividad económica. La tasa de participación económica de los jefes de 60

años y más que dirigen un hogar familiar es de 43.4%; en los hombres esta condición es mayor (55%) que en las mujeres (16.1%).

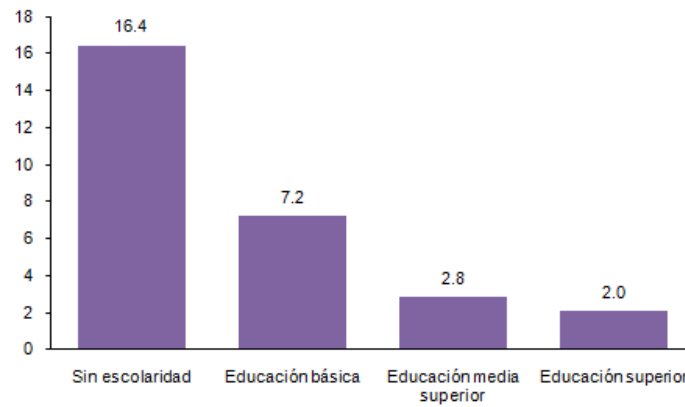
Tabla 2. Tasa de participación económica de los jefes de hogares familiares por grupos de edad según sexo INEGI 2010



Otro aspecto fundamental se da en la población infantil, donde en relación a su educación, se ha demostrado que los padres analfabetos tienden a tener menores expectativas y aspiraciones educacionales para sí mismos y sus hijos. En las familias de escasos recursos, es frecuente que se privilegie el trabajo antes que la educación, debido a su costo de oportunidad.

El censo de 2010 señala que en 1.8% de los hogares familiares existe al menos un niño de 8 a 14 años de edad que no tiene la aptitud de leer ni escribir, al revisar la situación de alfabetización de los jefes, se observa que en 28.5% de los casos el jefe es analfabeta; hay una proporción similar en donde existe al menos un joven de 15 a 19 años que no sabe leer ni escribir (1.8%), pero el porcentaje de jefes analfabetas en estos hogares aumenta a 43.8%. En 6.5% de los hogares familiares donde hay niños de 6 a 14 años, al menos uno de ellos no asisten a la escuela, y si se considera la escolaridad del jefe del hogar entonces la proporción aumenta a 16.4% cuando éste no tiene instrucción.

Tabla 3. Hogares con niños de 6 a 14 años donde al menos uno de ellos no asiste a la escuela según escolaridad del jefe de hogar INEGI 2010.



Los estadísticos muestran números en los que podemos inferir que en el México de hoy en día, se privilegia aún la conformación de las familias como grupo primario de la sociedad, donde la composición va desde familias nucleares integradas por padres e hijos, hasta el agregado de familias extensas, en las que puede contemplarse a padres de uno de los dos integrantes de la pareja, hermanos, tíos, sobrinos, etc., es decir, familias ampliadas.

Un dato que es de común conocimiento en las familias de México, por lo tanto relevante enunciarlo, consiste en la cercanía de los hogares conyugales con las familias extensas. De manera frecuente nos encontramos con el hecho de que las familias cuentan con amplias extensiones de terreno, donde los hijos, con sus nuevas formaciones de familia nuclear, se han dedicado a construir y edificar nuevas casas o departamentos; nos encontramos ante un fenómeno en el que en un mismo terreno se ubican alrededor de cuatro o cinco familias, que aunque aparentemente vivan de modo independiente, no han dejado de pertenecer a su familia de origen, es así como se generan cada vez más frecuente los hacinamientos familiares.

Al menos en uno de cada cuatro hogares mexicanos se han incorporado a vivir bajo el mismo techo el yerno, la nuera o los nietos del jefe del hogar, ante las dificultades económicas de los hijos para iniciar o mantener una familia, el 26.6

por ciento de los hogares familiares está en esta situación (La Jornada, 2012).

Estos datos nos plantean dos vertientes de la posición de las familias, por un lado se genera un mayor apoyo entre éstas, pues los lazos de cercanía les permiten una organización a partir de la colectividad, y a la vez una situación endeble en la que se encuentran puesto que los hacinamientos son propensos a las diversas problemáticas sociales actuales, las cuales, la mayoría de las veces pueden generarse entre los mismos consanguíneos.

Los datos arrojados por el INEGI, también dejan ver que la disminución de matrimonios y el aumento de divorcios, orille a las mujeres a participar de manera más activa en el mercado laboral, ya que automáticamente se vuelven jefas de familia. Esta nueva dinámica social también responde a la necesidad de generar ingresos para contribuir a sostener el nivel de vida de sus familias. Ser jefa de familia no parte sólo del divorcio, en esta condición un 29.2%, pues como lo mencionan los números, también está la posibilidad de haber enviudado y no contraer nuevas nupcias, tres de cada diez mujeres se encuentran en esta condición, 28%, lo cual lleva a suponer que las mujeres al encontrarse solas con su progenie, dan prioridad a la manutención y dedicación a éstos, antes de formar nuevas relaciones de pareja. A diferencia de los hombres, quienes encabezan la estadística de casados o en unión libre en un 94.4%, lo cual lleva a pensar que, una vez que terminan una relación de pareja, son más tendentes a iniciar relaciones de maneras prontas.

De este análisis de datos, podemos también deducir que el papel de la mujer en la sociedad se ha modificado de manera tal que el incursionar de maneras más amplias en el mercado laboral y volverse también parte del sustento económico en la familia, tiene implicaciones en los hijos, pues muchas veces ese rol de trabajadora la lleva a descuidar funciones en relación a la maternidad; funciones que quedan en el vacío al no ser cubiertas por el padre. Es interesante observar que el papel y rol de la mujer se ha ido modificando, pero el de el hombre no; no al menos de la manera tan vertiginosa como el de la mujer.

Además de las inferencias en los cambios de roles de hombre y mujer, otro factor que ha ido modificando a la sociedad mexicana es la edad, ya que las esperanzas de vida en los adultos mayores han aumentado, y en la medida de sus posibilidades los adultos mayores buscan continuar siendo personas económicamente activas; sin embargo, la sociedad se ha tendido a ir relegando a la población de estas características, limitando espacios de trabajo, salud y esparcimiento. Pero es importante resaltar que aún después de los sesenta años, un 55% de hombres y un 16.1% de mujeres continúan siendo cabezas de familia, inclusive con hijos adultos en edades económicamente activas.

Finalmente, pero no menos importante, la educación se ha vuelto un factor de suma importancia, ya que en pleno siglo XXI, no todos los niños y adolescentes tienen acceso a los sistemas educativos, ni públicos, ni mucho menos privados. Pareciera que la situación económica de las familias, les hace privilegiar el trabajo en los hijos antes que la educación. Proporción directamente relacionada con el nivel educativo de los padres, lo que obliga a pensar que los padres no dan la suficiente importancia a la escuela dado que ellos mismos no concluyeron con una educación formal, al grado de que algunos permanecen en el analfabetismo.

En las últimas décadas la sociedad mexicana ha experimentado un sinnúmero de transformaciones que influyen en la conformación de los arreglos familiares, las cuales tienen que ver con datos relacionados a la fecundidad, mortalidad y migración, así como con los cambios en los patrones de la nupcialidad asociadas principalmente con la postergación a la primera unión y la disolución de las uniones. Particularmente, los cambios en la fecundidad y la mortalidad han provocado un proceso de envejecimiento de la población que ha afectado la composición por edad de los integrantes del hogar, de forma tal, que pueden convivir varias generaciones. Evidentemente todos estos cambios continuarán dándose en diversas medidas, por lo que las familias tendrán que ir sorteando de maneras aceleradas tales avatares, muchas veces sin siquiera poder adaptarse a determinado *modus vivendi* cuando ya hay en puerta una condición totalmente distinta que las lleva a nuevas modificaciones y adaptaciones.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias en México.

El análisis del ambiente familiar es de suma importancia, ya que en él se sitúan muchos episodios de interacción, a través de los cuales la familia va proporcionando andamiajes al desarrollo de sus miembros y dando contenido a su evolución; por lo que se hace imprescindible el estudio de los grupos familiares como elementos y eslabones del sistema social, la relación con la totalidad de la que ella forma parte (Valladares, 2008).

A lo largo del los tiempos se ha hecho evidente que en los conflictos familiares actúan factores percibidos como eventos estresantes, y según la adaptación y reincorporación de éstos, dependerá el desarrollo armónico de la familia. De acuerdo a Valladares (2008), la familia atraviesa por cambios evolutivos que le exigen un proceso de continuos ajustes, dichos cambios se producen tanto del interior por los cambios evolutivos de sus miembros y las transformaciones estructurales, como del exterior como resultado de los cambios en el entorno social donde se inserta y desarrolla. De esta manera, la familia es potencialmente más funcional en la medida que exista un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a la vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios.

La familia, como institución que mediatiza la interacción del individuo-sociedad-familia, está sensiblemente conectada a la dinámica social, lo que en ocasiones posibilita la aparición de conflictos donde actúan factores socioeconómicos, culturales e individuales, pues es imposible sustraerse al tipo de cultura imperante. Sin embargo, está dotada de una enorme flexibilidad y mecanismos de adaptación a las condiciones cambiantes del medio material, de la organización del trabajo, de los procesos económicos, los avances tecnológicos, y de las estructuras abstractas de la sociedad como la ideología, los valores y las normas (Vigotsky en Valladares, 2008).

Violencia.

Uno de los principales problemas que afrontan las familias es el de la violencia familiar, fenómeno social definido como el uso intencionado y repetido de la fuerza física o moral para controlar, manipular o atentar en contra de la pareja o algún otro integrante de la familia⁴. Respecto a la violencia que se ejerce por parte de la pareja y en específico hacia las mujeres, datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH⁵ 2011, revelan que del total de mujeres de 15 años y más, 46.1% sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal. El 42.4% de las mujeres de 15 años y más, declaró haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su actual o última relación que afectan su salud mental y psicológica; 24.5% recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta. El 13.5% de estas mujeres de 15 años y más, confesó haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales.

Las mujeres de 15 años y más, víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas, representan el 7.3%; ellas declararon haber sufrido diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento⁶.

La presencia de la desigualdad de roles y poder que existen entre hombres y mujeres en la sociedad, se expresa como violencia por motivos de género, en la que ésta puede ser ejercida en los diversos contextos de la vida social. El entorno familiar no está exento de esta situación. Los datos de la encuesta del INEGI 2010

⁴CONAPO. *Violencia en la familia*. Recuperado 14 de enero de 2013 en: http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/es/Violencia_Familiar/Bienvenidos.

⁵ INEGI. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2011*. Base de datos. Recuperado 14 de enero de 2013 en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

⁶ INMUJERES *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2011*. Recuperado el 14 de enero de 2013 en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-resultados-de-la-endireh-2011>

mencionan que más de la mitad (58.6%) de las mujeres de 15 y más años unidas en hogares familiares que han recibido violencia física por parte de su pareja en los 12 meses anteriores a la entrevista, declararon también haber recibido golpes en su niñez por parte de las personas con las que vivían en ese momento; por otro lado, de aquellas que declararon ser víctimas de violencia emocional por parte de su pareja en los últimos 12 meses, 36% indicó que recibió insultos o humillaciones durante su niñez por parte de algún miembro de su familia de origen.

Por último, el golpear a un niño en el seno familiar como medida correctiva es permitido en muchas de las sociedades, sin embargo, también se puede calificar como situación de violencia. Al respecto, se tiene que de las mujeres unidas de 15 y más años, que son integrantes de hogares familiares y que sufrieron algún tipo de violencia por parte de su pareja en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta, 42% declaró que ella o su pareja le pega a sus hijos cuando se portan mal.

Drogas lícitas e ilícitas.

La utilización de sustancias lícitas como alcohol y tabaco, tanto como las ilícitas, como las psicotrópicas, constituyen uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan las familias. Este fenómeno de salud pública afecta sin distinción de género ni condición social, de manera cada vez más preocupante, a niños y adolescentes en todas las regiones del país. El uso de sustancias va en aumento, sobre todo en la población de mujeres.⁷

La ENA arroja datos en los que las tendencias en el consumo de alcohol han variado de la encuesta 2002 a la de 2011 ya que la dependencia aumentó en los hombres de 8.3% a 10.8%, y en las mujeres se triplicó de 0.6% a 1.8%. Según dicha encuesta, la edad en que las personas iniciaron su consumo de alcohol varía, en 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol mencionan que lo hicieron por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje se incrementó a 55.2%. Los resultados por sexo muestran que en 2008 el 56.8% de los

⁷ENA-CONADIC 2011. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Tabaco*. Recuperado el 14 de enero de 2013 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf

hombres y el 38.9% de las mujeres iniciaron su consumo de alcohol a los 17 años o menos en 2011 estos porcentajes aumentaron, en hombres aparece un 64.9% y en mujeres un 43.3%, lo cual nos habla de la presencia cada vez más frecuente de alcohol en la población joven del país.

Esta misma encuesta menciona que quienes asisten a tratamiento, lo hacen principalmente con especialistas o en grupos de autoayuda o ayuda mutua. Se observa que el tratamiento completo con algún profesional de la salud o en un grupo de autoayuda o ayuda mutua, se ha incrementado significativamente en los últimos 3 años, mientras que el tratamiento incompleto o parcial ha disminuido.

En cuanto al uso de drogas, los resultados en la encuesta muestran incrementos significativos, especialmente en el uso de marihuana; respecto a las anfetaminas, su consumo también muestra un incremento significativo. Los hombres siguen teniendo la cifra más alta en los consumos, pues por cada 4.2 hombres que consumen cualquier tipo de droga, hay una mujer. La droga preferente por ambos sexos es la marihuana, y en los hombres la cocaína ocupa el segundo lugar.

En cuanto a la edad promedio para el inicio, en 2002 el promedio en mujeres era de 23.6 años, y para 2011 fue de los 20 años; en hombres, la edad inicio en 2002 fue de 19.8 años y para 2011 fue de 18 años. Esta encuesta plantea que la oportunidad para el acercamiento a las drogas está medida por una serie de variables, por ejemplo, para los adolescentes no estar en la escuela es un factor de riesgo importante; otros factores como trabajar, tener un miembro en la familia o un amigo que consuma, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos también aumentan la probabilidad de la exposición a las drogas⁸.

⁸ *Sic.*

Empleo y desempleo.

En México, la mayoría de las trabajadoras y trabajadores del hogar se enfrentan una situación de precariedad en el empleo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INEGI) existen más de dos millones de personas que se dedican al trabajo del hogar, de las cuales nueve de cada diez son mujeres. El 94.7% de esta población no cuenta con acceso a instituciones de salud, así como el 32.6% de las empleadas domésticas gana menos de un salario mínimo y el 40% de uno a dos salarios mínimos.

Hay una tendencia definida a que el empleo informal tanto para hombres como para mujeres, concentre una mayor proporción de personas que reciben menores ingresos, principalmente en las categorías de hasta un salario mínimo y entre quienes no reciben ingresos. Los costos del trabajo informal en las familias pueden ser muy altos, como sacrificar el acceso a la salud y la educación/capacitación, inseguridad en general, falta de acceso al crédito, variabilidad y volatilidad de los ingresos, falta de beneficios laborales y protección social y falta de condición jurídica de organización y voz⁹.

Indudablemente el empleo y desempleo es un factor que afecta el desarrollo de las familias de una manera armoniosa entre sus miembros, puesto que el trabajo tiene un significado estratégico en la vida de las personas, les permite el acceso a bienes y recursos sociales. En sí mismo el trabajo es un medio de integración e inserción a la estructura social y brinda identidad social.

Cabe señalar, que alrededor del fenómeno del desempleo gira o en menor grado se encuentran vinculados los índices de delincuencia: robos, asaltos, homicidios, secuestros, narcotráfico, casos que se han convertido en el *modus vivendi*, de una pequeña parte de la gente desempleada, donde se obtiene un generoso modo de vivir que se mantiene al margen de las leyes, y se ha convertido

⁹ INMUJERES Cuadernos de Trabajo N°11. *El empleo informal desde una perspectiva de género y pobreza en México 2010*. Recuperado el 20 de noviembre de 2012 en: <http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c11.pdf>

en una grave amenaza que vulnera el marco legal al incrementarse la corrupción y como consecuencia la falta de credibilidad en las instituciones que imparten justicia. Habría que agregar la creciente discriminación laboral existente en sus diferentes vertientes, misma que lacera las condiciones de vida de personas mayores de 40 años, hombres y mujeres, además de la discriminación a mujeres jóvenes y/o casadas o cuando menos son víctimas del hostigamiento sexual a fin de obtener un empleo o conservarlo (Berumen, 2004).

Embarazos en adolescentes y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Otro de los problemas que se hacen presentes en las familias es el relacionado a la sexualidad, ya que 60% de las adolescentes y sus parejas sexuales no hicieron uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual, lo cual tiene un impacto en un embarazo no planificado y en la probabilidad de adquirir alguna infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA¹⁰. Una de las causas más importantes es la falta de información adecuada sobre la sexualidad, el cuidado del cuerpo y la dificultad en el acceso de métodos de prevención, ya que muchos adolescentes tienen escaso o ningún acceso a la educación sexual y a la información, conocimiento y reflexión sobre la diversidad de métodos anticonceptivos.

Una décima parte de la población en México es adolescente, existen 11 millones 26 mil 112 personas entre los 15 y 19 años de edad, de las cuales 49.9 por ciento son mujeres y 50.1 por ciento son hombres. De las adolescentes que han tenido relaciones sexuales, seis de cada diez no utilizaron anticonceptivos durante la primera vez, lo que conduce a suponer que no se percibe el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, tanto por parte de ellas como de sus compañeros.

¹⁰ INMUJERES *Comunicado de Prensa 68 - 24 de septiembre de 2010*. Recuperado el 20 de noviembre de 2012 en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/284-60-de-adolescentes-no-utilizan-metodos-anticonceptivos-en-su-primera-relacion-sexual>

Ser madre o padre adolescente suele iniciar una cadena de problemas para los futuros padres: inserción laboral temprana, responsabilidades económicas, menores oportunidades educativas e incluso abandono escolar, así como posibles riesgos biológicos para la madre y el bebé, todo ello sumado a la pérdida de vivencias propias de la adolescencia y a contextos de exclusión y desigualdad. Esta problemática obliga a redoblar esfuerzos para que la maternidad y la paternidad sean una cuestión de elección y no de obligación¹¹.

De manera muy breve, se han abordado algunas de las problemáticas que de manera más frecuente se hacen presentes en la sociedad mexicana, siguiendo a Minuchin (1979) y como se ha detectado en las estadísticas, las familias se transforman a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose a una sociedad en transición, de tal manera que pueda seguir funcionando. Es una estructura en movimiento, la cual tiene preferencia hacia ciertas pautas de respuesta a los requerimientos habituales, por lo que su fortaleza dependerá de la capacidad que posea para movilizar pautas alternas cuando las condiciones de estrés exijan su reestructuración. Las crisis pueden ser consideradas como cambios dinámicos, de transformación y movimiento que llevan a las familias a grandes modificaciones estructurales y funcionales.

Roles y estereotipos de género

Para explicar este punto, según datos de INMUJERES (s/f), partimos de la idea de que el estereotipo y rol de género son una construcción social que potencia ciertas características y habilidades según el sexo del individuo, pero también se inhiben otras, de modo que se atribuyen distinciones en participación, comportamientos y tratos, entre hombres y mujeres. De este modo es fácil hacer una división y generar discriminación entre uno y otro. al hombre se le tiende a caracterizar como fuerte, jefe de hogar, proveedor y poseedor de la toma de

¹¹ INMUJERES *Comunicado de Prensa N°59 - 25 de septiembre de 2012*. Recuperado el 20 de noviembre de 2012 en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/683-elevado-riesgo-de-embarazo-no-planificado-en-adolescentes>

decisiones; a la mujer como frágil, cuidadora, y obediente de las decisiones del hombre.

Uno de los ámbitos donde más influyen los roles de género es en el familiar, y específicamente en las relaciones de pareja, donde los estereotipos de género afectan en gran parte a las mujeres, quienes siguen tolerando que el esposo o la pareja manipule en buena parte sus decisiones, actividades de recreación, actividades remuneradas y sexualidad, dado que se le otorga al varón el papel de autoridad. Las mujeres, independientemente de que trabajen o no en actividades remuneradas, participan en mayor medida que los hombres en el trabajo doméstico.

Trueba, (1993) señala a la crisis económica y el agravamiento de las necesidades de subsistencia, como la causa principal del incremento de la participación de la mano de obra femenina. Sin embargo, la mayoría de los especialistas considera que no se trata de un fenómeno marginal o que pueda explicarse simplemente como efecto de la pobreza. Hoy en día hay cada vez más mujeres que se ven orilladas a colaborar en la manutención y producción de economía, para cooperar en la economía de sus familias. Esta postura nos habla de que las mujeres cada vez tienden más a insertarse de manera voluntaria o no a ámbitos que anteriormente sólo estaban destinados a los hombres, lo cual cada vez orilla más a la ruptura de los roles de género, particularmente el de ser exclusivamente amas de casa.

Los estereotipos de género siguen vigentes debido a que las mujeres y los hombres mantienen vigentes los atributos asignados a cada sexo. La cultura, las instituciones, la sociedad y la familia, son promotores de ideas y patrones de conducta, y las mujeres y los hombres que participan en esos ámbitos son quienes se encargan de darles significado y continuidad.

Éstos han funcionado durante muchos años como fuertes obstáculos para que las mujeres sean tratadas de manera digna y equitativa, y como limitantes de

sus derechos a la igualdad de oportunidades en la educación, el trabajo, la familia y la sociedad, mientras que a los hombres se les ha negado el derecho a expresar sus afectos bajo la suposición de su fortaleza e insensibilidad. Es así que los estereotipos se han erigido en agentes de desigualdad y discriminación entre los sexos impidiendo su desarrollo personal e integral (Loría, 1998, en INMUJERES, s/f).

Llevar a cabo la tarea de erradicar los estereotipos de género, obedece a que éstos suelen derivar en situaciones de violencia familiar, inequidad, discriminación y desigualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, problemática que se extiende al interior de los hogares y hacia las instituciones públicas o privadas, escuelas, empresas y a la sociedad en su conjunto, con las consecuentes desventajas para las mujeres y, en muchas ocasiones, también para los hombres (INMUJERES, s/f).

Migración

La migración es el fenómeno de cambio de residencia de manera temporal o definitiva, de una o varias personas, con la intención de mejorar su situación económica, así como el desarrollo personal y familiar (INEGI, 2010). La migración está ligada a la globalización, donde se encuentra implícita la coexistencia conflictiva entre riqueza, pobreza y exclusión, por lo que este fenómeno plantea importantes riesgos en la cohesión de un orden social (Iniciativa Ciudadana para la Promoción de la Cultura del Diálogo, A.C. 2009).

Quienes emigran son personas que van desde extracciones pobres y escasa formación escolar, hasta profesionistas preparados, dispuestos a aportar mano de obra, cultura e ideas diferentes. Sin embargo, esta misma diversidad puede tener consecuencias negativas, ya que en su mayoría, los grupos de migrantes son segregados y sufren por falta de tolerancia, respeto y reconocimiento. Barreras como el idioma, tradiciones e ideas políticas, afectan de manera significativa el

cómo se relacionan con los demás, quedando en desventaja ante los residentes naturales de cierta región (Mercado y Zárate, 2009).

Una consecuencia fundamental de la migración, es la desintegración familiar. En un principio, la migración se consideraba como una alternativa temporal, para mejorar el nivel y calidad de vida de las personas, pero la estadía del padre o la madre, en su caso, se ha ido prolongando por más tiempo, lo que ha provocado que los hijos lleguen a sentir soledad o abandono por parte de sus padres migrantes. Unos de los efectos a esta sensación de abandono y de los vacíos de cuidados paternos/ maternos, son los problemas de drogadicción, alcoholismo y vandalismo, que pueden presentarse en edades muy tempranas en los niños; el constante movimiento de los padres, también repercute en la educación de los hijos, relacionándose con la desintegración familiar. Esta falta de apoyo, supervisión, y motivación de los padres, incita a que algunos niños o jóvenes se inclinen a abandonar sus estudios y buscar algún empleo en su comunidad, o ahorrar para también migrar, principalmente a Estados Unidos. (Mercado y Zárate, 2009). Pese a algunas posturas políticas y sociales de los países receptores de inmigrantes, particularmente el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, éstos se han beneficiado de la gran diversidad que le ha dejado la migración, puesto que llega mano de obra joven y nueva, dispuesta a aceptar un menor salario y condiciones precarias de trabajo.

Estudios realizados apenas hace diez años, demostraban que la migración de trabajadores mexicanos a los Estados Unidos obedecía al particular aliciente del nivel salarial del segundo país, más que en la desocupación en el primero, y que los niveles de ocupación y escolaridad de los migrantes no son los más bajos de la Población Económicamente Activa (PEA) de México, oscilando entre los seis y los nueve años de educación; además, un dato relevante es que la mayor parte de los migrantes ya no se emplea directamente en las actividades agropecuarias (Novelo, 2004).

NIVEL EDUCATIVO DE LA PEA MEXICANA INMIGRANTE EN LOS E.U.A. (%)¹²

Nivel educativo	Total	Población masculina	Población femenina
Sin escolaridad	2.2	2.6	1.2
1 a 6 años cursados	27.0	28.7	23.2
7 a 12 años cursados	30.7	32.0	27.7
Con preparatoria terminada	23.2	21.6	26.8
Estudios licenciatura	11.4	9.8	14.8
Licenciatura o más	5.5	5.2	6.2
Total	100	100	100
	5, 793, 212	3, 982, 274	1, 810, 938

A seis años de la elaboración del cuadro anterior, los datos más recientes que muestra el INEGI no difieren en gran medida, ya que en México en su gran mayoría, la población que emigra a otros países está entre los 20 y 34 años de edad, y le siguen los jóvenes de entre 15 y 19; de esta manera, se observa que la población que emigra está en edades de fuerza laboral, ya que antes de los 15 años, y después de los 50, la migración disminuye (INEGI, 2010).

Sin embargo, los cambios estructurales de los últimos años, así como la inestabilidad económica, la falta de oportunidades de empleo, la inestabilidad laboral, y la precarización de las condiciones de trabajo, han hecho de la migración (interna y externa) una oportunidad para miles de mexicanos que buscan mejorar

¹² CPS, Current Population Survey, marzo 2002, citado en Cruz, Rodolfo, *Emplearse en los Estados Unidos*, en la revista nexos 317, México, mayo 2004, p. 40. (En Novelo, 2004).

su calidad de vida. Las políticas públicas del sector laboral, han sido incapaces de responder a las necesidades de la población que día a día, busca un empleo que le permita obtener un ingreso para poder satisfacer sus necesidades básicas, y ha ocasionado un empobrecimiento de la clase trabajadora, al afectar negativamente los ingresos de los hogares, empeorando su nivel de vida e impulsándolos a ir en busca de otro lugar para vivir (Rodríguez y Gaona, 2010). Por lo tanto, la característica de la migración internacional de los últimos años no está representando un movimiento de población sino un movimiento de fuerza de trabajo, es decir, de individuos económicamente productivos, que se desplazan de países de menor desarrollo hacia los países más avanzados (*op. cit.*).

El número fuerte de la migración deviene de las raquíticas condiciones económicas de los países, mismos que adolecen de las suficientes fuentes de trabajo, así como de salarios dignos y condiciones laborales lacerantes, en consecuencia, uno de los principales objetivos de la gente que migra de sus países de origen, es precisamente encontrar lo que no tienen en ellos; cubrir las necesidades inmediatas se vuelve apremiante para salir adelante económica y laboralmente, lo que los obliga a migrar legal o ilegalmente, la única condición es encontrar el empleo ansiado (Berumen, 2004).

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aún cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre y corre el riesgo de generarse un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia (Sandoval de Escurdia y Richard, 2006).

Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el **“bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen**

funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la **convivencia, el trabajo y la recreación**".¹³

De esta descripción parte la idea de que la salud mental es un fenómeno complejo que se encuentra determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. La salud mental se relaciona al igual que la salud física, con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan. Como consecuencia, disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares (Sandoval de Escurdia y Richard, 2006).

La salud mental incluye, desde trastornos discapacitantes como la esquizofrenia, depresión, obsesión – compulsión y alcoholismo, que son enfermedades neuropsiquiátricas y están entre las 10 enfermedades más discapacitantes, hasta fenómenos sociales como la corrupción, la cual como conducta antisocial es también materia de la salud mental. En relación a los impactos sociales, los índices de enfermos de estos trastornos tienden a aumentar debido a problemas como la pobreza, violencia, adicciones y envejecimiento de la población (*op. cit.*):

a) Pobreza. Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso. La pobreza como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercuten directamente en las condiciones de vida

¹³ ESCANDÓN Carrillo, Roberto. *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17. En Sandoval de Escurdia y Richard, 2006.

de la familia y de la sociedad. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias.

b) Trabajo (Personas desempleadas) tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo, inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo.

c) Educación (Bajo nivel educacional). Varios estudios han demostrado una asociación **significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes”** y el bajo nivel educacional.

d) Violencia y trauma. En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

e) Mujeres trabajadoras. Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones familiares. La mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo.

f) Población rural. Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, aunados al abuso

en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes con enfermedades mentales.

g) Niños y niñas en situación de calle. El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle. Con su inclusión en el mercado laboral, los niños y jóvenes de hogares más desfavorecidos se encuentran en condiciones de enorme desventaja, ya que trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide asistir a la escuela. Esta falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida. Se ha detectado que un gran número de estos menores es miembro de familia desintegradas y disfuncionales, lo que las convierte en expulsoras de estos niños y posibilitan que el problema se mantenga, ya que estos salen a la calle en busca de mejores condiciones de vida, muchas veces solo para encontrarse con situaciones hostiles, agresivas, opresivas, incomprensivas y en crisis constantes. Estos niños y jóvenes viven continuamente expuestos al uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual. Entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse.

h) Personas con discapacidad. Las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades. En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.

i) Menores farmacodependientes. El consumo de drogas en México se ha extendido a casi todos los grupos sociales; se le considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con acciones delictivas y violentas. La relación de la fármaco-dependencia con otros fenómenos sociales representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales. La relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas.

j) Madres adolescentes. Algunos de los factores involucrados en el embarazo en la adolescencia son: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras. La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar, por lo que enfrentan situaciones de conflicto, que le significa cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos.

k) Adultos en plenitud. La demanda de los servicios de salud por parte de la población mayor de 64 años representa uno de los principales retos para los mismos, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Los padecimientos que se vinculan con los adultos mayores son principalmente las enfermedades degenerativas como las demencias, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, y otras. Las pérdidas que paulatinamente tiene el adulto mayor, de empleo, de seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de bienes, de capacidades y de salud, van generando en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento. La familia, a su vez, se ve violentada y desorganizada por esas circunstancias y la mayoría de las veces se siente incapaz de afrontarla, propiciando con ellas diversas manifestaciones de maltrato físico y emocional y en diversas ocasiones, de abandono, rechazo e indiferencia.

l) Población indígena. Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental.

m) Población migrante. México, se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, que en busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Esta población al llegar a otro país con una cultura diferente se enfrenta a situaciones de estrés importantes.

n) Enfermos mentales delincuentes recluidos. Uno de los problemas de salud mental manejado con menor éxito en el país es el de los enfermos mentales delincuentes, que se encuentran en áreas específicas de los reclusorios y en pabellones de los hospitales psiquiátricos. La Ley establece la inimputabilidad para personas que delinquen estando mentalmente perturbadas, que enferman durante su juicio o durante el cumplimiento de una pena con reclusión.^{14,15}.

Escandón Carrillo¹⁶ menciona que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir más tiempo con una calidad de vida pobre, y argumenta que la trascendencia de estudiar y de investigar la salud mental tiene que ver con que se puede lograr un desarrollo infantil psíquico armónico; capacidad de las personas para relacionarse en pareja y con la familia; un adecuado funcionamiento como padre o madre; capacidad para disfrutar la vida en todas sus

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6. Pág. 25. *Op. cit.*

¹⁵ Secretaría de Salud, *Programa de salud 2000-2006*. <http://www.ssa.gob.mx/> *Op. cit.*

¹⁶ Escandon, R. (2003). *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. *Op. cit.*

manifestaciones; adecuada capacidad de adaptación social y de mantener relaciones interpersonales de buena calidad; lograr responsabilidad social, profesional, laboral y familiar; capacidad de sentir libremente las emociones y poder expresarlas de manera asertiva.

La obtención de información y atención a los diferentes trastornos a los que se enfrenta la sociedad mexicana, permitirá en gran medida, impactar en los índices de seguridad pública, pues la mayor parte de los delincuentes procede de hogares y familias disfuncionales (familias desintegradas o patológicas) que son generadoras de sociopatías. Al utilizar nuevos indicadores de la carga de la enfermedad los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes, por tanto, se deben hacer mayores esfuerzos por integrar dichos trastornos en la agenda de salud.¹⁷

De acuerdo al Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México 2011¹⁸, la disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto.

En ese sentido, la Secretaría de Salud de México elaboró el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2007-2012 con el propósito de disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación a tales

¹⁷ Medina, M. y Villatoro. J. *La epidemiología de la salud mental en México*. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México. Retos y perspectivas”. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm> Op. cit.

¹⁸ IESM-OMS. *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*. México. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2011 Recuperado el 17 de febrero de 2014 en http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

padecimientos. También se busca cambiar el paradigma hacia la atención en salud mental comunitaria. Entre sus principales fortalezas se encuentran los planteamientos para integrar la salud mental a la red de servicios de salud en general y la propuesta de revisar y actualizar la legislación en materia de salud mental, la protección de los derechos humanos de los pacientes y la protección social de los trastornos mentales prioritarios. Si bien es cierto que no existe una ley nacional específica para la salud mental, en la Ley General de Salud, se incluye un capítulo de salud mental (*op. cit.*).

1.2. La Terapia Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas en las familias.

Las características de la sociedad mexicana y las dificultades por las que atraviesa, nos llevan a reflexionar que las familias se han diversificado en su composición, estructura y tipología. Han cambiado las formas de hacer pareja, los estilos de autoridad, las pautas de crianza, los modelos de maternidad y paternidad, las formas de convivencia, las funciones de sus miembros, etc., y nos habla de que la familia ha resistido los impactos de los cambios sociales.

Considerando tales transformaciones, es necesario que los profesionistas desde diversas disciplinas, acompañen a las familias a estos cambios sociales, dado que no todas poseen las herramientas adecuadas para superar los conflictos que las aquejan cuando no logran determinados ajustes y de esta manera darle continuidad a la promoción de individuos que puedan organizar una sociedad mejor.

En este tenor, la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se insertan desde un plano en el que las problemáticas que presentan los individuos se abordan desde una perspectiva incluyente, donde se echa mano de los mecanismos de la familia a la que pertenece.

Virginia Satir (1980) menciona que han existido diversos enfoques en los que se aborda al individuo de manera aislada, hay formas de tratamiento que son **designadas como “Terapia Familiar” por el hecho de entrevistar uno por uno a los integrantes** de una familia, sin embargo, diversos clínicos han llegado a la conclusión de abordar al grupo familiar como un todo, puesto que las familias se comportan como una unidad que desea obtener un equilibrio en las relaciones y los miembros de las familias actúan para mantener ese equilibrio ya sea de manera abierta o encubierta, mediante pautas de comunicación repetitivas, circulares y predecibles, aunque eso signifique grandes esfuerzos y sacrificios por mantener el la homeostasia familiar (Jackson, 1954 en Satir, 1980).

Desde el primer contacto, los terapeutas familiares actúan bajo la suposición de que cuando hay un miembro de la familia que busca ayuda terapéutica, es debido a ciertos eventos que acontecen dentro de ésta y que dicho integrante presenta perturbaciones de conducta debido a incidentes que involucran a toda la familia, como cambios fuera de la familia, guerras, inseguridades económicas y sociales; cambios dentro de la familia, crecimiento, estatus social, enfermedades; cambios en las familias extensas, muertes de abuelos, enfermedades de familiares, nacimientos; cambios sociales importantes, cambios de escuelas, despido del padre o madre del trabajo, cambio de casa; etc. (*op. cit.*).

La perspectiva desde donde las terapias Posmodernas apoyan a las familias, parte del hecho de que el conocimiento se construye socialmente a partir del lenguaje, y que el mundo sólo se puede conocer de manera directa, sólo mediante la experiencia de construirlo y deconstruirlo en el lenguaje. De tal manera que se le atribuyen significados a los eventos y vivencias (Anderson, 1997). Con esta premisa, el trabajo que se realiza en la práctica clínica en la maestría, consiste en la importancia de la conversación terapéutica que se sucede dentro del consultorio, donde los pacientes y familias llegan con experiencias a las que les han atribuido determinados significados que van de lo doloroso a lo agresivo, desolador o molesto, por ejemplo.

Como terapeutas apegados a modelos posmodernos, es importante no perder de vista que el trabajo a realizar con las familias dentro del consultorio, es un trabajo de colaboración y respeto al cliente, ya que ambos co-constuiran nuevos significados mediante los diálogos y la conversación, dando voz a aquellas historias que han sido suprimidas o ignoradas, y negociando tanto los objetivos como la dirección de la terapia, dando al cliente el privilegio de ser el conductor de dichos diálogos, y sobre todo, ser optimistas hacia el cambio en los clientes (Tarragona, 2006).

Comentarios.

Con el trabajo realizado durante la maestría, desde la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, tuvimos la oportunidad de apoyar a las familias a reencontrar equilibrios y soluciones a las problemáticas presentadas en esos momentos, y también pudimos fomentar la creación de nuevas pautas de comportamiento acordes a sus nuevas realidades; siempre siendo testigos de que la modificación en un sistema individual, repercutirá en sistemas más amplios, y de este modo, las familias avanzan hacia sus propios cambios.

Aunque la maestría estuvo orientada al aprendizaje y aplicación de los modelos sistémicos y posmodernos, considero que la terapia sistémica fue la que dio mejores resultados en la atención a pacientes, ya que las intervenciones terapéuticas, desde las prescripciones directas e indirectas, hasta la misma entrevista interventiva *per se*, llevaron a los pacientes y familias a observar cambios de una sesión a otra, lo cual los animaba a dar continuidad al proceso de terapia.

Es sabido que muchos de los pacientes llegan a consulta buscando herramientas inmediatas para salir de sus problemas, por lo que el terapeuta asume el compromiso de colaboración en esa búsqueda; en ese sentido, la directividad del terapeuta, las observaciones que hace acerca de la dinámica de la familia, las hipótesis que genera, la participación misma desde una cibernética de

segundo orden, son particularidades que ofrece la terapia sistémica, destinadas a procurar los cambios de formas breves, para beneficio del paciente.

A diferencia de las posturas sistémicas, la posmodernidad es más gradual en esos cambios, puesto que la directividad la lleva el paciente y el terapeuta va co construyendo junto a éste y a su ritmo, lo cual en algunos casos genera incertidumbre al paciente al no observar los cambios que éste quisiera. No obstante, ya en el último semestre, después de haber revisado ambas perspectivas teóricas, el trabajo con los modelos dependió en gran medida en el gusto y acomodo del terapeuta, quien llevaba siempre por consigna apoyar a los pacientes.

En resumen, la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna son una alternativa de tratamiento en la que el trabajo con las familias y sus distintas pautas de interacción, mueven al sistema de tal manera que los cambios se generan de manera pronta, abriendo posibilidades inmediatas a la mejoría en lapsos breves al tratamiento.

1.3. Caracterización de los escenarios.

Uno de los principales objetivos en la creación de la Residencia de Terapia Familiar¹⁹, fue que los alumnos pudiéramos desarrollar competencias para ejercer de una manera profesional los conocimientos obtenidos durante el paso por la maestría, mediante una formación teórico-práctica supervisada en diferentes escenarios, atendiendo las problemáticas sociales presentadas en cada uno de ellos. De tal manera que a la par de aplicar los conocimientos obtenidos durante la maestría, desarrollamos una actitud ética de servicio y compromiso hacia la sociedad.

¹⁹ UNAM a. (2012). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/punto02.pdf>

Como se mencionó, el programa de residencia tiene la finalidad de llevar un continuo entrenamiento profesional en diversos campos de aplicación del conocimiento donde se demuestren y a la vez que también se continúen las competencias de un ejercicio profesional de alto nivel. Durante el primer año de la maestría, se llevan de manera paralela en un 50 y 50 por ciento los cursos teóricos escolarizados y los teórico- prácticos; en el tercer semestre, las actividades teórico-prácticas suben a un 84 por ciento y ya durante el cuarto semestre, alcanzan el 100 por ciento, lo que hace que las actividades académicas se dediquen totalmente en el campo de aplicación del conocimiento.

La Facultad de Psicología ha establecido contacto con diversas instituciones, donde los alumnos podamos llevar a cabo la aplicación de conocimientos y contribuir a que las personas tengan una mejoría en sus relaciones de convivencia con su entorno y sean capaces de resolver sus problemas, lo cual se traduce en la posibilidad de elevar sus condiciones y calidad de nivel de vida.

También en estos escenarios tenemos la posibilidad de acercarnos a la sociedad y trabajar con diferentes problemáticas familiares de acuerdo a las necesidades de la población que a ellos asiste.

Tales escenarios pueden ser divididos en dos: los pertenecientes a la UNAM, **el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y el Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” y el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, en los cuales todos los alumnos del programa debemos de proveer atención a las familias, excepto Los Volcanes el cual está entre los elegibles; y los espacios independientes a la escuela, los cuales pueden ser elegidos por los alumnos: Centro Comunitario “San Lorenzo”, y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.**

1.3.1. Descripción de los escenarios.

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Fue inaugurado el 8 de mayo de 1981 y se ubica en Avenida Universidad 3004, Cd. Universitaria, D.F., Facultad de Psicología en el sótano del edificio D. Su creación surge con el objetivo de formar académicamente a estudiantes de nivel licenciatura y posgrado pertenecientes a la Facultad de Psicología, a la vez de proporcionar servicios psicológicos a estudiantes, trabajadores de la UNAM y al público en general que lo solicite.

Las actividades ahí realizadas están enfocadas a la evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación e investigación; y en los casos que así lo requieran, la canalización. Estas acciones se llevan a cabo de manera individual, de pareja, familiar y/o grupal, en cualquier etapa del ciclo vital; atendiendo problemáticas de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, ya sea mediante psicoterapia o con la aplicación de talleres: de habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil, habilidades parentales, y la aplicación de pruebas; abordados desde diferentes enfoques terapéuticos: Humanístico, Sistémico, Psicodinámico, Cognitivo, Conductual y Cognitivo Conductual principalmente (Psicología UNAM, 2012).

En cuanto a la investigación, los alumnos pueden llevar a cabo el análisis de casos o echar a andar algún proyecto de evaluación, los cuales serán posteriormente reportados en sus respectivas materias. De manera reciente, con la aparición y refinación de las tecnologías de la información, el centro se ha dado a la tarea de adaptar dichas Tecnologías de la Información y Comunicación para el apoyo de los usuarios del centro, dando así paso a la psicoterapia online. Ver tabla 1.

Tabla 1. Desglose de atención y formación del Centro Guillermo Dávila.

Actividades para alumnos	Abordajes con usuarios	Servicios para usuarios
-Entrenamiento y supervisión para habilidades terapéuticas (clases, cursos y talleres). -Desarrollo de investigación para alumnos. -Servicio social. -Prácticas profesionales	-Evaluación y diagnóstico. -Prevención. -Tratamiento y/o rehabilitación.	-Psicoterapia presencial individual, de pareja, familiar y/o grupal. Psicoterapia online. -Atención a problemas psicoeducativos. -Talleres. -Aplicación de pruebas y Psicodiagnóstico. -Biofeedback. -Programa de conductas adictivas, sexualidad humana, trastornos de la alimentación. -Tratamiento y rehabilitación neuropsicológica.
Los alumnos que participan dentro del Centro G. Dávila son de la Licenciatura y de los Programas de Maestría y Doctorado.		

Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

Se fundó en el año de 1981, se ubica en la Delegación Coyoacán en la calle de Tecacalo Mz.21 Lt.24 en la colonia Ruíz Cortines. Perteneciente a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM, se encarga de la profesionalización de los estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado. A través de la formación en la práctica, el servicio social, tesis y residencias de maestría.

En este escenario los estudiantes podemos adquirir y consolidar diferentes habilidades de la psicología, dando servicios preventivos y de intervención a la comunidad, atendiendo problemáticas reales a personas de diversas características: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Desde la prevención se realizan actividades de diferentes tipos como talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y ciclos de cine-debate. En cuanto al tratamiento, el centro tiene la posibilidad de contar con académicos de

distintas orientaciones psicológicas, por lo que las vertientes de trabajo para los alumnos son muy variadas.

Basándose en las demandas de la población y en las problemáticas más frecuentes, el centro ha desarrollado cinco programas para dar alternativas a éstas, como se puede observar en la **tabla 2**.

Tabla 2. Programas del Centro Comunitario y sus líneas de atención.

Promoción de la salud	Adicciones	Género y violencia	Psicología de la educación	Servicio terapéutico
-Escuela para madres y padres. -Desarrollo Psicosocial. -Hábitos alimentarios. -Familia y Salud Mental. -Habilidades para la vida. -Conciencia corporal. -Satisfacción Marital.	Adicciones y violencia.	Prevención y atención de violencia. Grupo de reflexión.	La Sala de Lectura. EILE (Enseñanza Inicial de la Lectura y Escritura). PAES (Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria).	Humanista. Psicodinámico. Gestalt. Cognitivo-Conductual. Sistémico.

Las personas que acuden al centro Mac Gregor, como comúnmente se le conoce, son principalmente vecinos de la Colonia Ruiz Cortines y de colonias aledañas como El Reloj, Díaz Ordaz, Ajusco, Candelaria, San Pablo Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo.

Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.

Como parte de un convenio entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C., el 26 de noviembre de **2004** fue inaugurado el centro “Los Volcanes”, esto debido a la preocupación de las problemáticas que aquejan a la población de la zona. Se ubica en Volcán Fujiyama

esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, D.F.

Su principal función es contribuir a la formación de los estudiantes de la Facultad de Psicología mediante su participación en actividades hacia la población, que van desde diagnóstico, psicoterapia, prevención, hasta la investigación, lo anterior bajo la supervisión de académicos especializados en las diversas áreas de competencia.

Al igual que los centros anteriores, los alumnos tenemos la posibilidad de conocer la aplicación de la psicología desde diversas perspectivas de tratamiento y enfoques teórico-metodológicos, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población.

Las actividades que lleva a cabo el centro se dividen en dos: Servicios de Atención Clínica Integral y Servicios de Atención Clínica Especializada. El trabajo realizado por los alumnos y su participación se describe en la **tabla 3**.

Tabla. 3. Servicios de Atención Psicológica en el Centro Los Volcanes

Servicios de Atención Clínica General	Servicios de Atención Clínica Especializada
Participan los prestadores de servicio social, residentes de maestría y voluntarios.	Participan terapeutas y residentes de maestría.
Preconsulta	Psicoterapia Individual
Evaluación Clínica	Psicoterapia Familiar y de Pareja
Psicodiagnóstico	Psicoterapia Grupal
Psicoterapia de Juego	Terapia de Integración Sensorial
Orientación: individual, familiar, de pareja y a padres	Psicoterapia de Juego
Intervención en Crisis	
Psicoterapia focalizada y a tiempo limitado	
Referencia Institucional	

Centro Comunitario “San Lorenzo”. Desde 1992, las Fundaciones Luz Bringas y Haghenbeck se fusionan para formar la Fundación Bringas- Haghenbeck, IAP con la finalidad de fortalecer el bienestar social. Entre sus centros de asistencia se encuentra el Centro Comunitario San Lorenzo, el cual inicia actividades hacia el año de 2004, gracias a la coordinación entre el sector privado, público y social. Se localiza en la Delegación Iztapalapa en la Colonia San Juan Xalpa (FBH, 2011).

El centro San Lorenzo, al encontrarse en el oriente de la ciudad, presenta un alto nivel de problemáticas sociales como: narcomenudeo y violencia; tráfico de estupefacientes, armas y personas; prostitución; delincuencia, etc.

Su objetivo es apoyar al bienestar de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, mediante tres ejes de acción: Tercera Edad, Educación y Desarrollo Comunitario; es en éste último punto donde se inserta el trabajo del psicólogo proveniente de la Facultad de Psicología.

Los psicólogos se integran dentro del área de Salud preventiva, donde se brinda atención psicológica, y demás actividades como: talleres de desarrollo humano, atención a la salud escolar (control del niño sano y prevención de enfermedades), atención oftalmológica, análisis clínicos, masajes terapéuticos y de rehabilitación.

Otros servicios que proporciona el centro para la prevención de riesgos psicosociales y la promoción de estilos de vida saludables son: reuniones de grupos de alcohólicos y drogadictos anónimos, círculos de adolescentes, clubes de tercera edad, biblioteca (adscritos a la Red Nacional de Bibliotecas Públicas), servicios médicos, estudios de primaria, secundaria y preparatoria abierta para adultos y talleres de oficios; además sus instalaciones cuentan con espacios aptos para que las familias practiquen actividades educativas, culturales, deportivas, de capacitación e integración comunitaria.

El centro se mantiene de las donaciones del sector privado, público y de particulares, ya sea por donativos en efectivo o en especie. Al usuario se le pide una remuneración simbólica por el servicio solicitado. *Véase tabla 4.*

Tabla.4. Servicios que brinda el Centro San Lorenzo de la Fundación Bringas-Haghenbeck

Área educativa	Área Médica	Área Psicológica	Área Deportiva	Área de servicios a la comunidad
-Primaria. -Secundaria. -INEA -Computación. -Secretariado con computación. -Belleza. -Cocina.	-Laboratorio de análisis clínicos. -Oftalmología. -Servicio Médico. -Masajes terapéuticos y de rehabilitación.	-Atención a pacientes: Niños, adolescentes y adultos. -Terapia familiar, de pareja e individual. -Talleres de desarrollo humano.	-Fútbol. -Basquetbol. -Karate.	-Grupos de Drogadictos Anónimos y Alcohólicos Anónimos (DA y AA). -Club de la 3ª edad. -Biblioteca. -Círculos de lectura. -Trabajo Social.

En lo que corresponde al área de Psicología, es importante señalar que la atención a los usuarios que solicitan el servicio se da por terapeutas que llegan al Centro en tres circunstancias distintas, ya sea por Servicio Social, por Voluntariado, o por la vinculación que se tiene con las Residencias en Terapia Familiar y de Adolescentes, de la UNAM.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. Ubicado en Av. San Buenaventura, N° 86, en la Colonia Belisario Domínguez, en la Delegación Tlalpan, inicia sus actividades con la finalidad de proporcionar tratamiento médico, de rehabilitación y reinserción familiar, escolar y social a menores de 18 años de edad que padezcan problemas de salud mental (IFAI, 2012).

Actualmente los objetivos se han ampliado y se han organizado en tres niveles de atención, *tabla 5.*

Tabla 5. Niveles de atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

Atención primaria	Atención secundaria	Atención terciaria
Promoción de la higiene mental y protección específica de diferentes padecimientos.	Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.	Rehabilitación psicomotriz y de readaptación social.
Mediante un modelo interdisciplinario que abarca servicios de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, diagnóstico terapéutico y rehabilitación.		

El desempeño fundamental del hospital se divide a su vez en tres grandes áreas más, las cuales también incluyen ayuda integral a niños, adolescentes y a sus familiares cuando hay problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.

También brinda apoyo y tratamiento a los trastornos que inician en la adolescencia o antes, a quienes presentan trastornos generalizados del desarrollo como el autismo, y la psicosis en sus diferentes manifestaciones. *Ver tabla 6.*

Tabla 6. Funciones básicas del hospital.

Admisión y urgencias	Valoración y canalización de los pacientes de primera vez para la atención del servicio y tratamiento adecuado. Funciona los 365 días del año, las 24 horas del día.
Consulta externa	Atención a los menores con alteraciones en áreas de desarrollo emocional: ansiedad, fobias, ataques de pánico o depresión y reacciones de adaptación social. Atención a los menores con alteraciones en áreas de desarrollo conductual: déficit de atención, hiperactividad y alteraciones en el aprendizaje.
Hospitalización	Existen tres unidades que prestan servicio integral a menores de 18 años, de ambos sexos, en cuyos casos es necesario un manejo intrahospitalario por encontrarse en fase aguda del padecimiento.

Todos estos servicios y actividades se dan dentro de las instalaciones del hospital, en tres unidades que se dividen como se muestra en **tabla 7**.

Tabla 7. Unidades de atención a usuarios.

Unidad PAIDEIA	Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes con problemas de Farmacodependencia
Unidad de cuidados prolongados	Atención a pacientes que han quedado bajo el resguardo total del hospital, sin tener visitas familiares.
Unidad de adolescentes Varones UAV	Trata a pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren hospitalización para su manejo.

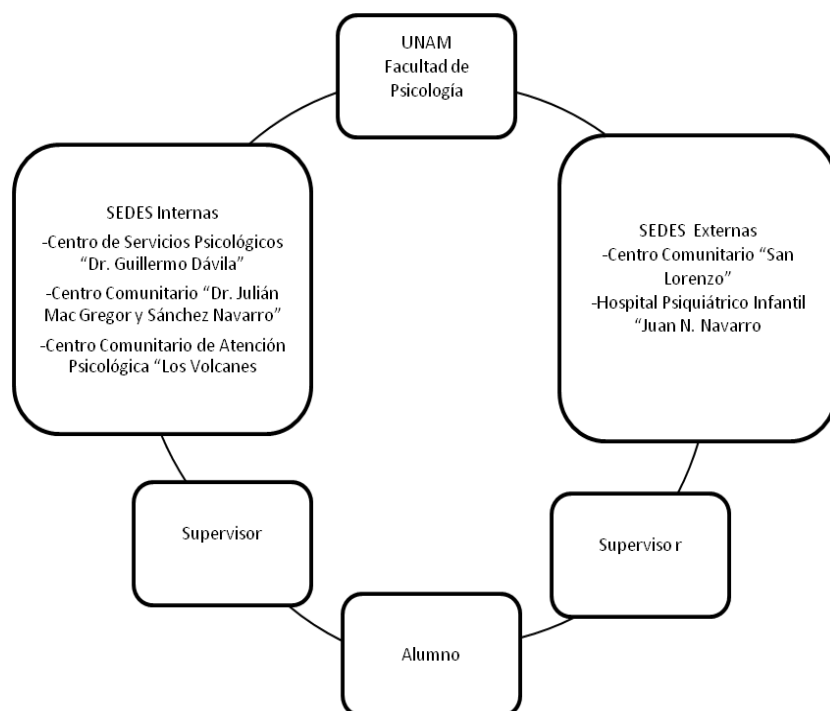
1.3.2. Análisis de los escenarios.

Como estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, tenemos el compromiso de poner al servicio de la sociedad mexicana los conocimientos adquiridos en la formación dentro de la Máxima Casa de Estudios. Pensar en la Universidad es visualizar una comunidad de personas que se encargan de generar conocimiento y que contribuyen con el desarrollo de la sociedad a la que pertenecen, mediante la creación del mismo, la formación de profesionales y la difusión de la cultura (UNAM b, 2012).

Es por ello que como parte de la formación que tenemos dentro del Programa de Maestría, tenemos un acercamiento directo a la sociedad con sus respectivas problemáticas, este acercamiento se da mediante las diferentes sedes en las cuales nos es posible continuar con la formación como terapeutas en la práctica.

Poseer estos espacios de práctica, nos permite mantener el conocimiento en constante movimiento e interacción entre diferentes personajes que integran el proceso de formación. **Esquema 1.**

Esquema 1. Organigrama de flujo de sedes.



Para hacer posible el proceso de aprendizaje y atención a usuarios, la Universidad (como se mencionó anteriormente), ha creado en representación de las sedes internas, Centros de Servicios Comunitarios y/o Psicológicos, donde mediante sus respectivos sistemas de admisión de pacientes, se nos permite la atención a usuarios. Participamos como estudiantes del Programa de Maestría en la preconsulta y la atención en psicoterapia.

En cuanto a las sedes externas, la UNAM ha generado diversos vínculos con espacios destinados a la atención de la salud, ya sea desde los Centros Públicos como Privados; en las cuales se nos permite como profesionistas, brindar atención a pacientes. Cada uno de estos espacios tiene sus propios medios de ingreso de pacientes, por lo que el acercamiento del terapeuta en formación es solamente en el proceso de psicoterapia.

Para llevar a cabo la práctica, detrás de los terapeutas en formación, hay un supervisor que va guiando cada uno de los procesos terapéuticos. Dicho supervisor

es un académico que forma parte del profesorado del Programa de Maestría y funge también como académico en la Facultad.

La participación que tuvimos como terapeutas fue desde el terapeuta a cargo del caso, en coterapia, o como integrante del equipo terapéutico, ya sea detrás de cámara de Gesell ó como equipo terapéutico en supervisión narrada.

1.3.3. Trabajo y secuencia de participación en los escenarios.

A partir del segundo semestre, los alumnos de la 8^a generación, tuvimos la consigna de iniciar los procesos de atención a pacientes en sedes internas, en el **Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”** y en el **Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”**.

En Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, la atención que brindábamos era en cámara de Gesell, con dos terapeutas al frente del caso *coterapia*, y un equipo terapéutico del otro lado del espejo unidireccional. En algunos casos el supervisor estuvo dentro de la terapia misma con los coterapeutas y en otros se encontraba entre el equipo del otro lado del espejo.

En el caso del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, no contaba con cámara de Gesell, pero sí con un sistema de circuito cerrado de televisión, el cual permitía al equipo terapéutico y supervisor observar las sesiones en vivo.

También en el segundo semestre, para dar continuidad con la atención a pacientes en la práctica, tuvimos la posibilidad de elegir sedes externas a la UNAM. **En mi caso, la sede en cuestión fue el Centro Comunitario “San Lorenzo”**. En él sólo se contaba con cubículos exclusivamente asignados al área de psicología, consultorios a los que sólo tenía acceso el paciente y los terapeutas a cargo durante el respectivo horario acordado.

Detrás de todas las sedes estuvo siempre un supervisor a cargo, el cual ya fuera que llegara a participar dentro de la sesión como coterapeuta ó que estuviera del lado del equipo detrás del espejo. El supervisor dirigía las discusiones y análisis del caso. Desde la guía de determinado modelo terapéutico correspondiente a la respectiva clase, hasta sus particulares puntos de vista relacionados con su propio quehacer en psicoterapia.

Cabe señalar que en algunas sedes no era posible la presencia del supervisor durante el proceso de sesión, **tal es el caso del Centro Comunitario “San Lorenzo”**, así que la supervisión se destinaba a otro momento en su modalidad de supervisión narrada, donde el o los terapeutas platicaban acerca del caso y el supervisor iba haciendo las respectivas acotaciones; la mayoría de las veces también con un equipo terapéutico formado por los demás compañeros que de igual manera aportaban sus puntos de vista.

En las sedes internas mencionadas en este apartado, se manejó el abordaje propuesto por el equipo de Milán a principios de los años 70s: pre-sesión, sesión, inter-sesión y post-sesión (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987); de esta manera, aunque el equipo terapéutico no estaba *in situ*, sí tenía una amplia participación en el análisis de lo observado del paciente/familia, los terapeutas y todo el sistema terapéutico que componían. Se daba un proceso de retroalimentación que nutría las sesiones terapéuticas tanto para el paciente como para los responsables del caso. Era la posibilidad de tener un observador de los sistemas observantes.

En la **presesión** los terapeutas se reúnen antes de entrar con la familia para leer la ficha telefónica si es la primera entrevista o para discutir la sesión previa. Durante esta parte el equipo genera hipótesis preliminares acerca del problema o queja familiar (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Ya en transcurso de la **sesión**, los terapeutas recaban informaciones, no sólo de datos concretos sino además de la manera en como son vertidos por la familia;

se observan las interacciones entre los miembros de la familia y sus peculiares modalidades de comunicación como las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales y las eventuales redundancias que indiquen reglas secretas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). La sesión, en algunos casos, podía ser interrumpida por los miembros del equipo de observación (Bertrando y Toffanetti, 2004) mediante el uso de interfono, ya sea para hacer alguna observación o sugerencia al terapeuta, ó enviar un mensaje al paciente.

Casi cuarenta minutos después de iniciada la sesión, los terapeutas salen y se reúnen con el equipo para la **discusión de la sesión (intersesión)**: lo que hasta ese momento se ha observado, la discusión de las hipótesis, las posibles intervenciones y el modo de concluir la sesión. Después de la discusión con el equipo, los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión y presentan en nombre del equipo comentarios, recomendaciones y alguna prescripción o ritual.

Después de despedirse de la familia los terapeutas vuelven con el equipo para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión, formular algunas previsiones y redactar un **acta de la sesión** donde quedan asentados los elementos más relevantes (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Hoffman, 1987; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Bertrando y Toffanetti, 2004).

En los casos de **Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”** y el **Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”**, no existía la posibilidad de trabajar dentro de cámaras de Gesell ó circuito cerrado, así que también se trabajaron las modalidades de supervisión narrada.

En la siguiente tabla se anexan los datos básicos de los casos en los que tuve participación durante la práctica en las sedes, principalmente como terapeuta individual a cargo y en coterapia. **Ver tablas 8 y 8a.**

Tabla 8. Pacientes en las respectivas sedes donde tuvo participación como terapeuta individual o en coterapia.

SEDE	PACIENTE	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN	# DE SESIONES	MI PARTICIPACIÓN COMO TERAPEUTA	SUPERVISÓ
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “Dr. Guillermo Dávila”	Francisco y Jimena	Terapia de pareja	Dinámico-sistémico-integrativo	10	<i>Coterapeuta</i>	Dr. Raymundo Macías
	Andrés	Separación de pareja	Estratégico	8	<i>Coterapeuta</i>	Dra. Luz María Rocha Jiménez
	Adelaida	Dificultades para relacionarse en pareja	Milán (desde el trabajo de Mara Selvini y Stefano Cirillo)	6	<i>Terapeuta individual</i>	Mtra. Carolina Díaz-Walls Robledo
	Rebeca Juárez	Manejo de intento de suicidio en hija	Soluciones	4	<i>Terapeuta Individual</i>	Mtra. Miriam Zavala Hernández
	Alicia	Aprender a tomar decisiones y cambiar	Milán (desde el trabajo de Boscolo y Cecchin)	17	<i>Terapeuta Individual</i>	Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
CENTRO COMUNITARIO “Dr. “Julían Mac Gregor y Sánchez Navarro”	Dolores	Depresión por separación de pareja, problemas en relación con hijo adolescente	Estructural	11	<i>Coterapeuta</i>	Dra. Noemí Díaz Marroquín
	Sr. Gerardo, Sra. Verónica, hijo Eduardo	Problemas de pareja y comportamiento de hijo niño	Estructural, MRI	4	<i>Coterapeuta</i>	Dra. Noemí Díaz Marroquín

Tabla 8ª. Pacientes en las respectivas sedes (continúa).

SEDE	PACIENTE	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN	# DE SESIONES	MI PARTICIPACIÓN COMO TERAPEUTA	SUPERVISÓ
CENTRO COMUNITARIO "San Lorenzo"	Sra. Andrea e hija Mabel	Dificultades con hija adolescente	Estructural	2	<i>Terapeuta Individual</i>	Mtra. Erika Graciela Trujillo Núñez
	Héctor	Alcoholismo, drogadicción, problemas de pareja	MRI	5	<i>Terapeuta individual</i>	Dra. Luz María Rocha Jiménez
	Vianey	Problemas de pareja	Estratégico	4	<i>Coterapeuta</i>	Dra. Luz María Rocha Jiménez
	Victoria Carreta	Problemas de pareja	MRI	7	<i>Terapeuta Individual</i>	Mtra. Erika Graciela Trujillo Núñez
	Sra. Lucila e hija Danna	Problemas de crianza con Danna	Estructural	1	<i>Coterapeuta</i>	Mtra. Erika Graciela Trujillo Núñez
	Sra. Mara Isabel e hija Jeannette	Dificultades de relación con Jeannette, hija adolescente	Estructural	3	<i>Coterapeuta</i>	Mtra. Erika Graciela Trujillo Núñez
	Sra. Patricia e hija Celia	Problema con hija adolescente con intento de suicidio	MRI, estructural	8	<i>Coterapeuta</i>	Mtra. Erika Graciela Trujillo Núñez
	Bianca Patricia	Problemas con la crianza de hijos en edad escolar	Estructural, MRI	7	<i>Coterapeuta</i>	Dra. Luz María Rocha Jiménez

Before you slip into unconsciousness
-The Crystal ship, James Douglas Morrison y John Densmore-

Capítulo II

Análisis del marco teórico epistemológico



En el presente capítulo, se hará una reseña de los orígenes del modelo, así como de sus conceptos y el traslado de éstos a la práctica clínica.

Resulta de suma importancia el conocer los antecedentes teórico conceptuales del modelo de Terapia Familiar Sistémica, puesto que es frecuente encontrarnos con la difusión en su vertiente pragmática, sin embargo, es necesario saber los orígenes de la epistemología que lo sustenta para poder entender el por qué de sus características de trabajo y abordaje terapéutico.

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

Muchos enfoques tienen como idea fundamental el estudio del individuo de manera aislada, el estudio de sus procesos intrapsíquicos y de sus patologías; a diferencia de éstos, el enfoque psicológico en la terapia familiar, parte de la observación del individuo y sus relaciones, principalmente dentro de su grupo familiar. Con esta premisa, la terapia familiar puede ser descrita como un tratamiento de los sistemas, particularmente de los sistemas familiares (Eguiluz, 2001).

En este sentido, terapia familiar es un término que se emplea no sólo para definir un ejercicio terapéutico con un grupo denominado familia, sino que también plantea un modelo teórico con su respectiva epistemología.

Hacer referencia desde la epistemología, permite dar un salto hacia un cambio de pensamiento, de paradigma conceptual: de la forma tradicional lineal progresiva, hacia un pensamiento sistémico de recursiones, circularidad y **cibernética. En este sentido entendemos que “la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas, y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas” (Keeney, 1991, pág. 27); un**

proceso activo y personal que se mueve en espiral y que está vinculado por las relaciones de interdependencia entre el individuo y su contexto (Eguiluz, 2001).

La epistemología sistémica hace énfasis en las interacciones, tomando en cuenta los contextos donde éstas ocurren y observando la totalidad de los elementos que en ellas interfieren.

2.1.1. La Teoría General de los Sistemas

Aunque esta noción de sistemas se ha estudiado desde la antigüedad, quizá incluso desde antes que los griegos, fue hasta el año de 1945, después de la Segunda Guerra Mundial que el biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy da renombre a su Teoría General de los Sistemas. Primeramente fue entre los años de 1925 y 1926 que Bertalanffy expone su teoría, pero en ese momento sus ideas no tuvieron una buena acogida entre el gremio científico de la época (Johansen, 1982).

Su trabajo hace referencia a una concepción organísmica sobre el principio de que el organismo es un sistema activo, no reactivo-pasivo. Este señalamiento permite a von Bertalanffy, en la tercera década del siglo, plantear para la biología la idea del organismo como un todo, un sistema cuyo objetivo principal es para las ciencias biológicas el principio de organización en sus diversos niveles, pero fue hasta el año de 1937 que la presenta en el Seminario Filosófico de Charles Morris en la Universidad de Chicago (Bollini, 1994). Aunque existió un primer artículo a punto de divulgarse en la revista *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* pero la publicación que lo contenía fue destruida en la Segunda Guerra Mundial (Bertalanffy, 2006).

Con esta proposición, Bertalanffy concibe una teoría general de la organización, la cual es aplicable a cualquier tipo de sistema, sin importar los materiales constitutivos que tenga (Bertrando y Toffanetti, 2004). Bertalanffy (2006) argumenta que esta explicación surge debido a la necesidad de formular

teorías que se enfrentaran a problemas dentro de las ciencias biosociales y a los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna, eventos para los que el esquema mecanicista da vías causales aislables, pues este enfoque parecía negar activamente lo esencial en los fenómenos de vida, que postula que todo lo que se presenta como realidad, totalidad, es un compuesto de elementos simples, realidades últimas irreductibles (Bollini, 1994).

Según Bertalanffy (Bertrando y Toffanetti, 2004), se puede describir formalmente cualquier sistema, dado que es una totalidad ordenada que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes. La manera en cómo se ordena tendrá consecuencias significativas sobre su forma de comportarse.

Para Bollini (1994) Bertalanffy planteó que el organismo es una totalidad donde las partes y los procesos individuales están intrínsecamente relacionadas entre sí; que los procesos orgánicos son dinámicos y se mantienen mediante proceso de asimilación y acomodación, ya que hay una primacía del orden dinámico sobre la disposición estática mecánica donde existe una interacción entre las partes y el sistema, y entre el sistema y el exterior, por lo que los procesos orgánicos adquieren una capacidad de equifinalidad.

Siguiendo este esquema, Bertalanffy (2006) continuó con sus análisis y consideró que en muchos de los fenómenos biológicos y de las ciencias sociales y el comportamiento, resultaban aplicables determinadas expresiones y modelos matemáticos. Planteó que una teoría general de los sistemas sería un instrumento útil a dar modelos utilizables y que se pueden transferir entre diferentes campos de conocimiento, argumentando que esta disciplina científica es una ciencia general de la totalidad lógico-matemática puramente formal en si misma pero aplicable a varias ciencias empíricas.

La teoría general de los sistemas se basa para su estudio en dos enfoques, los cuales deben de ser observados de manera complementaria. El primero es observar

al universo empírico y escoger determinados fenómenos elementales que se encuentran en las diferentes disciplinas y tratar de construir un modelo teórico que sea importante para esos fenómenos, de esta manera éste método considera un conjunto de todos los sistemas concebibles y busca reducirlo a un conjunto de tamaño más razonable; el segundo enfoque es el de ordenar los campos empíricos en una jerarquía de acuerdo a la complejidad de la organización básica de sus individuos o unidades de conducta y tratar de desarrollar un nivel de abstracción apropiado a cada uno de ellos (Johansen, 1982).

Según Johansen (1982) uno de los principales conceptos para la teoría es el de *orden jerárquico*, el cual plantea a partir de la base de la idea de recursividad subsistema-sistema-supersistema, una cadena que va desde lo más pequeño hasta lo más grande. A medida que se avanza de un subsistema a un sistema que a su vez es subsistema de uno mayor (supersistema) se va pasando de estados de organización relativamente simples a estados cada vez más avanzados y complejos.

La complejidad puede ser definida en relación con las interacciones entre componentes y subsistemas del sistema y con la variedad de cada uno de los subsistemas, entendiendo por variedad al número de estados posibles que puede alcanzar un sistema. Por lo tanto, un sistema tenderá a ser más complejo cada vez que aumenten las interacciones y la variedad.

Bertalanffy (2006) plantea el concepto de sistemas abiertos, como base de su teoría, en el que están incluidos todos los organismos vivientes, pues en estos se mantiene un continuo intercambio de incorporación y eliminación de materia, manteniendo un estado uniforme; el sistema abierto posee vida, temporalidad, evolución, diferenciación, regulación y organización autónoma, no es una suma de elementos si no un sistema de partes que se relacionan e interactúan entre sí (Bollini, 1994).

En estos sistemas se da un estado de *equifinalidad*, en los que puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos (Bertalanffy, 2006). Las principales características de este sistema son una corriente de entrada, un proceso de conversión, una corriente de salida y como elemento de control, la comunicación de retroalimentación (Johansen, 1982).

Dentro de los sistemas se sucede una tendencia natural a alcanzar su estado más probable, ese estado es el del caos, el desorden y la desorganización, es decir, un estado de *entropía*. Los sistemas pasan por diferentes estados cada vez mas desordenados y cada vez mas caóticos, es decir, se acercan a la muerte; un sistema se puede mantener alejado de ella, continuar vivo, si continuamente está extrayendo de su medio entropía negativa: *neguentropía*. La neguentropía es una medida de orden, un mecanismo mediante el cual el organismo se mantiene a un nivel de ordenamiento el cual consiste en extraer continuamente orden u organización de su medio (Johansen, 1982).

Esta importación de neguentropía y exportación de entropía se da mediante mecanismos de intercambio de energía con el medio (input-output). El concepto referente a la diferenciación o fronteras del sistema hace referencia a una división que separa al sistema de su entorno y define lo que le pertenece y lo que queda fuera de él (Johansen, 1982).

Finalmente otro concepto al que se refiere Bertalanffy (2006) es el referente a el que un sistema exhibe comportamientos dirigidos hacia un estado final o meta característicos, es decir, un comportamiento teleológico.

2.1.2. Teoría Cibernética

A finales de los años treinta, el grupo de Harvard formado por Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Walter Cannon se reunía en el Harvard Medical

School para discutir sobre sus trabajos, y consideran que se hallan frente a problemas comunes: circuitos de computación, sistema nervioso y homeostasis biológica. En esa época Wiener, es orillado como otros científicos, a participar en la lucha frente a los enemigos de Norteamérica en la guerra y se le pide un estudio de los avances y mejoras en la aeronáutica, en particular el aumento en la velocidad de los aviones en lo referente a la artillería antiaérea (Wittezaele y García, 1994).

Tras esa consigna Wiener, junto a Julián Bigelow, se dedican a construir un aparato que permita detectar el desplazamiento de un avión a derrumbar, las características de previsión que se necesitan y la minimización de errores al disparar. En ese momento ambos científicos observan que un factor de suma relevancia para la actividad voluntaria es un mecanismo de control denominado feed-back o retroacción. Explicaban que cuando se desea que un objeto siga a un determinado movimiento (como la trayectoria de un misil para alcanzar un blanco), la desviación entre este objeto y el movimiento realmente efectuado, es utilizada como un dato nuevo e importante para que la trayectoria siguiente de desplazamiento siga una trayectoria más próxima al objeto previsto por el movimiento: feed-back.

Wiener encontró que había tres elementos principales que tales aparatos deberían de poseer: entre los dos polos que tiene la máquina (entrada y salida o polo receptor y polo efector), debería de haber un sensor que informara al artefacto sobre el estado de los efectores y un elemento que compare tal estado con un estado meta que generara las correcciones necesarias para disminuir la discrepancia entre estado actual de los efectores y estado ideal (meta-propósito). La posibilidad de operar con esa comparación de la información que provee el sensor y la meta a alcanzar dedujo que implicaba un enlace circular de los elementos de la máquina y su retroalimentación con datos provenientes del propio polo efector (Packman en Foerster, 1996).

Posterior a este señalamiento, Wiener y Bigelow comparan este fenómeno con los movimientos voluntarios en los seres humanos, cuando se quiere por ejemplo, alcanzar un objeto utilizando una serie continua de rectificaciones de manera consciente o inconsciente (Wittezaele y García, 1994).

A partir de estos descubrimientos, para el año de 1948, el matemático Norbert Wiener desarrolla una teoría denominada Cibernética, en la que define que es la ciencia de la comunicación y el control en el animal y en la máquina. Se basa principalmente en los principios de retroalimentación y de homeostasis. Wiener explica los mecanismos de comunicación y control que se dan en los seres vivos y en las máquinas, los cuales sirven para comprender los comportamientos generados por estos sistemas cuya característica son los propósitos motivados por la búsqueda de algún objetivo, trabajando con las capacidades de auto-organización y auto-control (Johansen, 1982).

Años atrás en 1942, se inicia en la ciudad de New York la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr., encuentros interdisciplinarios a los que acudieron personajes de diversos campos del conocimiento como matemáticos, filósofos, biólogos, antropólogos, etc., el tema de la primer conferencia era referente a la inhibición cerebral, en ésta se presentó la oportunidad para discutir el trabajo generado por Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julián Bigelow, sobre la importancia de los mecanismos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional (Vargas en Eguiluz, 2004). Éste trabajo consistía en demostrar la manera en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo, y cómo su conducta se da en función de cierta finalidad a la que en todo momento tiende a corregirse y de esa manera autorregularse.

Además en los encuentros participan los matemáticos John von Neumann, Walter Pitts, el además neurofisiólogo Warren McCulloch, el psicólogo Lawrence Franck, el psicoanalista Laurence Kubie, los antropólogos Margaret Mead y

Gregory Bateson y también el psiquiatra e hipnoterapeuta Milton H. Erickson, entre otros tantos científicos de la época. Este espacio fue aprovechado para el intercambio de opiniones y perspectivas desde distintas áreas del conocimiento, sin embargo, la segunda guerra mundial los obliga a suspender dichos encuentros interdisciplinarios por cuatro años. Éstos se retomarían hasta 1946 (Wittezaele y García, 1994; Vargas en Eguiluz, 2004).

Posteriormente se habían dado a conocer ya algunos estudios realizados por el grupo de Harvard y cuando se proyecta para 1949, un año después del surgimiento de la teoría de Wiener, la palabra *cibernética* se impone a todos como un símbolo en investigación y los participantes deciden adoptarla como título para la conferencia y para las tres próximas. En ese momento se une a las conferencias el físico austriaco Heinz von Foerster (Wittezaele y García, 1994).

Estas conferencias fueron un parteaguas para la ciencia, dirían sus participantes, pues todos ellos tenían la impresión de participar en un acontecimiento histórico: la creación de un nuevo marco de referencia conceptual para la investigación científica, entre ellos, el más entusiasmado era Gregory Bateson (Wittezaele y García, 1994).

De las ideas que se formularon entre 1946 y 1953 en dichas conferencias, a la par de los trabajos generados en esos años, surgieron una serie de innovaciones teóricas que abrieron paso a nuevos marcos conceptuales de referencia, particularmente la cibernética en la que el objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas (Vargas en Eguiluz, 2004).

Con la posibilidad de aplicación de los conceptos de la cibernética sobre circularidad, información, retroalimentación, regulación, autoorganización, etc., a las diferentes disciplinas científicas, se hizo posible una nueva manera de abordar los problemas, ya que probó ser una teoría interesante para la explicación de las

relaciones entre los individuos y grupos humanos. Es dentro de este espacio que el antropólogo Gregory Bateson toma gran relevancia para llevar los conceptos de la cibernética a la explicación del comportamiento. Bateson, durante las Conferencias Macy, adopta con agrado la visión de una epistemología cibernética para su trabajo (Vargas en Eguiluz, 2004).

La cibernética encontró un lenguaje interdisciplinario por naturaleza, pues permitía tanto construir sistemas artificiales (como la común asociación con el campo de la ingeniería y de la computación) y entender sistemas naturales biológicos (Pakman en Foerster, 1996).

Pakman (en Foerster, 1996) plantea que esta red conceptual se enriqueció cuando los cibernéticos hicieron una serie de observaciones respecto a las nociones de causalidad, circularidad, información, retroalimentación, regulación y autoorganización:

- La noción de **causalidad** incluía además de las causas de la física, la causa eficiente aristotélica que actúa desde el pasado y la causa final aristotélica, la que implica el concepto de propósito actuando desde el futuro; por lo que cuando A está causalmente enlazado a B, B a C y C a D, D nuevamente a A, se definen dos niveles de causalidad en juego: se puede tomar una porción de esa cadena y analizarla de manera lineal como causa eficiente del pasado al futuro generándose unas a otras, y al mismo tiempo se puede observar como al operar en conjunto se cierran sobre sí mismas, generando un nivel de autonomía con respecto al entorno, expresado en el hecho de que ésta totalidad del sistema muestra un propósito a futuro que actúa como una endocausalidad en un nivel diferente al de las causas anteriores.
- Al enlazar los componentes del sistema de manera **circular**, se genera una dimensión teleológica (de causalidad final, de propósito) y se da un salto hacia el campo de la explicación a partir de la noción de **información**. El

enlace circular entre los componentes *retroalimenta*, y además de ser materia y energía, conlleva un proceso informacional y *organizacional*.

- Los sistemas que son explicables en términos de circularidad toman muy en cuenta a la historia, ya que lo que pase en ese momento está restringido por el operar anterior del sistema. Ésta historia está encarnada en la estructura del sistema por lo que está histórica y estructuralmente determinado.
- La noción de control se complejiza a través de la noción de *regulación*. Regular es generar niveles diferentes de meta-estabilidad más allá de y producto de, un cambio constante en otros niveles de funcionamiento del sistema.

Keeney (1991) menciona que la idea primordial que dio origen a la cibernética, es la que plantea que existe una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Considera que toda regulación simple o compleja, así como todo aprendizaje, implica una retroalimentación y los contextos de cambio y aprendizaje están destinados a establecer o modificar dicha retroalimentación. Para Bateson (en Hoffman, 1987) tuvo una gran influencia el descubrimiento de los conceptos de la cibernética o de la ciencia de los sistemas autocorrectores, como los servomecanismos, pues teniendo como modelos estos círculos autocorrectivos pudo darle una explicación a sus investigaciones acerca de la sociedad iatmul, la cual promovía círculos viciosos que conducían a cismas o guerra: la ceremonia naven.

Bateson describe las influencias sobre su pensamiento a partir de las Conferencias Macy, en las que conoció a teóricos de la cibernética y a su vez empezó a examinar el concepto de *esquimogénesis* en términos de los ciclos de retroalimentación activados por el error, estos ciclos los localizó en sistemas que se gobernaban a sí mismos (Bateson *op. cit.*). Encontró que cuando hay más de una cosa, hay menos de otra; en contraste cuando la situación es tal que cuanto más hay

de algo, mas hay de cualquier otro elemento, es decir una cadena de retroalimentación positiva. Hasta entonces tanto él como otros investigadores habían observado dos formas en las que podían operar los procesos de desviación: una secuencia autoestabilizadora y una intensificación que conduciría a la destrucción del sistema.

Existe una tercera posibilidad, ya sea una escapada o intensificación puede lograr un salto que transforme a todo un sistema. Según W. Ross Ashby (Hoffman, 1987) esta tercera posibilidad queda explicada por un modelo conceptualizado en dos niveles para el cambio. Ashby observó que los sistemas vivos son capaces de variar su comportamiento en respuesta a variaciones menores en el campo, y a menudo son capaces de cambiar el medio para la gama de comportamientos, siempre y cuando el campo dé muestra de una perturbación insólitamente grave. Este tipo de retroalimentación de manera bimodal resulta útil para capacitar a la entidad u organismo para sobrevivir a las fluctuaciones y los cambios radicales.

Ashby denominó cambios de primer orden a las respuestas correctivas a las fluctuaciones menores y cambios de segundo orden a las respuestas a las diferencias radicales del medio (Hoffman, 1987).

Mahoroh Maruyama desarrolló el concepto denominado ***segunda cibernética***, en la que se dan dos tipos de retroalimentación en los sistemas: la que favorece y la que inhibe el cambio. La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el estatus quo, mientras que la retroalimentación positiva (morfogénesis) es radical y promueve la novedad (Hoffman, 1987). Esta segunda etapa pone más atención en los procesos de amplificación hacia la desviación, a retar la desviación y la estructura del sistema, al desequilibrio y reestructuración del sistema, a movilizar los subsistemas y a dar otra jerarquía a la unión de éstos, a dar fuerza a un subsistema con una visión hemodinámica en vez de homeostática (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Estas desviaciones fluctuantes de parámetros de un sistema evocan tendencias a neutralizarlos, lo cual lleva a una bifurcación, un salto

cualitativo que lleva a nuevos lineamientos de base y nuevos procesos neutralizadores, orillando al sistema a una evolución (Keeney en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Posteriormente se da una evolución en la cibernética primitiva, von Foerster menciona que la cibernética es el punto en el que el observador ingresa en el sistema solo al estipular la finalidad de éste, en el concepto al que se le ha denominado cibernética de la cibernética, frase propuesta originalmente por **Margaret Mead en 1968, Foerster dice que “el observador ingresa en el sistema estipulando su propia finalidad” (Foerster en Keeney, 1991, Pág. 93) por** consiguiente la cibernética de la cibernética es una forma de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema, la cual pega un salto en el orden de recursión y pone al observador como parte integral del sistema observado (Keeney, 1991),

La cibernética simple ha proporcionado nociones como la homeostasis y adaptación, mientras que la cibernética de la cibernética retoma conceptos como autorreferencia, autonomía, y los que corresponden a unidades más complejas de **la mente (Keeney, 1991). Según Foerster “la cibernética social debería de ser una cibernética de segundo orden -una cibernética de la cibernética- de modo tal que el observador que entra en el sistema pueda estipular su propio propósito: el es autónomo” (Foerster, 1996, pág. 92).**

2.1.2.1. El Proyecto Bateson y la Teoría del Doble Vínculo

Hacia el año de 1952 inicia el proyecto de investigación sobre la comunicación humana de Gregory Bateson, donde muestra interés por los procesos de comunicación de los mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a paradojas (Ochoa, 2004). La principal aportación de Bateson fue el hacer una descripción acerca del funcionamiento de la paradoja dentro de la comunicación, consideraba que la paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación

encuadran a otros mensajes de manera conflictiva, a modo que si el receptor obedece al requerimiento del emisor, en realidad lo está incumpliendo.

En ese mismo año la Fundación Rockefeller, interesada en los estudios de Bateson, le apoya con una beca por dos años para continuar con sus estudios sobre la naturaleza y los niveles de comunicación, por lo que para dicho proyecto invita al ingeniero químico John Weakland, al joven aspirante a escritor Jay Haley, y al único médico del grupo, William Fry. En esos dos primeros años el proyecto se ocupa en el estudio de la comunicación ambigua; los mensajes y metamensajes que se califican mutuamente, poniendo al receptor en una situación paradójica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Dos años más tarde, 1954 cuando ha concluido la beca, Bateson conoce a Don D. Jackson, psiquiatra y psicoanalista que dirige el departamento de psiquiatría de la Palo Alto Medical Clinic. Jackson se interesa por el proyecto encabezado por Bateson y es incluido. A partir de ese momento el grupo se inclina decididamente por la clínica y la terapia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Se enfocan a estudiar la comunicación de los psicóticos, lo cual le lleva a desarrollar la ***Teoría del Doble Vínculo***. En ésta se encargan de describir el contexto comunicacional de la esquizofrenia. “La expresión <<doble vínculo>> alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico” (Bateson 1956 en Ochoa, 2004). Ésta teoría hace una ruptura de paradigmas, pues dio una explicación de la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas (Ochoa, 2004).

Siguiendo una línea del tiempo, para el año de 1956 el grupo integrado por Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson y John Weakland presenta la hipótesis del doble vínculo en el artículo ***Hacia una teoría de la esquizofrenia*** el cual es considerado el punto que origina la concepción sistémica de la esquizofrenia y también de la familia (Bertrando y Toffanetti, 2004), los aportes dedicados a los niveles lógicos, con abstracción y complejidad se deben a Bateson; las referencias

dedicadas a las estrategias de Erickson fueron vertidas por Haley y Weakland; y el lenguaje psicoanalítico así como la idea de aplicar el doble vínculo a la terapia pertenecen a Jackson (Bertrando et al).

De este análisis, Bateson, Haley, Jackson y Weakland concluyen que aunque la situación del doble vínculo es un componente disparador de la esquizofrenia, no abarca una explicación etiológica de la misma. En ese momento la teoría del doble vínculo ó doble atadura, se deriva hacia una teoría más general sobre la comunicación (Ochoa, 2004).

2.1.2.2 Bases conceptuales en el pensamiento de Bateson

Según Gregory, los hombres tienden a no ver sino fragmentos de los circuitos de los sistemas naturales y a tratarlos como series lineales de causa y efecto, y para comprender un sistema vivo es necesario observar una constelación de factores, no en y por sí mismos, sino en sus relaciones y contextos (Bateson, M., 1984).

Bateson (Bateson, 1972), consideraba que todos los sistemas biológicos y en evolución como los organismos individuales, las sociedades humanas y los sistemas más amplios, están conectados por redes cibernéticas, las cuales conviven en una combinación de competición y dependencia mutua, mediante circuitos complejos de regulación que determinan potencialidades regenerativas de dichos sistemas. De tal manera que cada sistema se integra de subsistemas que se autoregulan para preservar constancia. Cuando se genera un impacto externo, en algún circuito o punto del circuito, se difundirá en todo el sistema, por lo que el circuito se autoregulará generando cambios en diversas variables para preservar la homeostasia anterior. A este complejo entramado de relación e interacción, que genera un circuito cibernético de información, Bateson lo denominó **Mente**.

Para Bateson, la Mente era la unidad total pertinente, que completa un circuito mediante el procesamiento de información y el ensayo y el error. La mente es un agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación, el circuito cibernético en el que todos los procesos vivientes resultan interconectados y se vuelven uno. Es inmanente a los sistemas, desde los más simples, los agregados ecológicos, las diversas especies de unidades sociales, hasta los cerebros, las conversaciones y cualquier circuito recursivo. Donde haya retroalimentación, se pondrán características propias de una mente (Varela, 1979, en Keeney, 1991).

En el seno de la mente hay una jerarquía de subsistemas que de por sí solos se denominan *mente individual*. La mente individual es esencial en el cuerpo y en las vías y mensajes que se dan fuera del cuerpo, conectándose a una mente más amplia (por ende, la mente individual es un subsistema de una mente más abarcadora), la mente más amplia es comparable, según Bateson, con lo que algunos llaman “Dios” y es inherente a un sistema social total interconectado a la ecología planetaria; la ecología termina siendo el estudio de la interacción y la supervivencia de las ideas y programas en circuitos (Bateson, 1972).

En la mente individual se da un proceso evolutivo en el que la conservación de una idea sobrevive al uso reiterado y sin inspección minuciosa, éstas ideas se vuelven merecedoras de confianza y está disponibles para el uso inmediato; es decir, la frecuencia del uso de determinada idea se convierte en un punto de supervivencia, que a su vez está determinado por su relación con otras ideas con las que puede apoyarse o contradecirse, combinarse e influirse recíprocamente. Bateson denominó a este entramado *Ecología de las ideas*. Estas ideas, al sobrevivir al uso repetido, son más generalizadas y abstractas y tienden a convertirse en premisas que se tornan relativamente inflexibles, de las que dependerán otras ideas.

Los medios por los cuales una persona influye sobre otra, son parte de la ecología de las ideas y a su vez parte del sistema ecológico más amplio, dentro del cual se da esta relación; un constante acoplamiento entre el hombre y los sistemas homeostáticos que lo rodean. De esta manera, cualquier cambio en las ideas programadas como premisas, **ruido** (Bateson y Ruesch, 1984), puede provocar un cambio en toda la constelación de ideas relacionadas, una posible fuente de nuevos patrones en los circuitos (Bateson, 1972).

Como la unidad más simple de la mente es el sistema cibernético elemental con mensajes en circuito, es de esperarse que cualquier suceso que se produzca en cualquier posición del circuito, tenga efecto posterior en todas las posiciones de éste. La transformación de una información que se introduce y recorre un circuito es una **diferencia** que hace una **diferencia**, en la medida que ésta recorre un circuito y sufre transformaciones sucesivas en el, es una idea elemental. “Lo que se transmite alrededor de un circuito son transformaciones de diferencias... una diferencia que hace una diferencia es una idea o unidad de información”. (Bateson, 1972, pág. 347).

Las **diferencias** son efectos provocados por cosas que entran en el mapa proviniendo del territorio, es decir, en los pensamientos o percepción o la comunicación de una percepción, hay una decodificación entre la cosa sobre la cual se informa y lo que se informa sobre ella (Bateson, 1982). Los receptores sensoriales eligen y extraen ciertos hechos que se convierten en información, es así como la información que entra al mapa hace una diferencia. Bateson afirmaba que **“toda recepción de información es forzosamente la recepción de noticias acerca de una diferencia, y toda percepción de diferencia es limitada por un umbral”** (*op. cit.* pág. 26). Cabe señalar que **Bateson agregaba que, parafraseando a Korzybski, “el mapa no es el territorio”, sólo es una representación abstracta y el mundo mental son mapas de mapas** (Bateson, 1972). Además consideraba que la diferencia no se sitúa en ninguna parte, puesto que es una relación entre las cosas, y esta relación es una abstracción.

Argumentaba que ningún mensaje, ningún elemento de un mensaje, ni ningún evento ni objeto, tienen significado si se hallan total e inconcebiblemente separado del **contexto**. Palabras, frases y conductas, asumen un significado en relación con la situación en la que se observan, es decir, en aquellas circunstancias particulares que en determinado momento rodean a una persona o varias e influyen en su conducta. De esta manera, un **contexto** se constituye dentro de una situación precisa que implica una determinada finalidad o propósito y una cierta distribución de roles. La situación contextual exige todos aquellos factores que influyen en la comunicación, sin ser expresados explícitamente pero que comparten una base como marco de referencia compartido, al menos en un grado mínimo.

Según Selvini (en Selvini, 1990), la característica de todo contexto es la imposición explícita o implícita de una o varias reglas en la relación, por ende, si varía el contexto variarán también las reglas que le son propias. De ahí la importancia de que el sujeto pueda definir la propia relación con otras personas con respecto a la naturaleza de la conducta que se seguirá en esa relación.

Para Bateson, la conducta sólo tiene significado dentro de un contexto que tiene significado dentro de un contexto más amplio, esta aseveración regresa a la idea primigenia de la existencia de unidades más amplias, a una jerarquía de contextos. La modificación de contextos hace que la conducta pierda sentido.

La capacidad de crear un contexto, es una aptitud del receptor. Aunque es el emisor de un mensaje el que elige un elemento en un conjunto de posibilidades, el receptor lo decodificará según su propio **sistema de referencia**, es decir, lo clasificará en el conjunto de referencia que le parezca apropiado; lo cual generará una respuesta. El receptor del mensaje (**observador**) capta información que selecciona arbitrariamente y establece una **distinción** para otro observador (pudiendo ser incluso él mismo). Se establecen distinciones de lo que se observa y

luego se establecen distinciones de las distinciones para describir lo que se observa (Keeney, 1991).

Para decidir cuáles son los efectos y las causas de un fenómeno cualquiera, los seres humanos dividen el universo en conjuntos distintos, desde lo espacial hasta lo temporal, definen una *puntuación*. La *puntuación* de determinado fenómeno consiste en dividir las secuencias interaccionales. A la interacción que se sucede cuando la puntuación de la persona A interactúa con la puntuación de la persona B y ésta a su vez devuelve una puntuación a A en modo de secuencia, Bateson la denominó *la pauta que conecta* (Bateson, 1972), como una danza de partes que interactúan. Cuando dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista de un par de individuos tendrá una ida sobre el sistema total.

Después de que el observador puntúa las combinaciones de los dos miembros procede a discernir *la pauta que los conecta*, por ejemplo la pauta de la **puntuación de la persona “A” interactúa con la de la persona “B” de modo de crear una pauta híbrida (la puntuación del observador)**. Así, para el observador esto significa que la combinación simultánea de sus respectivas puntuaciones da una **visión de la relación total. Esta es la idea central que Bateson llamó “doble descripción” (Keeney, 1991)**.

Bateson consideraba que estos conceptos eran aplicables a todo circuito que **tuviera características de “sistema mental”, donde hasta el circuito cibernético más simple actuara por medio del ensayo y error, por la retroalimentación intervinculada por la causa y el efecto, generando “cadenas de causación”, las cuales pueden rastrearse progresiva y regresivamente de acuerdo a cualquier posición elegida arbitrariamente por el observador, como punto de partida de la descripción (op. cit.)**. Por lo tanto, la *Doble descripción* es la herramienta epistemológica que permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas, en

este sentido, una doble descripción es la puntuación de dos flujos de interacción (Keeney, 1991).

2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana

Aunque para el proyecto Bateson la terapia familiar no fue una prioridad, sí lo fue para Don Jackson (Witzezaele y García, 1994). Con las investigaciones sobre la esquizofrenia y el doble vínculo, así como la influencia de las ideas acerca de los niveles lógicos, las interacciones simétricas y complementarias y los niveles de aprendizaje, empieza a formar tesis acerca de que los comportamientos son comunicacionales y no consecuencias de lo que sucede dentro de los individuos y funda en el año de 1959 el Mental Research Institute, cuyo objetivo era investigar las comunicaciones y las interacciones de las familias con otros sistemas y contextos organizados (Ochoa, 2004).

Al principio el personal que conformaba el instituto era muy reducido: Jackson, la trabajadora social Virginia Satir, Jules Riskin (Bertrando y Toffanetti, 2004), y la *secretaria* Janet Beavin Bavelas, quién posteriormente cobraría importancia al lado de Don Jackson y Paul Watzlawick. Posteriormente se unieron Haley, Weakland y Watzlawick; Bateson fungiría como investigador asociado y como profesor (Espinosa en Eguiluz, 2004).

En ese momento los intereses del grupo se relacionaban con la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en las familias que tenían un integrante esquizofrénico (Espinosa en Eguiluz, 2004). Además incorporan el aspecto emocional de la comunicación, como el resultado de una gran variedad de conductas y comunicación humanas (Witzezaele y García, 1994).

De los antecedentes del doble vínculo visualizados con el proyecto Bateson, y las nuevas investigaciones comunicacionales generadas en el mental Research

Institute, Jackson, Beavin y Watzlawick elaboran la denominada *Teoría de la comunicación humana* (Eguiluz, 2001).

Orientados hacia la práctica terapéutica, los tres exponentes intentan volver operativos los conceptos generados por el proyecto Bateson. En éste escrito, los conceptos de Bateson son traducidos de una forma más pragmática, la codificación de la información se da de dos tipos: codificación analógica y digital, y los aspectos de un mensaje son contenido y relación (Witzezaele *et. al.*). El libro se publica en 1967 como *Pragmatics of human communication*.

En esta obra, los autores presentan las ideas principales de la cibernética, de la teoría de los sistemas aplicada a la situación familiar y las ideas del proyecto Bateson sobre la comunicación interpersonal. La teoría marca una nueva ciencia del comportamiento y abre camino a un enfoque formal e integrado acerca del mismo. Aunque Bateson no estuvo de acuerdo en el contenido y la relación de ésta teoría con su proyecto, los autores describen la utilización terapéutica de las paradojas pragmáticas de la comunicación y consiguen dar una explicación interaccional de éstas con las premisas teóricas del doble vínculo, con lo cual relacionan teoría y práctica y dan pié a la evolución de la terapia sistémica (Witzezaele y García, 1994).

Jackson, Watzlawick y Beavin (1991) hacen un distinguo de los componentes de la comunicación y sugieren que el estudio de la comunicación humana puede ser dividido en tres grandes áreas: la semántica, la sintáctica y la pragmática. Éstas previamente habían sido establecidas por Morris y Seguidas por Carnap, quienes estaban dedicados al estudio de la semiótica que es la teoría general de los signos y los lenguajes. El grupo argüía que estas tres áreas se encuentran conectadas de manera interdependiente.

- La sintáctica abarca los problemas referentes al hecho de transmitir información sin poner importancia al significado de los símbolos-

mensaje, problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades estadísticas del lenguaje.

- La preocupación central de la semántica es el significado, pues aunque se transmitan símbolos con la corrección sintáctica, carecerán de sentido a menos que tanto emisor como receptor se pongan de acuerdo de antemano con respecto al significado, es decir, toda información compartida corresponde a una convención semántica.
- Y finalmente, la comunicación afecta evidentemente a la conducta, lo cual es un efecto pragmático.

Sin embargo después de éste análisis se ocupan de manera particular en la pragmática, o sea de los efectos que tiene la comunicación sobre la conducta. Consideran que los datos que arroja la pragmática no son solo palabras al servicio de la semántica y la sintáctica, sino también sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal (Watzlawick, *et. al.*).

Desde esta perspectiva de la pragmática Watzlawick, Beavin y Jackson (1991, p.31) consideran que **“toda conducta y no solo el habla es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contexto impersonales, afectan a la conductas”**.

Axiomas de la Comunicación Humana

Resulta de gran importancia estudiar el efecto de la comunicación sobre el receptor y además el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor, es decir, la relación emisor-receptor que se establece por medio de la comunicación. La principal aportación de este grupo de estudio fue el diseño de los cinco axiomas de la comunicación humana y de sus formas patológicas (Eguiluz, 2001).

En esta descripción, Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) describen los cinco axiomas²⁰ de la siguiente forma:

Axioma 1, ***No es posible no comunicarse***. Toda conducta es comunicación, por ende es imposible no comunicarse. De esta manera el silencio y la inactividad tienen un valor y una influencia interaccional.

Axioma 2, ***Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero, y es por ende, una metacomunicación***. El aspecto de contenido hace referencia a los datos que son transmitidos, mientras que el aspecto relacional hace referencia a la parte no verbal del mensaje emitido y tienen que ver con la interacción.

Axioma 3, ***La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencia de comunicación entre los comunicantes***. Una manera de organizar cadenas de interacciones largas con la cual se determina el tipo de relación.

Axioma 4, ***Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente***. La comunicación digital tiene un carácter más abstracto, incluye el lenguaje, la palabra hablada, es decir, plantea el <<qué se dice>>. La comunicación analógica aparece de manera no verbal en gestos, tono de voz, expresión corporal, plantea el <<cómo se dice>>.

Axioma 5, ***Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia***. Las relaciones se dan en dos niveles, uno es el simétrico, donde se dan intercambios

²⁰ En este estudio encontraron que a cada uno de los axiomas descritos le corresponde una patología, pues los efectos pragmáticos pueden estar relacionados con trastornos que se forman dentro de la comunicación humana. Como consecuencia de estos déficits, pueden dar origen a diversas patologías individuales, es decir, conductas que habitualmente son consideradas como síntomas de enfermedad mental. Como patologías de la comunicación.

igualitarios y en una conducta recíproca, el otro nivel es el complementario, donde se dan dos niveles distintos de la relación, produciendo un acoplamiento recíproco.

Según Jackson, Watzlawick y Beavin (1991) la comunicación patológica constituye círculos viciosos que no se pueden romper, hasta que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación, es decir, hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse. Para lograr esta metacomunicación es necesario que los comunicantes se ubiquen fuera del círculo interaccional.

2.1.4. Constructivismo

Todo constructivista sostiene que para poder comprender el mundo se debe de empezar comprendiéndose a uno mismo, al observador (Segal, 1986). Los métodos tradicionales de hacer ciencia tienden a separar al observador de sus observaciones, argumentando que es necesario eliminar la autorreferencia para preservar la objetividad. Sin embargo se debe de proporcionar la importancia suficiente a la percepción pues el observador tendrá que ser capaz de dar cuenta de sí mismo y de su propia capacidad de percibir y organizar su experiencia. **“El Constructivismo recibe éste nombre por su énfasis en los actos de construcción. El verbo *construir* significa organizar u ordenar”** (Mahoney, 2005).

A diferencia de la ciencia y la filosofía tradicional, el constructivismo enarbola la autorreferencia y la recursión y sostiene **que “no hay observaciones** -es decir, no hay datos, no hay leyes de la naturaleza, no hay objetos externos que sean independientes de los observadores-“(Segal, 1986). **De ahí se desprende que el constructivismo es una teoría del conocimiento activo y sus principios fundamentales son:**

- El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, si no que es construido activamente por el sujeto cognoscente.
- La función de la cognición es adaptativa sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no es el descubrimiento de una realidad ontológica objetiva (Pakman, 1996).

Para el constructivismo la realidad es siempre un asunto de interacción que se va creando mediante las acciones, donde éstas conductas determinan lo que el sujeto conoce y cómo lo conoce (Cubero, 2005).

Según Bauersfeld (en Cubero, 2005) el constructivismo propone una alternativa distinta al concepto de conocimiento y conocer, pues considera que el conocimiento no es ni un objeto, ni un objetivo finito, sino más bien un proceso de construcción situada y social. Glasersfeld (*op. cit.*) considera que no es posible comparar el conocimiento con aquella realidad a la que representa, pues la única manera en que se puede llevar a cabo este propósito es mediante otro acto de conocimiento o de representación que, ineludiblemente, se relaciona con la experiencia de quien observa.

Para teóricos como Watzlawick la realidad es fruto de la construcción de cada momento, es decir, es una **realidad inventada** (Watzlawick, 1995). Según Ceruti, (1981, en Watzlawick y Krieg, 1994) la adecuación de los modos de pensar y de los lenguajes no refleja una estructura de la realidad que se haya aprendido **sub specie aeternitatis**, desde un punto de vista absoluto más bien siempre es una adecuación **hic et nunc** condicionada y construida por las particularidades y lo fines del observador, así como por los muy peculiares cortes metodológicos que el observador utiliza para aproximarse a la realidad.

Ceruti (1994) argumenta que muchas perspectivas clásicas del conocimiento plantean que el proceso de progresiva descentración característico de la ciencia solo podía producirse con la neutralización del sujeto y del observador, en cambio las reflexiones epistemológicas contemporáneas refieren el concepto de descentración a dos hechos: a la proliferación de lo real en objetos, niveles y esferas de realidad diferentes, y a la conciencia de que ésta proliferación está siempre presente en el lenguaje y en la comunicación de un observador.

Muchas tradiciones filosóficas han tendido a distinguir de entre dos temas: la marginalidad de la condición humana en el cosmos y la exaltación de su autoconciencia como momento central de la evolución del cosmos. Según Ceruti, esta incompatibilidad se convierte en complementaria y traducida en términos cognitivos significa conciencia de parte de un observador de la propia marginalidad, o del hecho de que utiliza solo un lenguaje entre miles y miles de fenómenos significativos para él le son inaccesibles, por los límites contingentes de la comunicación, por los límites más o menos necesarios de los receptáculos de la información y por los cortes metodológicos que hace a sus aproximaciones del mundo.

Mahoney (2005) considera que el constructivismo sustenta que:

- La experiencia humana supone una actividad continua.
- La mayor parte de la actividad humana está dedicada a los **procesos de ordenamiento**, a las pautas de organización de la experiencia. Estos procesos de ordenamiento son principalmente emocionales, tácitos y categoriales (dependen de los contrastes) y representan el aspecto central de la creación de significados.
- La organización de la actividad personal es fundamentalmente autorreferente o recursiva, al hacer del cuerpo la piedra angular de la

experiencia y al estimular un sentido fenomenológico del sí mismo o identidad personal.

- La capacidad de autoorganización y creación de significados está fuertemente influida por los procesos sociosimbólicos; las personas existen dentro de redes vivas de relaciones, muchas de las cuales están mediadas por el lenguaje y por sistemas simbólicos.
- Cada vida humana refleja los principios de la ***dialéctica dinámica del desarrollo***; el complejo flujo que se da entre las tensiones esenciales (contrastes) se refleja en los patrones y ciclos de experiencia, que pueden conducir a episodios de desorden (desorganización) y, bajo algunas circunstancias, a la reorganización (transformación) de las pautas nucleares de actividad, incluyendo la creación de significado y la relación con uno mismo y con los demás.

El constructivismo versa sobre cinco temas principales, los cuales tomados en conjunto sugieren que una perspectiva constructivista de la experiencia humana es aquella que enfatiza la ***acción creadora del significado a través del desarrollo de uno mismo en sus relaciones con los demás*** (Mahoney, 2005):

Actividad. El constructivismo afirma que todos los seres humanos ejercen una participación activa de su propia vida. Cada individuo elige, y esas elecciones son importantes tanto para él mismo como para todas las personas con las que tiene relación. Se es reactivo. Aunque el constructivismo no hace a un lado las capacidades humanas para los reflejos automáticos y el condicionamiento, considera que los esfuerzos por la supervivencia son principalmente proactivos. El ser humano se mueve entre fuerzas mucho más poderosas que el mismo y, a pesar de todo, posee una fuerza y una capacidad de elección ante esas fuerzas.

El punto sustancial de la actividad se refiere a que los seres humanos no son agentes pasivos, si no que actúan en y sobre el mundo en el proceso de la experiencia. De la misma manera que el proceso de selección natural contribuyó a la evolución biológica, en todo momento el ser humano está comprometido con actos de selección (Bateson en Mahoney, 2005).

Orden. Este segundo principio del constructivismo reconoce que es necesario cierto orden. Los seres humanos organizan su mundo y reaccionan al orden dentro de él, desarrollando esquemas y creando significados, aún sin estar conscientes de hacerlo.

El constructivismo entiende que las emociones juegan un papel relevante en la experiencia humana. Las emociones son una poderosa fuerza biológica dentro de la autoorganización, desempeñan un papel crítico al dirigir la atención, al dar forma a las percepciones, al organizar la memoria y al estimular el compromiso activo con el aprendizaje que la vida exige ineludiblemente. Cada persona siente de una forma idiosincrásica.

Identidad. Se organiza el mundo gracias a que primero el ser humano se organiza a sí mismo. La autoorganización biológica surge de las experiencias corporales. Desde etapas tempranas cada persona busca distinguirse de sus cuidadores para convertirse en un individuo con una identidad coherente y diferenciada, el cuerpo y sus límites se convierten en un eje central para la organización de la experiencia (Bateson en Mahoney, 2005).

El constructivismo acentúa la unicidad de cada autoorganización vital, se pone énfasis en el ser individual, la construcción recursiva del sí mismo y la naturaleza personal del orden creado. Lo que una persona experimenta está relacionado necesariamente con la forma en que ha aprendido a crear un punto de referencia ordenado.

Relación sociosimbólica. Gran parte de orden que el ser humano busca y del significado que crea surge de las sensaciones en relación a otras personas. Se nace en relaciones y es dentro de éstas donde se vive y se aprende en mayor medida. Las formas que configuran la experiencia personal son modeladas por fuerzas que difícilmente se pueden conocer, las palabras son mucho más que símbolos, lo que evoquen en la experiencia depende de una inmensa red de relaciones (Gergen, Rychlak, Watzlawick, en Mahoney, 2005).

Algunas palabras y conceptos son más comunes y familiares que otros y todos ellos son reflejos de las innumerables relaciones que se mantienen con otras personas e ideas, pasadas y presentes. La organización activa del sí mismo tiene lugar en un **en** y además se da simultáneamente **con** y **a través** de vínculos sociales y sistemas de símbolos.

Los seres humanos son seres sociales y no hay ninguna manera de separar la sociabilidad de las capacidades simbólicas. Gran parte del tiempo los individuos lo pasan **pensando**, pero la forma y la estructura del pensamiento son en sí mismas relacionales.

Desarrollo vital. El constructivismo habla de ciclos y espirales de experiencia a lo largo de la perenne dinámica del desarrollo y pone énfasis en los procesos de cambio dentro y fuera del ser humano. Éstos pueden suceder de una forma repentina y llevar hacia una revolución personal. Dentro de estos cambios los patrones habituales de orden se empiezan a desdibujar y la vida normal empieza a tener desviaciones.

Continuamente el ser humano está en busca de un equilibrio y algunas personas lo logran más que otras, pero todo ser humano es asequible a caer. Si se consideran todos los factores que influyen en determinado momento de la vida (constricciones y activaciones genéticas, historia cultural y de desarrollo, salud, habilidades de desarrollo y circunstancias vitales) se puede observar a cada ser

humano haciendo o sintiendo lo que es natural para sí, sin embargo, aun así es responsable de sus acciones, y mucha de esta responsabilidad está en relación con el futuro desarrollo.

En puntos resumidos, todos los observadores se definen recíprocamente en una relación simétrica y asimétrica, simétrica por que comparten los mismos vínculos naturales y en determinado nivel de abstracción los mismos vínculos culturales, las mismas gramáticas, las mismas limitaciones cognitivas; asimétricas, por que el conocimiento se constituye en el anudamiento irreductible de las historias individuales, de los acontecimientos irrepetibles, de los cortes efectuados a las explicaciones del mundo y de las motivaciones idiosincrásicas (Ceruti, 1994 en Watzlawick y Krieg, 1994).

La postura constructivista, según Ernst von Glasersfeld (en Watzlawick, 1995) hace del hombre pensante el único responsable de su pensamiento de su conocimiento y de su conducta, además la teoría sostiene que el mundo que habita se le debe a si mismo pues el mundo lo construye cada individuo automáticamente. El constructivismo radical sostiene que en gran medida se pueden inferir las operaciones sobre las que se organiza el mundo de la experiencia, y la consciencia de ese operar puede ayudar a hacer las cosas de manera diferente y posiblemente mejor.

El constructivismo radical rompe con los convencionalismos y desarrolla una teoría del conocimiento en la cual no hay una realidad ontológica *objetiva*, sino mas bien el ordenamiento y organización de un mundo construido de experiencias. **Piaget, adepto a esta corriente menciona que “la inteligencia organiza el mundo organizándose a sí misma” (Piaget en Watzlawick, 1995, pág. 25).** Para Piaget la organización siempre es el resultado de una interacción entre la inteligencia consciente y el ambiente (Glaserfeld en Watzlawick, 1995), los conceptos de equivalencia e identidad individual son dados a priori, innatos y todo niño normal los construye dentro de sus dos primeros años de vida.

Profesor Heinz von Foerster presenta en las Segundas Conferencias en Memoria de Don D. Jackson, en el año de 1976, su ponencia acerca del constructivismo radical y su significado en la psicoterapia, donde argumenta el análisis de los procesos de percepción, de comportamiento y de comunicación, mediante los cuales las personas conciben sus realidades individuales, sociales, científicas e ideológicas. Esta construcción de la realidad pone en crisis los supuestos de las escuelas clásicas de terapia que refieren que se debe de tener intuición <<insight>> de la realidad (Watzlawick, 1992).

2.1.5. Construcción Social

El construccionismo surge con la propuesta de resaltar el análisis del lenguaje como una exploración de formas sociales, donde se pone el acento hacia los modos en los que el discurso funciona en las relaciones, y de cómo mediante éste se construyen y socavan descripciones factuales (Beltrán, 2002). Esta propuesta analiza las bases relacionales de lo que se considera conocimiento y resalta que éste es una construcción comunal discursiva, es decir, observa al discurso como un recurso para el intercambio comunal (Gergen, 1996a; Potter, 1998 en Beltrán, 2002).

Se ha convenido que, el construccionismo tiene por objeto de estudio al comportamiento humano, pero refiriéndose a una explicación que atiende a las acciones que se realizan con las descripciones y las representaciones en los contextos en que se producen, es decir, en el discurso (Edwards, 1997; Shotter, 1995 en Cubero 2005).

Potter (1996 en Cubero, 2005) considera que el punto de partida es el lenguaje, pero más que un mero sistema de signos, el énfasis está en el discurso: el habla y los textos como acciones situadas articuladas y co-construidas en la interacción social. Esta propuesta implica un proceso de indagación sobre las formas en que en las prácticas discursivas se construyen hechos. Lo que se plantea encuentra siempre su orientación y sus límites en los sistemas de lenguaje en que

vive el ser humano. Por lo tanto todo lo que se diga acerca del mundo está determinado por las invenciones del discurso.

Gergen (1994 en Cubero, 2005) menciona que es necesario analizar las interacciones en las que se generan tanto el lenguaje como la comprensión.

Los representantes del construccionismo argumentan que mediante la coordinación relacional nace el lenguaje y con la aparición de éste se adquiere la capacidad de ser inteligible, argumentan que las construcciones del mundo están delimitadas por la lengua y que las personas mismas son quienes construyen estas delimitaciones pues generan las convenciones en el discurso, lo cual implica que a la vez se tiene la capacidad de alterar los propios discursos (Beltrán, 2002)

Dado que las construcciones del mundo se hallan limitadas por el lenguaje, el individuo es en gran medida el responsable de esas limitaciones, pues él mismo es quien genera las convenciones del discurso tanto en la ciencia como en la vida cotidiana. **“Debido a que tenemos la capacidad de generar relatos aceptables, poseemos también la capacidad de alterarlos” (Mc Namee, 1992).**

Para el construccionismo la principal unidad de la vida social es constituida por las relaciones, y en ellas se construyen significados y la identidad social, las palabras adquieren significados solo en el contexto de las relaciones, y los usos que se les dan en una cultura determinada permiten que las palabras aparezcan como fundamentadas o como descripciones de lo que es la realidad. (Beltrán, 2002). Beltrán también menciona que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y, son mediatizados por el lenguaje.

Todo el conocimiento evoluciona según el espacio entre las personas y es mediante sus conversaciones que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Mc Namee, 1992), por lo tanto la noción del yo y la consciencia de los otros se deriva de las pautas de relación, a la vez que éstas

mismas las sostienen y modifican, es decir, en la continua interacción con los otros los individuos se crean a sí mismos y al mundo. Berger y Luckmann (en Potter 1998 **pág. 27)** mencionan que **“los mundos en que todos nosotros vivimos no están simplemente ahí, no son simples fenómenos naturales y objetivos, si no que están contruidos por toda una gama de prácticas y convenciones sociales diferentes.**

Para los construccionistas sociales las emociones son sólo una parte de la compleja red de la comunicación entre las personas, sin concederles un estatus especial. Anderson y Goolishian (en Mc Namee, 1992) mencionan que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el dialogo. Consideran que la gente vive y entiende su vida mediante las realidades normativas construidas socialmente, las cuales dan sentido a su experiencia y la organizan, es decir, el individuo se halla en un mundo de lenguaje y discursos.

Por lo tanto el lenguaje da forma a las relaciones humanas y es a su vez modelado por éstas, y construye un mundo, estableciendo la ontología y el conjunto de valores que las personas imprimen a su vida (Gergen en Friedman, 2001). Sin embargo el lenguaje no es una *vía* o un canal por el que se transmiten mensajes, si no una actividad en la que se generan los significados (Cubero, 2005).

Los mundos de los individuos no reflejan una realidad objetiva permanente, sino que son contruidos y definidos contextualmente en el discurso social y comunitario (Friedman, 2001). Desde esta perspectiva se considera que la **experiencia humana se construye “lingüística y conversacionalmente”** y, es mediante el discurso, que la realidad es producida, reproducida y cambiada.

Los discursos no son solamente una representación estática de la realidad sino que operan constituyendo hechos y ejecutando acciones, esto al servicio de las relaciones y los intercambios que se producen en una situación concreta de interacción social.

Los trabajos de Austin, Berger y Luckmann son fundamentales para la explicación construccionista. Austin habla de una descripción de las expresiones en el discurso como actos discursivos, como enunciados que realizan acciones dentro de unos contextos y con consecuencias determinadas; Berger y Luckmann plantean que la objetividad de los hechos no consiste en reflejar una realidad natural, sino poner en práctica una serie de prácticas y convenciones sociales dentro del discurso (en Cubero 2005).

Siguiendo la línea de Austin, las descripciones no son un reflejo puro de la realidad, siempre se tratarán de alternativas debido a que pueden existir muchas otras maneras de referirse a un mismo hecho. Una descripción es una acción seleccionada, que desempeña una función determinada y que cuenta siempre con una cualidad retórica o argumentativa sobre lo que podría ser dicho (Billig, 1987 en Cubero, 2005); las palabras no surgen de una manera improvisada, sino que son sensibles al contexto secuencial y a determinado rol en la interacción (Sacks, 1992 en Cubero 2005).

El contexto es vital para los construccionistas, pues el significado de los enunciados no es un hecho que dependa directamente de una referencia externa, más bien depende del propio sistema discursivo en el que éste se inserta. Cubero (2005) considera que las explicaciones son construidas de manera interactiva para determinada ocasión y que determinada versión tiene sentido para un momento dado en una conversación.

Dentro del construccionismo coexisten diferentes alternativas para definir lo psicológico en función de la interacción social, la más radical de ellas está representada, según Gergen (1997), por el análisis del discurso y por la propuesta de una psicología discursiva, proyectos encabezados por Michael Billig, Derek Edwards, Jonathan Potter, John Shotter y el mismo Kenneth Gergen.

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

Al inicio del siglo XX la psicología, encabezada por el Psicoanalista Sigmund Freud, estaba dedicada a la búsqueda del universo desconocido llamado inconsciente, desprendiéndose su método psicoanalítico orientado a trabajar con el individuo de manera aislada y enfocado a estudiar el aparato intrapsíquico del ser humano; a partir de ese momento, las teorías psicológicas y psiquiátricas clásicas se hallaban impregnadas de la epistemología de su tiempo, enarbolando un concepto de causalidad de tipo lineal-unidireccional, según el cual un acontecimiento A determina un acontecimiento B y B producirá otro acontecimiento C y así sucesivamente del pasado al presente al futuro. De esta manera todo tipo de explicación o de investigación de acontecimiento deberá de referirse al pasado (Nardone y Watzlawick, 1992).

Pero, a partir de los años 50 una nueva epistemología empezó a ganar adeptos dentro de la comunidad científica, ésta se fundaba en conceptos de información como orden, modelo, entropía negativa y de la segunda ley de la termodinámica; principios provenientes de la cibernética que sostienen que la causalidad es circular y de naturaleza retroactiva y, desde el momento en que la información se constituye como un elemento central, se orienta a procesos comunicativos de sistemas, por lo tanto también entendidos los sistemas humanos (*op. cit.*).

En los trabajos del Proyecto Bateson se vieron reflejadas estas nociones y se realizaron una serie de implementaciones en el trabajo clínico en el MRI. Estos fueron los inicios de lo que hoy en día se denomina como Terapia Sistémica (Vargas, 2007).

Desde ésta postura, la terapia familiar se centra en el contexto social primario de los individuos, la familia; preponderando la comunicación y la

interacción dentro del sistema; haciendo hincapié en la conducta real, observable en el presente. No considerara la conducta problemática cómo aislada si no en relación a éste contexto inmediato donde está involucrada la conducta de todos los miembros de la familia (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Éste es un cambio total de perspectiva, puesto que se alejan de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto, hacia un punto de vista cibernético, sistemático. El entendimiento y explicación de cualquier segmento determinado de conducta mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio, además centrarse en la forma en cómo un sistema se organiza, implica hacer más a un lado las carencias individuales (*op. cit.*).

A continuación se presenta de manera breve la descripción de los modelos en los que se ha bifurcado la terapia sistémica, con sus respectivas premisas de trabajo y técnicas de aplicación.

2.2.1. Modelo Estructural

Antecedentes

Para finales de los años cincuentas la terapia familiar había estado pasando por varias modificaciones, cambios y ajustes para encontrar la mejor manera de abordar la problemática familiar, el siguiente paso a dar fue la selección de los rasgos organizativos de las familias que producían miembros problemáticos (Hoffman, 1987).

En un principio la investigación familiar se realizaba con familias de psicóticos, pero durante los años sesentas se empezó a poner atención en las familias pobres y con desventaja socioeconómica, observando que en éstas había una organización distinta a las familias alcohólicas o esquizofrénicas, pero que de igual manera producían personas problema (*op. cit.*).

Salvador Minuchin, quien contaba dentro de su equipo con Braulio Montalvo, Dick Auerswald, Charlie King y Clara Rabinowitz, en un principio estaban orientados al trabajo con familias de muchachos delincuentes negros y puertorriqueños en New York (Minuchin y Nichols, 1994); sin embargo, encontraron que el tratar con adolescentes arrancados de sus familias y luego devueltos al contexto de Harlem, daba como resultado beneficios cuestionables del tratamiento, así que, influenciados a su vez por escritos de Don D. Jackson, decidieron tratar juntos a los niños y sus familias, en una habitación con un espejo falso para estudiar la dinámica de esos encuentros.

De estos estudios, surge un proyecto de investigación encargado de definir una tipología organizativa de las familias, donde Minuchin y su equipo consideraron la arquitectura familiar y establecieron categorías de organización, observando que al parecer solo ciertos tipos particulares de estructura familiar podían estar conectados con ciertas categorías de problemas (Hoffman, 1987).

Las familias de esos muchachos parecían dividirse en dos categorías: una fue denominada como *familia apartada* y la otra como *familia enredada*; en la primera describían la falta de nexos y conexiones entre los miembros, mientras que en la enredada se daba una íntima relación. Como estos dos tipos de familias fueron definidos a partir de las familias pobres, reflexionaron que los conceptos de pobreza y delincuencia no siempre indicaban el mismo tipo de organización familiar, así que se atacó el mito de que la pobreza era sinónimo de desorganización, así que apoyaron el principio planteado por Bateson acerca de la *equifinalidad*: un mismo resultado no siempre implicaba los mismos orígenes (*op. cit.*).

Posteriormente en la Clínica de Orientación Infantil, al continuar Minuchin el trabajo con familias pobres de zonas marginadas de Estados Unidos o que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Desatnik en Eguiluz, 2004), supone que el síntoma biológico en un niño debe verse en el contexto de las relaciones

familiares (Minuchin y Nichols, 1994), y descubre que todas las familias tenían una característica inusualmente acentuada: se describían a sí mismas como normales, felices y sin conflictos, y que el problema severo era la enfermedad de uno de sus hijos. Al investigar en la familia para localizar el conflicto, Minuchin encuentra que éste era desviado mediante un hijo psicósomático, por lo que deduce que los conflictos psicológicos daban origen a síntomas físicos a los que las familias podían responder con protección y cuidados, sin siquiera reconocer esos conflictos de base (*op. cit.*).

Tiempo después, en busca de otros profesionales con quien encontrar coincidencias respecto al trabajo que realizaban con las familias, Minuchin y Auerswald viajan al Mental Research Institute en Palo Alto, California y por recomendación de Jay Haley, conocen el trabajo realizado por Virginia Satir (Minuchin y Nichols, 1994).

Después de obtener resultados al azar haciendo ensayos continuos para comprender qué daba resultados, cuándo y por qué, después de haber consultado, revisado e incluso entrevistado gente de renombre y gran influencia para la terapia familiar, haber trabajado en el análisis de videograbaciones sobre sesiones terapéuticas, fue durante los años setenta que Salvador Minuchin junto con Braulio Montalvo, desarrollaron una Terapia Familiar Estructural.

Premisas y conceptos básicos.

Minuchin y Fishman (1984) mencionan que, al individuo motivo de consulta **se le denomina “paciente identificado”** y expone que los problemas individuales son la manifestación de perturbaciones dentro del sistema familiar; por lo tanto los síntomas son el resultado de los intentos que hace la familia para cambiar el problema existente y mantener a la vez el equilibrio familiar. Un miembro de la familia no puede cambiar a menos que todo su sistema familiar cambie.

Al considerar a la persona como miembro de diversos contextos sociales, el problema se ubica entre la persona y la interacción con esos contextos y no en procesos internos del paciente (Desatnik en Eguiluz, 2004). La familia es la principal encargada de los procesos de adaptación individual y social de sus miembros y determina sus respuestas a través de los estímulos que provienen desde el interior y el exterior; por lo que es su organización y estructura la que califica las experiencias de sus integrantes.

Para Minuchin (1979) la familia es una unidad de desarrollo social, encargada de estimular el crecimiento de sus miembros, mientras que con el paso del desarrollo se enfrenta a una serie de tareas a superar, influidas por las diferencias culturales. Atraviesa por cambios y ajustes a lo largo de las diferentes etapas del proceso de desarrollo familiar, cambios internos y externos y a la vez debe ser capaz de mantener su continuidad. Es una estructura en movimiento, que tiene preferencia hacia ciertas pautas de respuesta a los requerimientos habituales, por lo que su fortaleza dependerá de la capacidad que posea para movilizar pautas alternas cuando las condiciones de estrés exijan su reestructuración. Si la familia responde con rigidez, se manifestarán las pautas disfuncionales.

Dentro del enfoque, la familia es considerada como un sistema abierto que se compone de subsistemas que integran dicha estructura. Entre estos subsistemas se da un intercambio emocional en diversos niveles, los cuales son expresados mediante acciones y comportamientos particulares. Estos intercambios de materiales, energías e informaciones también se dan en reciprocidad con su medio ambiente, el cual se encuentra conformado por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción con el exterior a través de otros sistemas (Minuchin y Fishman, 1984).

El trabajo de Minuchin y colaboradores se guió bajo ciertos conceptos que desarrollaron al observar a las diversas familias en tratamiento:

a) Estructura: funciones y demandas que organizan y guían la manera de interactuar entre los miembros de una familia.

b) Estructura familiar: conformación de una familia, el número de miembros y los lugares que ocupan dentro de ésta, en relación con los demás.

c) Subsistemas u holones: la familia se compone de cinco subsistemas u holones que interactúan entre sí, pueden diferenciarse y tienen sus propias características: Subsistema individual, Subsistema conyugal, Subsistema parental, Subsistema filial y Subsistema fraterno.

d) Tipos de Familias: cada familia llega con un proceso de cambio distinto, pues aunque sean similares los estadios de desarrollo, cada grupo lo enfrenta de una particular manera. Las estrategias de enfrentamiento y resolución del conflicto dependerán mucho de la composición familiar, es decir, de los miembros que integren la familia y su ubicación jerárquica dentro del grupo.

Al respecto, Minuchin y Fishman (1984), diseñaron 10 tipos de clasificación: **Familias de pas deux**, se componen de dos personas muy apegadas; **Familias de tres generaciones**, son las familias extensas que viven en íntima relación; **Familias con soporte**, se delegan las funciones hacia un miembro que no le corresponden; **Familia acordeón**, uno de los progenitores se aleja por lapsos prolongados y vuelve; **Familias cambiantes**, cambian constantemente de domicilio; **Familia con huéspedes**, hay un miembro de la familia temporal; **Familias con Padraastro/Madrastra**, hay un padre/madre adoptivo; **Familias con un fantasma**, han sufrido muerte o deserción de algún miembro; **Familias descontroladas**, uno de los miembros presenta síntomas en el área de control; **Familias psicossomáticas**, la queja común es un problema psicossomático en algún miembro.

Otros conceptos base que mencionan, se refieren al hecho de que para poder inducir un cambio terapéutico en el sistema familiar que presente un

funcionamiento inadecuado, es necesario identificar la estructura familiar a la par de cómo el síntoma se conecta con ésta, a partir de características específicas en cada familia:

- a) **Subsistemas.** pueden estar integrados por generación, género, interés, función, etc.
- b) **Límites.** Protegen la diferenciación entre el sistema y subsistemas, reglas que definen quienes participan y de qué manera.
- c) **Jerarquías.** posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia, define la subordinación de un miembro con respecto a otro.
- d) **Alianzas.** Distingue una afinidad positiva entre dos miembros de un sistema.
- e) **Coaliciones.** dos miembros de la familia frente a un tercero.
- f) **Triángulos.** equilibran la relación de algunos miembros que pueden presentar relaciones conflictivas, una unidad de dos se estabiliza y le da sentido a su actividad con referencia a un tercero.

Técnicas y estrategias terapéuticas

Según Minuchin (1979) el objetivo de las intervenciones estructurales en el sistema familiar es en el presente y podrá cambiar mediante intervenciones que modifiquen el presente familiar. En el transcurso de las intervenciones el terapeuta se asocia al sistema familiar y utiliza su persona como herramienta para transformarlo. Considera que al cambiar la posición de los integrantes del sistema, también cambiarán las experiencias subjetivas. Buscando este objetivo, el terapeuta se valdrá de tres propiedades del sistema:

- Una transformación de la estructura permitirá alguna posibilidad de cambio.
- El sistema de la familia está organizado sobre una base de apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, por lo que el terapeuta se integrará a la familia para modificar este funcionamiento y la familia pueda desarrollar esas tareas con mayor eficacia.

- El sistema de la familia tiene propiedades de auto perpetuación, por lo que el proceso que inicie el terapeuta dentro de la familia, será mantenido por ésta gracias a los mecanismos de autorregulación, aún en ausencia del terapeuta. Una vez que se ha iniciado y producido un cambio la familia lo preservará modificando el feedback que califica o valida las experiencias de sus miembros.

Ochoa (2004) menciona que antes de dar paso a las técnicas, el terapeuta debe primero de realizar una evaluación de la familia, la cual parte de una serie de hipótesis acerca de la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de cada uno de sus miembros, además de continuar poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional entre el terapeuta y la familia denominado ***coparticipación***. Ésta permite crear una fuerte relación terapéutica la cual inicia haciendo contactos; cuando más avanzada sea la entrevista, el terapeuta intentará alterar las reglas familiares y observará las reacciones a la modificación de cada una de las personas.

Las evaluaciones que hará el terapeuta son el momento del ciclo evolutivo de la familia, las interacciones que durante la entrevista muestran entre sí los miembros de la familia, las alianzas y coaliciones existentes, los problemas de la distribución jerárquica del poder, el tipo de límites intra y extra familiares, las pautas de transacción y alternativas disponibles al cambio según la flexibilidad del sistema, las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, y la forma en cómo la familia aprovecha el síntoma para mantener sus pautas transaccionales.

Las intervenciones se dan a lo largo de toda la sesión y el terapeuta se interesará en un principio por conocer la disposición de la familia al cambio, lo cual se logra cuando la familia se ***reequilibra*** sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo por el que está atravesando. El objetivo del terapeuta será cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías (Ochoa, 2004).

Para que el proceso terapéutico tenga éxito el terapeuta y la familia deben de llegar a un acuerdo sobre los objetivos a alcanzar en el tratamiento; aunque las metas terapéuticas además de dirigirse a disminuir o desaparecer los síntomas del paciente identificado, también serán cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. El énfasis se pone más en los problemas estructurales que en el problema presentado.

Para describir las principales estrategias Minuchin y Fishman (1984), mencionan que se pueden agrupar en tres categorías según su objetivo:

1.-Estrategias de reencuadre (agrupa la asociación y el cuestionamiento del síntoma): el terapeuta introduce crisis en el sistema familiar, dentro de la misma sesión de terapia para que surjan nuevas pautas de relación y conductas para solucionar el problema.

2.-Estrategias de reestructuración (cuestionamiento de la estructura): estos recursos tratan de modificar la estructura familiar, mediante la fijación de límites, modificando jerarquías entre los miembros, y mostrando puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma, con una visión más ampliada.

3.-Estrategias de deconstrucción de la realidad (cuestionamiento de la realidad): estas técnicas influyen en la visión de todos los miembros en relación al síntoma, buscando configurar nuevas modalidades de interacción entre ellos. La técnica se aplica cambiando los constructos cognitivos, mediante paradojas, y observando los lados fuertes de la familia.

Comentarios

Me parece que el modelo Estructural es un buen inicio para abordar la terapia familiar, ya que la descripción que hace Minuchin acerca de los tipos de familia y sus múltiples conformaciones, permite tener una guía precisa del mapa a distinguir en cada una de las familias con las que trabajamos en terapia. Si bien es cierto que las familias siempre se conformarán de diversas e infinitas maneras, el tener presente que hay determinadas características que comparten, nos permite identificar con mayor rapidez los posibles lados débiles donde la familia necesita reestructurarse para su buen funcionamiento. Para modificar dichos funcionamientos, el modelo también posee una serie de estrategias que buscan dar esa reestructura, las cuales quedarán siempre al albedrío del terapeuta, según sus observaciones acerca de qué orden será el prioritario para la familia.

Me gusta el trabajo con este modelo ya que sin complejizar tanto las intervenciones, el simple hecho de mover las estructuras de organización dentro de la familia, permite observar nuevos repertorios de comportamiento en cada uno de sus miembros, lo cual se vuelve un trampolín para el proceso terapéutico, pues las familias se miran con cambios en tiempos cortos. Creo que también es importante la tarea del terapeuta de observar en que estructuras es más útil influir desde las primeras sesiones sin poner en riesgo la percepción de las familias a modo de transgresión.

2.2.2. Modelo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California

Antecedentes

Durante el año 1954 el psiquiatra Donald de Ávila Jackson ofreció una conferencia en el Palo Alto Veterans Administration Hospital acerca de la “Homeostasis de la familia”, entre el público se encontraba Bateson, quien se interesó por el tema por encontrarlo coincidente con el proyecto que ya llevaba en

marcha, e invita a Jackson a colaborar (Jackson, 1977). Jackson se interesó por este proyecto y se asoció al grupo de Bateson en ese mismo año. Debido a la fuerte formación en psiquiatría de Jackson, particularmente influenciado por la *Psiquiatría interpersonal* de Sullivan, el grupo empieza a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia y se inclinó a estudiar la comunicación en pacientes psicóticos. Es así como surge la *Teoría Del Doble Vínculo*, que se refiere precisamente a los mensajes dobles que contienen una contradicción paradójica (Ochoa, 2004).

Jackson mencionó que a partir de su ingreso al grupo de Bateson, sus vínculos profesionales se acercaron más hacia las ciencias sociales que hacia la psiquiatría médica, y alentado por sus trabajos en investigación decidió que en la bahía de San Francisco apremiaba la necesidad de contar con un centro de investigaciones en ciencias de la conducta, así es como en noviembre de 1958 nace el Mental Research Institute *MRI* (Jackson, 1977).

Entre 1958 y 1962 el proyecto Bateson y el MRI coexisten simultáneamente. Aunque trabajando en lugares diferentes, ambos equipos se reunieron de vez en cuando y todos los miembros del grupo de Bateson se encontraron con otros terapeutas procedentes de distintas áreas y con ideas innovadoras (Witzezaele y García, 1994). Originalmente el MRI fue un Departamento de la Palo Alto Medical Research Foundation, pero en 1963 se hizo autónomo (Watzlawick, 1992).

La primera beca del MRI comenzó hasta marzo de 1959, entre sus integrantes se encontraban Don Jackson, al Doctor Jules Riskin, la Trabajadora Social Virginia Satir (Jackson, 1977), y “una secretaria inexperta y aterrorizada” (p. 39). El proyecto del MRI consistía en observar cuidadosamente el lazo que existía entre la interacción familiar y el desarrollo de la salud (o de la enfermedad) en los miembros de la familia (Witzezaele y García, 1994). En ese momento el trabajo esencial entre los miembros del instituto consistía en hallar conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica de la terapia familiar.

Hacia el año de 1961 se integró al MRI el filósofo Paul Watzlawick quien en ese momento se interesaba por las ideas batesonianas, por el trabajo terapéutico de Jackson y el de Erickson (conocido mediante Haley y Weakland). Para 1962 cuando finaliza el proyecto Bateson se integran Jay Haley y John Weakland; en ese mismo año por invitación de Virginia Satir se integra el psiquiatra Richard Fisch.

Durante el año de 1965, Fisch comentó a Jackson la necesidad de crear un espacio dedicado a la atención de pacientes con el modelo creado en el MRI, así como un espacio para comprobar la efectividad del enfoque y de sus técnicas. Jackson acepta y se funda el Brief Therapy Center BTC, dirigido por Fisch (Vargas, 2007).

En esos momentos, los campos de interés del MRI son la investigación, la clínica y la formación, siendo la investigación cualitativa la que arrojó la mayor aportación en esa época. Aunque dos más de sus aportaciones, no menos importantes fueron la fundación de la revista *Family Process* y la obra clave *Teoría de la Comunicación humana*. Cabe señalar que la teoría, es fruto del trabajo de Paul Watzlawick (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Con el surgimiento del MRI, aparece el primer centro no sólo para investigar acerca de la psicoterapia, sino también para formar una comunidad de clínicos (*op.cit.*).

Dos de las principales innovaciones llevadas por el MRI a la terapia sistémica y a la práctica clínica en relación con las demás formas de psicoterapia son, el uso del espejo unidireccional (con un respectivo interfono de ambos lados) y la grabación de las sesiones en video. Estas dos herramientas utilizadas principalmente por Virginia Satir para sus grupos en formación, permitieron la corrección metodológica y epistemológica del enfoque sistémico, tanto en la investigación como en los procedimientos de intervención terapéutica (Nardone y Watzlawick, 1992).

Premisas y conceptos básicos.

Hacia el año 1966 el grupo a cargo del Mental Research Institute MRI inicia un proyecto de terapia breve, pues argumentaban que era posible realizar la terapia en un tiempo mucho más corto de lo convencional. Es así como John Weakland, Richard Fisch y Paul Watzlawick como cabezas del grupo, se fijan trabajar con un límite de 10 sesiones y buscan como parte de la terapia la manera de resolver el problema presentado por el cliente, en vez de tratar de producir un insight. Ellos consideraban que los problemas de las personas se debían más a una naturaleza interaccional, como dificultades de la relación, que a algún tipo de patología o desvío mental. Empiezan ellos a trabajar sobre el patrón de la queja y concluyen que el problema es mantenido o empeorado al tratar de resolverlo, es decir, el problema es el intento de solución.

Hasta este punto las premisas que rigen al modelo de terapia breve se enuncian de la siguiente manera:

- La concepción interaccional de comportamiento.
- A doble coacción define la enfermedad mental como un problema en la comunicación, cambiando de base de la perspectiva terapéutica.
- Los pacientes no vienen a pedir terapia primordialmente para esclarecer un pasado inmodificable, sino porque se encuentran ante una insatisfacción en el presente y un deseo de mejorar el futuro.
- Se diferencia de otras aproximaciones terapéuticas en que no se centra en la expresión de sentimientos durante la sesión.
- No se pone en cuestión que el presente se ha creado en el pasado del cliente, pero para producir un cambio en el problema, se hace énfasis en lo que ocurre en el día a día en forma práctica.
- Es en la producción del cambio en lo que el grupo se centra primordialmente. La influencia de Erickson es un factor determinante para que el trabajo del equipo del Centro de Terapia Breve promueva la

producción de un cambio en las interacciones que son dolorosas para la persona o personas que acuden a consulta.

En vez de estudiar a la familia como un sistema homeostático, es el proceso de cambio en sí mismo el que ocupa principalmente a los miembros del grupo de Palo Alto (Ochoa, 2004).

La estructura general del método de terapia breve se expresa en tres fases:

- Primera fase: estudiar las características específicas de un problema o de una clase de problemas;
- Segunda fase: observar los intentos de solución realizados para resolverlos;
- Tercera fase: cambiar las soluciones no funcionales -que tienden a fomentar el problema- por otras que pueden producir los efectos deseados (Nardone y Watzlawick, 2000).

Técnicas y estrategias terapéuticas

Las estrategias generadas en el MRI son el producto de un detallado estudio de las características específicas de persistencia de formas de patología particulares, de las soluciones más eficaces en términos de tácticas específicas y maniobras singulares, así como de las formas de comunicación terapéutica más adecuada para cada técnica y fase de la terapia (Nardone y Watzlawick, 2000).

Nardone y Watzlawick señalan que aunque no varíe la estrategia usada en los casos que presentan la misma tipología de trastorno y los intentos de solución habituales que mantienen el problema, lo que varía para cada caso concreto es la comunicación y la tipología de la relación terapéutica, la cual se debe adaptar y ajustar a cada sistema humano, a su singularidad y a su contexto situacional.

También, los integrantes del BTC estaban convencidos de que la psicoterapia podía realizarse en un tiempo mucho más corto de lo habitual en aquellos

momentos, por lo que se acordó que el tratamiento se podía abordar en un límite de tiempo de 10 sesiones de una hora cada una (Vargas, 2007).

Las estrategias utilizadas para la solución de problemas pueden dividirse en dos grandes categorías destinadas a la intervención, las cuales a su vez se subdividen en diversas técnicas (Nardone y Watzlawick, 1992):

a) **Acciones y comunicación terapéutica**: se refiere a las maniobras del terapeuta y a la comunicación entre paciente y terapeuta durante la sesión.

- **Aprender a hablar el lenguaje del paciente**: adoptar durante el contacto con los pacientes su manera de comunicarse, de comportarse y sus mismas formas de representarse la realidad.
- **Reestructuración**: codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar los significados de las cosas aunque sí su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, si no los marcos en los que se inserta este significado.
- **Evitar las formas lingüísticas negativas**: el uso de enunciados negativos respecto a la conducta o a las ideas del paciente tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y rechazo. En vez de criticar y negar la actuación del paciente, aún cuando parezca absolutamente errónea o disfuncional, resulta más eficaz gratificar a la persona.
- **Uso de la paradoja y la comunicación paradójica**: este recurso representa la piedra clave en terapia, eficaz particularmente en situaciones perceptivo-reactivas rígidas, que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes. Aplicada en el contexto terapéutico, la paradoja posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones ensayadas pues pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella.
- **Uso de la resistencia**: se considera provechoso emplear con fines terapéuticos la resistencia presentada por el paciente, primero

prescribiéndola paradójicamente y luego utilizándola, de esta manera se crea un ***doble vínculo terapéutico*** pues se coloca al paciente en una situación paradójica en la que su resistencia o rigidez para con el terapeuta llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia.

- ***Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico***: esta estrategia permite la comunicación de mensajes minimizando la resistencia pues la persona no es sometida de manera directa a opiniones sobre su modo de pensar y comportarse, pues el mensaje llega en forma velada.

b) ***Prescripciones de la conducta***: son una serie de instrucciones que habrá de seguir el paciente en la vida cotidiana fuera de la sesión, en el intervalo que media entre un encuentro y el siguiente. Es una manera de vivir las experiencias concretas de cambio más allá del ***setting*** terapéutico.

- ***Prescripciones directas***: son las indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer, y que tienden a la resolución del problema presentado y al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio. Se utiliza mejor con personas que son colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio.
- ***Prescripciones indirectas***: son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito.
- ***Prescripciones paradójicas***: ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable (como coacciones de repetición, obsesiones o comportamientos impulsivos) resulta muy útil prescribir el comportamiento sintomático mismo pues se le coloca a la persona en una situación de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. En este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal debe ser espontáneo e incontrolable.

De acuerdo a las soluciones intentadas, el grupo del MRI diseñó cinco intervenciones estandarizadas: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Éstas están basadas en los intentos de solución del paciente o de la familia (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Según Fisch, Weakland y Segal (*op. cit.*) cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado, se puede plantear alguna intervención general de tipo más estratégico: no apresurarse; peligros de una mejoría; un cambio de dirección y cómo empeorar el problema.

Proceso de tratamiento

La terapia estratégica es una intervención comúnmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema presentado por el paciente. Esta resolución de los problemas requiere que el terapeuta realice movimientos para la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y por consiguiente la modificación de las percepciones y de las visiones de mundo que llevan a la persona a respuestas disfuncionales (Nardone y Watzlawick, 1992). Desde esta perspectiva la información acerca del pasado del paciente se utiliza sólo como un medio para disponer de las más adecuadas estrategias de resolución para los problemas actuales.

Es comúnmente considerado que la terapia da inicio hasta que el paciente se presenta a la primera entrevista, sin embargo cualquier contacto con el paciente se vuelve parte del tratamiento. Puede darse el caso de que un paciente se ponga en contacto para formular una petición o para imponer una condición al tratamiento por lo que si el terapeuta accede a tal requerimiento, podrían generarse ciertas dificultades durante el proceso terapéutico (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Este primer contacto con el paciente constituye un momento de gran importancia pues el objetivo es crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, para poder llevar a cabo la investigación diagnóstica y las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. La estrategia fundamental es observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente (Nardone y Watzlawick, 1992).

El terapeuta debe de permanecer atento a cualquier proposición del paciente para poder utilizarla a favor de la terapia, esto con la finalidad de no restarse su capacidad de maniobra.

- Quien es más dedicado a buscar un cambio o la ayuda adecuada, es quien más afectado se encuentra por el problema.
- El terapeuta sistémico se limitará a decir que es preferible que él conozca algunos datos básicos del problema y posteriormente la opinión del doctor **X**
- El terapeuta debe de ser muy claro en plantear que las consultas se dan solamente dentro del espacio terapéutico en las horas fijadas.
- El terapeuta debe de hacer maniobras para mencionar que él es quien deberá de decidir quién o quienes asisten a terapia y en qué orden,
- El terapeuta, es quien dirigirá la forma y transcurso del tratamiento.
- El terapeuta debe de poner de manifiesto que no iniciará el proceso terapéutico en las condiciones que plantea el paciente.
- Cuando se da el caso en que el paciente cuestiona al terapeuta acerca de su experiencia, su currículum, sus honorarios, antes de iniciar el tratamiento, se le debe de otorgar al paciente el beneficio de la duda y contestarle de una manera directa.

Desde su primer contacto con el paciente, el terapeuta debe de enfocarse en obtener información acerca de:

- Qué sucede dentro de las tres clases de interacciones interdependientes que el paciente vive consigo mismo, con los demás y con el mundo;
- De qué manera funciona el problema que se presenta dentro de ese sistema relacional;
- Cuáles han sido las soluciones que ha intentado el paciente para resolver el problema (soluciones ensayadas);
- De qué manera rápida y eficaz, resulta posible cambiar esta situación problemática (*op. cit.*).

Una vez iniciado el proceso terapéutico, se suceden una serie de fases en las cuales se apoya el terapeuta para un mejor desempeño:

- 1) Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.
- 2) Definición del problema (síntomas, trastornos, etc.)
- 3) Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.
- 4) Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.
- 5) Programación terapéutica y estrategias de cambio.
- 6) Conclusión del tratamiento.

Si el tratamiento funciona se observa una reducción de los síntomas desde las primeras fases del tratamiento y un cambio progresivo en el paciente.

Comentarios

Aunque una de las principales críticas a este modelo es que su aplicación es demasiado pragmática, considero que el trabajo con este modelo permite alcanzar en tiempos muy cortos, avances sustanciales para los pacientes y sus familias.

La mirada de otros profesionales que desconocen el modelo, hace suponer que este es muy superfluo al momento de realizar intervenciones, que no pone acento en el pasado de los pacientes, y que además ignora de manera tajante los

sentimientos de éstos; sin embargo me parece que este modelo es el parteaguas en la terapia breve y familiar, pues retoma los elementos del abordaje sistémico y los aplica de manera simple en las familias ó individuos, alcanzando metas en tiempos muy cortos.

Me parece muy relevante que el modelo, continuando fiel a las premisas de la epistemología sistémica, se dé a la tarea de generar cambios mínimos que reorganizará la familia misma en cambios más grandes, por lo que no necesita profundizar tanto en las historias ni permanecer tanto tiempo con ellas.

2.2.3. Modelo Estratégico

Antecedentes

Durante las primeras Conferencias Macy en 1941 Bateson había tenido contacto con Milton Erickson a quien consideraba uno de los principales estudiosos respecto al tema de la comunicación ambigua, así que para los recientes estudios del proyecto, envía a Phoenix Arizona a Jay Haley y John Weakland a tener contacto con Erickson; encuentro del cual surgirán un sinnúmero de sugerencias al trabajo del grupo, recopiladas puntualmente por Haley (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Dos años después, el grupo de Bateson conoce al psiquiatra y psicoanalista Don D. Jackson, quien dirigía el departamento de psiquiatría de la Palo Alto Medical Clinic. En ese contacto con Bateson, Jackson se interesa más por las ciencias sociales que por la psiquiatría médica; Jackson pasa a ser consultor del proyecto y el grupo se inclina hacia la clínica y la terapia (Bertrando et al), a excepción de Bateson a quien como antropólogo no le interesaba la idea de cambiar a la gente, más bien prefería estudiarla (Haley, 1996).

Hacia el año 1962, Jackson crea en Palo Alto el Mental Research Institute (Haley, 1980b), al que se adhieren Haley y Weakland, haciendo a un lado el

proyecto original con Bateson, lo cual convierte a Haley en uno de los principales portadores de los cambios a la estructura de la terapia, particularmente el trabajo con el espejo unidireccional el cual observó previamente en un trabajo de Charles Fulweiler; principalmente orilló a la existencia de un equipo terapéutico detrás del espejo y una supervisión en vivo.

Los trabajos de Jackson y Weakland se centran más en la familia, mientras que Haley se interesa más por la forma que asumen las terapias, ya sean hipnosis ericksonianas o psicoanálisis; éstos trabajos dejan ver la nueva fascinación de Haley: *el poder* y las posibles acepciones del término *control* (Bertrando y Toffanetti, 2004). Es en este punto donde se convence de la posibilidad de ver a la familia como una jerarquía, en la que algunos familiares a partir de poseer mayor poder controlan a otros y establecen las reglas del sistema (Haley, 1959). Jackson y Haley conciben a la familia como una organización jerárquica en la que las personas se enfrentarán a una lucha continua para establecer quien definirá las relaciones (Bernardo y Toffanetti, 2004).

Para el año de 1963 Haley publica *Strategies of Psychotherapy*, escrito en el que expone su propia reflexión sobre los trabajos realizados al lado de Bateson referentes a las paradojas en la comunicación, la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. En este trabajo presenta un enfoque más social y plantea como unidad de análisis en terapia a la díada; posteriormente propone a la triada como centro de estudio (Galicía, 2004).

Las ideas concebidas por Haley

En la publicación *Strategies of Psychotherapy*, Haley pone el acento en describir la psicopatología como una manera de comunicación y la terapia como una manera deliberada de cambiar esa comunicación. De esta manera era evidente pensar en los individuos en términos de unidades de dos o más personas, lo que implantaba prácticas y conceptos terapéuticos distintos a los basados en procesos de pensamiento individual, tal es el caso de la terapia psicodinámica (Haley, 1996).

Según Hoffman (1987), se considera a Haley como el primero en utilizar el término *estratégico* para hacer referencia a la terapia en la que el profesional traza una intervención específica para el problema que se presenta. Refiere que la escuela estratégica enfoca el problema en dirigir la mirada hacia un individuo, no a la familia; no se preocupa por ver unidos a todos los integrantes de una familia pues incluso prefiere ver por separado a individuos o subgrupos familiares. Sin embargo lo coloca como una figura en transición entre los enfoques estratégico y estructural.

Haley veía a Erickson como el primer terapeuta estratégico, pues consideraba sus técnicas terapéuticas como brillantes e imaginativas, retoma ideas como el suponer que cada individuo tienen dentro de sí las potencialidades suficientes para mejorar por sí mismo; además dentro de las estrategias de la terapia, Erickson sitúa en primera instancia hacer planes y buscar soluciones peculiares e inesperadas para guiar a los clientes en la dirección deseada (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por lo tanto Haley no solo acuñó el término de *terapia estratégica*, si no que intentó crear un modelo basado en las técnicas hipnóticas de Erickson (Hoffman, 1987).

Para Jay Haley (1980a) una terapia puede considerarse estratégica cuando el clínico inicia lo que ocurre en ella y diseña un enfoque particular para cada problema, es decir, la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta, ya que éste debe ser capaz de identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar la retroalimentación que dan los pacientes para corregir su enfoque si es necesario y, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. Haley refiere que la terapia estratégica no es un enfoque, si no varios tipos de terapias cuyo denominador en común es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir de manera directa en la gente.

Haley (1996) menciona como grandes influyentes en su formación a Gregory Bateson por considerarlo un manantial de ideas que interesaban al campo de la

psicoterapia, a John Weakland con quien compartió varias experiencias sobre la visión comunicativa de la hipnosis, además de tomarlo como un modelo en la búsqueda de una postura para la práctica terapéutica; de Don Jackson obtuvo un gran apoyo principalmente en lo referente al trabajo desde la psiquiatría y el tratamiento de la esquizofrenia; a Alan Watts, autoridad en el budismo zen, con quien compartía un común interés en las paradojas; a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Haley, 1980b, 1996; Hoffman, 1987; Galicia, 2004) con quienes compartió experiencias de trabajo al tratar desórdenes de los adolescentes interviniendo en la jerarquía familiar a finales de la década de los 60 cuando trabajó en la Philadelphia Child Guidance Clinic; y sobre todo a Milton Erickson, de quien menciona aprendió la técnica terapéutica y una visión práctica de la vida y los problemas humanos (Haley, 1996).

Premisas y conceptos básicos.

Haley (1980b) plantea que uno de los principales aportes de los inicios de la terapia familiar, en los años 50, es mirar al síntoma como una conducta adaptativa a la situación social en la que se presenta. Partiendo de esta idea afirma que en el grupo social donde aparece un problema seguramente existe una jerarquía incongruente, la cual somete al sistema a niveles conflictivos de comunicación dando como resultado una conducta sintomática. Éste ordenamiento jerárquico del sistema es confuso lo que origina una lucha por el poder entre sus miembros, para aclarar las posiciones dentro de la jerarquía (Ochoa, 2004). El terapeuta debe lograr resolver esas relaciones de poder, donde incluso deberá de mantener por todos los medios su propia posición de **poder** (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Paralelamente a esta desorganización en la jerarquía, se dan otro tipo de organizaciones patológicas como el establecimiento de coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos; de esta manera los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas (*op. cit.*).

Cloe Madanes, psicoterapeuta argentina, considerada también como una representante de la terapia familiar estratégica, se centra de igual manera en las incongruencias de las jerarquías, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, haciendo mayor énfasis en los niveles de organización que en los niveles de comunicación. Plantea que los síntomas son actos comunicativos analógicos que conllevan determinada función dentro de una serie de relaciones interpersonales. Por esto pone énfasis en la búsqueda de la especificidad de cada síntoma, las razones por las que se ha elegido (Madhanes, 1984).

Para Ochoa (2004) Madanes pone el acento en el hecho de que todas las parejas deben de compartir el poder y organizarse de tal manera que sean repartidos equitativamente el control y la responsabilidad.

Las ideas de Haley consistían en no hablar de síntomas, estados mentales o estados anímicos pues eso llevaba al trabajo sobre el individuo, sino mas bien centrarse en situaciones sociales en las que la queja es el resultado de la interrelación entre varios individuos y que está compuesta por una serie de actos y comportamientos que se encuentran muy arraigados (Galicia 2004).

Retomando esta propuesta, es labor del terapeuta, como objetivo en la terapia, bloquear principalmente la repetición de secuencias, introducir mayor complejidad y generar nuevas alternativas de relación (Madhanes, 1984).

El terapeuta debe estar en todo momento atento a sus propios movimientos, pues él mismo se vuelve parte del entramado social, un integrante más de la unidad social en la cual se inserta la queja o problema del paciente. Desde que se define la queja hasta el tratamiento que se prescribe, el terapeuta está influyendo en la queja, en la forma en cómo la percibe el paciente y en la manera como la perciben las personas cercanas a él; incluso influye en diversos niveles en diferentes instituciones sociales (Galicia, 2004). Partiendo de esta base Haley arguye que

incluso también se debe de intervenir y evaluar a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Ochoa, 2004).

Él plantea como método de intervención una serie de pautas que deben de llevarse a cabo desde la primer entrevista para alcanzar los objetivos propuestos (Galicia, 2004). El terapeuta deberá de definir la unidad social sobre la que va a intervenir, abarcando no menos de dos y habitualmente tres personas, una vez ubicada la disfunción en la jerarquía, deberá saber cómo formular un problema y cómo resolverlo, saber quiénes están ubicados en el problema presentado y de qué manera, para saber cómo intervenir a manera de modificar la organización familiar para que dicho problema ya no sea necesario. Éste cambio planeado en etapas llevará a que, una modificación en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, y luego otra más, hasta que la situación cambie (Madanes, 1984).

Éstas intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí. Una de las maneras de plantear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por uno diferente, anormal, antes de llevarla a la reorganización dentro de una jerarquía más funcional (Haley, 1980b).

Entre los objetivos que se propone alcanzar la terapia familiar estratégica principalmente se encuentra el de ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en las diferentes etapas de su vida familiar para poder pasar a la etapa siguiente (Madanes, 1984). El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar determinada etapa del ciclo vital, por lo tanto el síntoma aparece cuando el ciclo vital en curso de una familia se disloca o interrumpe (Haley, 1980a).

Haley (Madanes, 1984) subdividió el ciclo vital de la familia en 6 etapas:

- 1) periodo de noviazgo;
- 2) primeros tiempos del matrimonio;
- 3) nacimiento de los hijos y trato con ellos;
- 4) periodo intermedio del matrimonio;
- 5) **“destete” de los padres respecto a sus hijos;**
- 6) Retiro de la vida activa y vejez.

Las familias recorren un proceso de desarrollo donde el sufrimiento, y los síntomas psiquiátricos aparecen cuando ese proceso de ciclo vital se perturba (Haley, 1980a). Madanes (1984) agrega que todas las categorías de diagnóstico utilizadas por un lenguaje médico y psiquiátrico, son concebidas en este contexto familiar como dificultades para pasar de una etapa a la siguiente en el ciclo; es así como los síntomas son entendidos como formas de interacción entre los seres humanos, contratos adaptados a las relaciones que mantienen.

Técnicas

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para modificar las estructuras de organización inadecuadas, con la meta de que la conducta sintomática ya no sea adaptativa para el sistema familiar. Su objetivo es modificar las interacciones familiares mediante connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas o indirectas; tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas (Ochoa, 2004).

El trabajo a realizar desde la perspectiva estratégica parte desde la primer *entrevista*, donde se dan una serie de etapas que deberán de cumplirse ya que de ellas dependerá la formulación y posterior solución del problema del cliente (Galicia, 2004). Para esta primera entrevista no hay tiempo límite pues aunque se entreviste a una sola persona, se puede conocer e intervenir sobre la familia; es preferible que en ésta se encuentren presentes todos los involucrados.

Haley (1980b; Ochoa, 2004) divide la entrevista inicial en cuatro etapas las cuales permitirán en un primer momento definir el problema, para en un segundo movimiento poder pasar a solucionarlo.

- ***Etapa social:*** es el primer contacto con la familia o el cliente, el terapeuta se comporta como anfitrión y recibe a sus invitados procurando que se sientan cómodos, les transmite la idea de que todos son igual de importantes en la faena de ayudar al paciente identificado. Desde este momento el terapeuta podrá tener información acerca de cuál es el estado de ánimo de cada uno de los integrantes de la familia, que tipo de relaciones se dan entre padres e hijos y entre padres con otros adultos, la forma de organización familiar en la manera en que toman asiento, y sobre todo tener en cuenta quien o quienes pretenden aliarse con él.
- ***Planteamiento del problema:*** el terapeuta se interesa por conocer que piensa respecto al problema cada integrante de la familia, puede iniciar con preguntas como ¿Cuál es el problema?, ¿En qué puedo serles útil?, ¿Qué cambios desean lograr?, ¿Por qué motivo han venido a verme?; la manera en cómo iniciar esta fase puede determinar el curso de la entrevista. Durante esta fase el terapeuta no debe de hacer ninguna interpretación o comentario, ni aportar ningún tipo de orientación aunque la familia lo pida. Dado que la finalidad de esta etapa es conocer los puntos de vista de todos los presentes, el terapeuta es quien dirigirá la conversación dando el turno correspondiente a cada uno y evitando que se interrumpan entre sí.
- ***Interacción:*** el terapeuta formula hipótesis en relación a la posible función del síntoma, la cual podrá ir modificando o complementando conforme se avance. Recogerá información sobre la secuencia sintomática y cómo están delimitadas las jerarquías dentro de la familia. Todo ello mediante preguntas y observación. En esta fase el terapeuta se sitúa en un plano en el que estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre

las discrepancias. Esto dará oportunidad de observar la interacción entre la familia, así como los tipos de secuencias en términos de alianzas y posiciones de poder.

- ***Establecimiento de metas:*** una vez recabada la información se necesita que la familia formule de una manera clara los cambios que desea lograr con la terapia; se requiere que el terapeuta y los clientes expresen claramente el problema de una manera solucionable. Es preciso que se formulen los cambios deseados de una manera operacionalizable, observable y medible. Haley menciona que en esta etapa de definición de cambios es adecuado emplear la redefinición del problema y la connotación positiva (Galicía, 2004).

Una vez evaluado el tipo de secuencia que está manteniendo el problema, el terapeuta fija una meta terapéutica dirigida a establecer un límite intergeneracional impidiendo coaliciones permanentes que la traspasen. Posterior a evaluar quienes están involucrados en el problema, a quien protege el portador del síntoma y de qué manera, se realiza un cambio por etapas en la que el objetivo sea generar una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad.

El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que también incluye a los que se van presentando en el transcurso de las sesiones (Ochoa, 2004).

Las directivas

El enfoque parte de la base de que toda terapia es directiva y que le es imposible al terapeuta evitarlo, pues hasta en las cuestiones que eligen qué comentar y en su tono de voz hay directividad. Estas directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica. Las intervenciones que los miembros de la familia deben de realizar dentro y fuera de la entrevista son

directivas. Además de estar diseñadas para modificar la manera en que el sistema se relaciona se utilizan también para reunir información observando cómo responde cada integrante a las instrucciones (Madanes, 1984).

Las prescripciones conductuales suelen ser una tarea que los integrantes de la familia deben realizar dentro y/o fuera de la sesión. Las planteadas de manera directa con la finalidad de que las cumplan, y las planteadas de manera indirecta esperando que las incumplan.

La utilización de directivas cumple con tres funciones principales:

- a) lograr que las personas se comporten de una manera distinta que propicie en ellos experiencias diferentes,
- b) intensificar la relación entre los pacientes y terapeuta y dar mayor jerarquía y estatus al segundo,
- c) conseguir otro tipo de información que no se haya obtenido en la entrevista.

- **Las directivas directas:** las directivas deben ser sencillas para que la familia pueda realizarla, además de ser presentadas de una manera clara y concisa. Puede pedirse al paciente que se deje de hacer lo que ha venido haciendo o pedírsele que haga algo diferente. También pueden proponerse las directivas metafóricas en las que cuando al paciente le resulta difícil encarar el problema de manera directa entonces se emplean analogías.

- **Las directivas indirectas:** habrá las que no tengan precisión y sean sugerentes como una estrategia terapéutica, con la finalidad de que la familia no pueda cumplir con lo asignado y fracase en su intento. Éstas están conformadas por las **tareas paradójicas** las cuales se emplean cuando las familias aunque solicitan ayuda desesperadamente, rechazan todas las posibilidades de solución que se les plantean. Se les ofrecen mensajes transmitidos en dos niveles lógicos diferentes: **cambien** y, dentro del

mensaje, **no cambien**. Además de lograr la paradoja, con este procedimiento se modifican las jerarquías.

Es necesario que en las tareas se involucre a todos los miembros de la familia y sobre todo es muy importante que cuando se establezca una tarea en casa, solicitar los resultados en la siguiente sesión. Cuando las tareas no se cumplen el terapeuta deberá de enfatizar dicha falla como responsabilidad de los pacientes y el proceso terapéutico (Haley, 1980b).

Comentarios

Si bien nos hemos dado a la tarea de categorizar y subdividir a las familias de diversas maneras, ésta con la que trabaja Haley en relación a las etapas por las que atraviesan las familias, me parece muy atinada, ya que las edades de los integrantes y los diferentes roles que van jugando a lo largo de su historia, influyen de manera considerable en cada familia. Como terapeutas, muchas veces nos encontramos con que el acompañar estas diferencias entre una pareja, padres e hijos niños, adolescentes, adultos, ó hermanos, es justo el punto clave a intervenir; y nos volvemos a encontrar con que no es necesario saber acerca del pasado de una familia para intentar hacer intervención de atrás hacia adelante, sino ubicarnos en el aquí y ahora para poder apoyar a las familias en los problemas presentes que las aquejan.

En este modelo, las conductas sintomáticas son adaptativas a los procesos del ciclo vital, si bien son conductas que perturban al sistema, son formas de interactuar cuando la familia está atravesando por la etapa que le corresponde. En ese tenor, me parece fundamental señalar que dentro de los modelos de terapias breves, no es válido asignar enfermedades, ni patologizar las conductas que funcionan como parte de un proceso de desarrollo humano.

Me parece interesante resaltar que Haley, trayendo como antecedente su pertenencia al grupo de estudio del proyecto Bateson, genera un modelo muy enriquecedor, donde hace claramente énfasis en los desórdenes de la comunicación paradójica y cómo éstos generan disfunciones en las jerarquías que se ven reflejadas en el poder de los integrantes de la familia. Desde esta perspectiva, toma sentido el que dentro del espacio terapéutico, Haley asuma que también el terapeuta debe de mantener una posición jerárquica de poder, lo cual le posibilitará romper los patrones generados en la familia. Creo que su postura de poder no es desde la superioridad como persona, ni desde la arrogancia, sino más bien desde la estrategia en la capacidad de maniobra del terapeuta dentro del contexto terapéutico. Aunado a la teoría, la experiencia de observar el trabajo de Erickson le da a Haley la posibilidad de crear una serie de estrategias que me parece, están fuera de lo común, e incluso parecieran absurdas si no hay un conocimiento previo del cómo son generadas.

Ante estos dos antecedentes, pienso que el gran acierto de Haley es la celeridad con que se alcanzan los cambios en los sistemas familiares.

2.2.4. El Modelo de Milán

Antecedentes

Hacia el año de 1967 Mara Selvini Palazzoli médica de profesión, pero enfocada al trabajo como psicoanalista, es invitada por James Framo a un congreso a realizarse en Filadelfia, así que viaja de Italia su país de origen, a Estados Unidos. En ese congreso converge con Murray Bowen y al escucharlo despierta en ella un gran interés y curiosidad por el estudio de la terapia familiar. Durante ese viaje se dirige a Nueva York, al Instituto de Psicoanálisis, donde conoce a los también italianos Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo quienes se encontraban finalizando su formación como psicoanalistas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A su regreso a Italia, Mara Selvini funda en Milán el Centro para el Estudio de la Familia, en Mayo de 1967 de orientación psicoanalítica, el cual dirigía junto con Pier Francesco Galli (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). Los primeros trabajos realizados en el centro se llevaron a cabo con pacientes anoréxicas y psicóticos (Ochoa, 2004). En esos tiempos Boscolo regresa a Italia y un año después Cecchin también; los dos resuelven ir al centro que dirigía Mara y deciden integrarse al equipo de trabajo. En este primer grupo del centro se hallaba también Giuliana Prata (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El equipo decide implementar el trabajo que se realiza en la terapia familiar sistémica, y para finales del año de 1971, el grupo quedó conformado por cuatro psiquiatras con orientación psicoanalista, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y la misma Mara Selvini (Hoffman, 1987).

Un antecedente que impresionó el trabajo del grupo de Milán y a su vez provocó la primer ruptura fue el conocimiento de la publicación de 1967 del libro *Pagmatics of human communication*, de Paul Watzlawick, Don D. Jackson y Janet Beavin, quienes pertenecían al grupo del Mental Research Institute en Palo Alto California donde realizaban un trabajo más estratégico, cuando en el centro milanés aún había discusiones en el tenor psicoanalista. A raíz de la lectura y análisis del trabajo del MRI, Selvini invita a Watzlawick a Milán para que los supervise dos veces por semana (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Hacia el año de 1972 el grupo de Milán se interesó en el trabajo sobre el tratamiento y la investigación en familias que estaba realizando en los Estados Unidos el antropólogo Gregory Bateson (Boscolo et al, 1987). Después de varios artículos publicados en el idioma inglés y distribuidos en las principales revistas de terapia familiar, en el año de 1975 el grupo de Milán publica en su idioma italiano el libro *Paradosso e controparadosso*, traducido al inglés tres años después (Bertrando y Toffanetti, 2004), en él se observan las ideas de la escuela de Palo

Alto *homeostasis y familia*, de Bateson *doble vínculo* y de Haley *triángulo perverso*, además se describen los principales métodos de trabajo y formulaciones.

Gracias a que a finales de la década de 1970 llegó a sus manos la publicación *Pasos hacia una ecología de la mente* de Bateson, se vieron atraídos por la noción de circularidad cibernética implementada en los sistemas vivos que describía (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). El experimento de utilizar los principios de la epistemología cibernética que planteaba Bateson enriqueció en demasía la teoría del grupo de Milán integrando elementos nuevos, yendo más allá de la visión estratégica y desarrollando un purismo sistémico más adelante denominado Modelo de Milán (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En la segunda mitad de esta década de trabajo se generan los principios que conducían sus sesiones, el cual es publicado para 1980 en el artículo “**Hipotetización, circularidad y neutralidad**” (Bertrando et al, 2004), en éste se hacía más evidente la cosmovisión batesoniana; se trasladan los conceptos de circularidad cibernética al trabajo con familias, así que la *hipotetización* se convirtió en un proceso de evaluación, el *interrogatorio circular* en una técnica de entrevista y la *neutralidad* en postura terapéutica básica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

En 1980, el grupo de Milán sufre nuevamente una escisión, Boscolo y Cecchin se autonomban *Asociados de Milán* y continuaron orientados a la formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata se enfocaron más hacia la investigación (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Aunque otros autores difieren en la fecha de esta ruptura ya sea 1978 o 1979 (Selvini, 1990; Boscolo y Bertrando, 1996). Selvini y Prata continúan sus investigaciones sobre la familia, basadas en la cibernética de primer orden en la que trataban de descubrir posibles organizaciones familiares <*juegos*> específicas que pertenecieran a síndromes específicos como la anorexia o la psicosis (*op. cit.*).

Para 1982, Mara y Giuliana se trasladan a la sede de Vialle Vittorio Veneto y fundan el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia el cual dirige Mara Selvini (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999; Rodríguez, 2004). Posteriormente Mara se separa de Giuliana y para 1983, con un equipo nuevo integrado junto a Stefano Cirillo, Mateo Selvini y Ana María Sorrentino continúan con la investigación de las tipologías familiares cuyos resultados fueron publicados en el libro *Los juegos psicóticos de la familia* en 1988 (Boscolo et al, 1996; Ochoa, 2004).

Del lado de los Asociados de Milán, se dedicaron a la formación de terapeutas, trabajo que venían desarrollando solos Boscolo y Cecchin desde 1977 y hasta 1982, pasaron de la investigación sobre la terapia a la investigación sobre la formación y terapia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Boscolo y Bertrando, 1996). En esta etapa las nuevas influencias venían de los encuentros con biólogos cognitivos como Humberto Maturana, Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld, referentes a que la noción de realidad es un constructo social y que las ideas acerca del mundo dependen del observador (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Las premisas de trabajo

Para lograr un cambio en el sistema familiar es necesario para el terapeuta tener un cambio de epistemología, con el que se abandone la visión *mecanicista-causal* y se adquiera una visión *sistémica*: ser capaz de considerar a todos los miembros de la familia como elementos de un circuito en interacción recíproca, donde la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente en la de los demás y es a su vez influenciado por los demás. Comportamientos-respuesta que influyen sobre comportamientos-respuesta (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987) señalan que en sus inicios el equipo de Milán estuvo fuertemente influenciado por el MRI, con un método altamente manipulador; aunque también eran partidarios de las ideas propuestas

por Bateson, quien estaba en contra del empleo manipulador de cualquier tecnología física, social o psicológica.

En el primer periodo de actividad del grupo, el cual duró hasta 1975, se trabajó del modo en que, aunque el problema se presentara en sólo un miembro de la familia, la terapia se ofrecía a toda ésta. Se trataba de formular una hipótesis sistémica en relación a la manera en cómo la familia se organizaba respecto al síntoma. Esta hipótesis se definía como el *juego familiar*, en donde el paciente designado ocupaba un lugar particular en la familia, encontraba el mayor grado de inconformidad, dando como resultado la incertidumbre sobre la percepción de sí mismo y de los demás, con sensaciones de insensatez y confusión. Para poder comprender la dinámica del síntoma psicótico era fundamental la *teoría del doble vínculo* (Boscolo y Bertrando, 1996).

Bajo estas influencias el equipo elaboró sus propias formulaciones, como el que las familias que se encuentran en transacciones esquizofrénicas, forman parte de juegos familiares, donde los miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr un control de las conductas. Desde esta postura, la tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

En ese momento, el foco de atención se movió de los síntomas y patrones de comportamiento, hacia las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado, tomando en cuenta un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro. Se adjudicaban los problemas familiares como una consecuencia a las creencias y premisas de éstas. Desde esta óptica los sistemas son evolutivos en vez de homeostáticos; así el trabajo del terapeuta es crear un contexto de *deuteroaprendizaje* donde los clientes puedan descubrir la solución por sí mismos (*op. cit.*). La meta en terapia fue alterar la manera en que la familia analizaba e interpretaba su situación, modificando su puntuación (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La observación de lo no verbal sigue siendo importante, pero el diálogo terapéutico llama más su atención, dan más peso al análisis del discurso y discuten cómo construir preguntas que hagan surgir diferencias implícitas en el pensamiento de los miembros de la familia, es así como surgen las preguntas de diferencia que más adelante denominarían como **Preguntas circulares** (Bertrando y Toffanetti, 2004). La observación de lo no verbal se vuelve esencial y la concepción de diálogo terapéutico también se modifica ya que para ellos todo se transforma en discurso. Según Bertrando y Toffanetti en el trabajo de Milán están las raíces de las terapias narrativas y conversacionales que surgirán veinte años después.

El trabajo de la segunda mitad de la década culmina con la formulación de los célebres principios con los cuales dirigen las sesiones de terapia, éstos aparecen en 1980 en el artículo escrito por Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin, **“Hypothesizing-circularity-neutrality”**. El artículo nace en primera instancia de la idea de lograr la individualización y elaboración de algunos problemas fundamentales para una correcta coordinación de sesión y por ende acorde a la epistemología sistémica, además de desarrollar metodologías concretas, descriptibles y transmisibles que se vuelvan una guía a detalle para los terapeutas. Una segunda finalidad era liberarse de los estereotipos que se atribuyen al terapeuta, condicionantes a las que se les denomina intuición, sexto sentido o carisma, los cuales no pueden ser enseñados (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980 en Family Process).

En éste artículo, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata dan una descripción a estos nacientes fundamentos:

- **Hipótesis:** ésta no es verdadera ni falsa, solamente útil y su función es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones, su construcción debe de ser sistémica y deberá de incluir a todos los integrantes de la familia y su supuesto funcionamiento relacional.

- **Circularidad:** la capacidad del terapeuta para conducir la entrevista basándose en las retroalimentaciones verbales y no verbales de la familia en relación a la información solicitada en términos de relaciones, de las diferencias y de los cambios.
- **Neutralidad:** la neutralidad es una postura del terapeuta ante la familia. La práctica de la neutralidad impide hacer juicios moralistas, así como aliarse, establecer una relación privilegiada o de coalición con algún miembro de la familia.

Modus operandi

El modelo de Milán no trata de un enfoque estático, los modos de hacer terapia han variado y han sufrido diversos cambios conforme a su evolución a partir de las diversas rupturas del equipo. La piedra angular de todos los componentes del antiguo grupo de Milán es el denominado juego familiar, mediante el cual se engloban las relaciones de los integrantes del sistema familiar, las creencias que existen entre sí y de la familia en conjunto; por lo tanto es importante conocer cuál es el juego familiar mediante la generación de hipótesis de trabajo. El grupo encontró que en los sistemas que presentan una alteración, este juego deja de ser adaptativo y rompe con el buen funcionamiento familiar. Todas las técnicas de intervención van dirigidas a alterar dicho juego (Ochoa, 2004).

Regresando a los principios del equipo de Milán, para fines de 1971 el equipo quedó integrado por cuatro miembros, dos hombres y dos mujeres. Ésta composición permitió el trabajo de una pareja conformada por un hombre y una mujer frente a los pacientes y una pareja de similares características como observadores del otro lado del espejo. Se le dio peso a esta distribución pues permitía mantener un equilibrio fisiológico en la interacción entre los terapeuta y entre éstos y la familia (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988); además mientras que en el MRI utilizaban esta práctica para realizar investigación, en el grupo de Milán se utilizó como método de trabajo para cualquier sesión clínica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Para el equipo, la manera inicial que tiene la familia de interactuar con el terapeuta o con la terapeuta, denota algunas reglas del juego familiar. El primer contacto que se tenía con la familia era mediante una llamada telefónica, con la cual obtenían datos como peculiaridades de la comunicación, tonos de voz, lamentos, peticiones urgentes de todo tipo, o intentos de manipulación para tener la entrevista en determinados días y horas; el asentimiento a cualquier petición de la familia podía invalidar el rol y el contexto terapéutico (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Las sesiones propiamente dichas se desarrollaban en una habitación con espejo unidireccional y con un micrófono conectado con el grabador estereofónico de la sala de observación del otro lado del espejo. Al inicio de la sesión se le notifica a la familia el modo de trabajo en relación al equipo terapéutico y a los implementos del espacio.

Cada sesión era dividida en cinco partes: presesión, sesión, discusión de la sesión o intersesión, conclusión de la sesión y acta de la sesión o post sesión; donde generalmente el tratamiento consistía en diez sesiones con intervalos de un mes o más pues se observó que el lapso de tiempo relativamente más largo entre sesiones era favorable para la terapia, ya que cada familia tiene su propio ritmo para procesar el complejo juego de información (Hoffman, 1987). Lo denominaron *Terapia-breve-larga*.

Los métodos de intervención

En sus técnicas terapéuticas el equipo de Milán recogió y amplió algunos de los métodos utilizados por los terapeutas estratégicos de Palo Alto, particularmente el doble vínculo terapéutico al cual el equipo denominó la *contraparadoja* y en un principio ésta se volvió el núcleo de la terapia. Se implementaron las tareas estratégicas utilizadas por el MRI al final de la entrevista, convirtiéndolas a los rituales terapéuticos y sobre todo se retomó el uso del espejo unidireccional (Hoffman, 1987).

Los puntos clave fueron la actividad del terapeuta en coordinar la sesión y el abandono de todas las técnicas explicativas, pues el terapeuta deja de ser un pedagogo y pasa a ser un provocador, un catalizador de cambios (Selvini, 1990). La identidad del equipo está fuertemente ligada al concepto de paradoja patológica y contraparadoja terapéutica, entendiendo ésta última como toda intervención que implique mensajes opuestos en diferentes niveles. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Ochoa (2004), realiza un breve recuento de las técnicas utilizadas por el grupo de Milán, el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de su rigidez en el sistema de creencias y así ella misma se guie hacia el cambio más conveniente, sustituyendo el juego familiar por uno menos perjudicial para el sistema. La modificación en el sistema de creencias de la familia posibilita alterar el mapa de sus relaciones y cambiar la secuencia familiar de conductas, lo que permite perturbar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema.

Las técnicas propuestas para el cambio han ido variando al igual que el equipo mismo, por ejemplo la intervención paradójica se ha ido supliendo por las intervenciones ritualizadas, en cambio, las intervenciones conductuales directas y las intervenciones cognitivas se siguen manteniendo.

- ***Intervenciones cognitivas:*** La finalidad es alterar la manera en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma, y afectar el tipo de explicaciones que las personas hacen en relación a las causas del problema o a las intenciones de la conducta de los otros. Dentro de estas intervenciones se encuentran la ***redefinición*** y la ***connotación positiva***.
- ***Las intervenciones conductuales:*** las prescripciones directas se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones que ya se hayan logrado mediante las paradojas o los rituales.

- ***Prescripciones ritualizadas:*** es la prescripción de secuencias de conductas estructuradas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier intervención verbal. Propone una secuencia de conductas definidas con precisión en las que se establece que debe hacer cada miembro, dónde y en qué momento.
- ***Prescripción invariable:*** también denominada como “universal” elimina la necesidad de establecer hipótesis pues presupone que la dificultad es la falta de diferenciación entre el subsistema parental y filial y por consiguiente la falta de emancipación entre el hijo y los padres.
- ***Prescripciones paradójicas:*** son todas aquellas intervenciones en que se prescribe explícitamente el síntoma o al menos se recurre a elogiarlo y fomentarlo, además de manifestar preocupación por el hecho de que desaparezca demasiado pronto (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1993).
- ***Interrogatorio circular:*** parte de la postura de circularidad en el terapeuta. Estas preguntas abarcan una serie de cadenas de retroalimentación mutuamente causales, de manera que generan circuitos complejos.

Los interrogatorios son guiados a partir de un indicador contextual denominado ***aperturas***, las cuales son señales que da la familia en el curso de la entrevista y que marcan una ruta hacia el desarrollo de una hipótesis. Los miembros de la familia ponen de manifiesto su conexión a la vez que comunican información en un nivel de lenguaje verbal y no verbal; este lenguaje describe el intercambio de mensajes que suelen ser confusos o inaceptables para las familias con problemas.

En este tenor la función de las preguntas circulares es definir y aclarar esas ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en la familia que forma nuevas interrogantes. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn,

1987). Las preguntas circulares se dividen en cinco tipos: preguntas triádicas, en las que se le pide a una persona que comente la relación que existe entre otros dos miembros de la familia; preguntas sobre las diferencias de comportamiento; preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico; preguntas sobre circunstancias hipotéticas y preguntas de graduación de los miembros de la familia respecto a un comportamiento o a una interacción específica (Bertrando y Toffanetti, 2004). Con este tipo de interrogatorio se podía mostrar la estructura del sistema problemático y se cuestionó la necesidad de prescribir una prescripción o una connotación positiva al final de la entrevista. Otros autores han estudiado los diversos tipos de preguntas circulares como intervenciones independientes (Ochoa, 2004).

Comentarios

Como está descrito, el trabajo en terapia con el modelo de Milán es muy estructurado, y pone mucho énfasis en el modo en cómo se tienen que llevar las sesiones. Creo que este rigor con el que se plantea el modelo, y si se aplica de la misma manera, da la posibilidad de observar en la práctica los principios epistemológicos de la terapia sistémica. Sobre todo porque ellos retoman de manera clara la visión sistémica de circuitos cibernéticos y retroalimentación y lo aplican en la modificación de las interacciones de un integrante de la familia con sus respectivos efectos hacia los demás.

Considero que el modelo permite tener un aprendizaje como terapeutas sistémicos paso a paso, ya que la descripción de lo que se tiene que abordar sesión con sesión y dentro de la misma sesión, se vuelve una guía para la formación de manera pausada; a su vez, permite también dar tiempo a que las propias familias vayan insertando los cambios necesarios en sus relaciones, en su funcionamiento y en sus creencias, en este sentido, me parece importante no presionar a las personas a generar cambios en tiempos cortos ni de una sesión a otra, pero creo que el punto

medular siguiendo la rigurosidad del modelo, inevitablemente lleva a dichos cambios.

En la práctica clínica es posible toparse con procesos terapéuticos en los que los pacientes citados semanalmente, no vuelven a consulta con cambios inmediatos, y necesitan de más tiempo para éstos; al llevar a cabo sesiones desde este abordaje, el terapeuta mismo puede reencuadrar esta lentitud en los procesos.

2.2.5. Modelo Terapia Breve Centrado en Soluciones

Antecedentes

En los años 60's las terapias como el Conductismo, la Gestalt y la terapia familiar ponen su atención hacia **el presente del individuo, donde el “aquí y ahora”** se volvió un aspecto central para su desarrollo, interesándose por la generación o el mantenimiento del síntoma en el presente, y por los datos que pudieran confirmarse de igual manera en una situación actual. Sin embargo, la terapia cada vez va haciendo más cambios y evolucionando mas allá de esta orientación en el tiempo, y voltea los ojos hacia el futuro, donde no le interesa como surgieron los problemas ni como se mantienen, sino que considera que lo verdaderamente importante es ***cómo se resolverán*** (O' Halon, 1990).

Aunque en sus inicios el MRI fue gran influencia para el modelo, De Shazer fue haciendo a un lado el buscar la descripción detallada del síntoma y el tipo de soluciones que se han utilizado para superarlo, en cambio, busca la información detallada de las soluciones eficaces y estrategias que hayan puesto un remedio a la conducta sintomática, las cuales han sido aplicadas por el cliente pero que han pasado desapercibidas por él mismo. Así surge el modelo desarrollado en el Brief Family Therapy Center en Milwaukee por Steve de Shazer , Insoo Kim Berg y su equipo, denominado ***Terapia Breve Centrada en Soluciones*** (de Shazer, 1989, 1991, 1999).

Para el grupo de Milwaukee era más importante conocer sobre aquellas situaciones en las que el problema y/o conducta problemática no está presente, además de los momentos en que ésta es controlada por la persona misma; es decir indagan acerca de las *excepciones* con respecto al problema.

Michele Weiner-Davis describe que durante su entrenamiento en el Brief Family Therapy Center BFTC de Milwaukee, pudo observar que el trabajo terapéutico atravesó por una evolución desde el enfoque centrado en los problemas, (búsqueda del patrón del problema, donde éste es empeorado por los intentos de solución, objetivo retomado del MRI), hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. Es así como el equipo deja de observar la secuencia del problema y se dedica a identificar lo que funciona para amplificar las secuencias **de solución (de Shazer, 1982 y 1985 en O' Hanlon 1990).**

En sí, el trabajo terapéutico se centra en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas y busca favorecer las condiciones que faciliten el cambio, tratando de emplear el menor tiempo posible para tal objetivo.

Una de las grandes influencias dentro del Enfoque Sistémico ha sido el Psiquiatra Milton H. Erickson, y dentro de este modelo de soluciones no es la excepción. Una de las principales características de sus intervenciones era que especulaba muy poco sobre el origen de los problemas. **O' Hanlon (1990)** observaba que la relevancia en el enfoque de Erickson era *“el enfoque de utilización”*, **“Erickson pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente” (pág. 26)** consideraba que el terapeuta debía ser como un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presentara, incluyendo lo que parecieran yerbajos. Los yerbajos de *resistencia*, síntomas, creencias rígidas, conducta compulsiva eran componentes de posible utilización como parte de la solución (*op. cit.*). Subrayaba que era importante respetar las capacidades del cliente. Cabe mencionar que Erickson no era un terapeuta orientado a las soluciones, sin embargo su trabajo fue una inspiración para el modelo.

Premisas de la Terapia Centrada en Soluciones y Filosofía central

Si el terapeuta conoce la forma en cómo colabora la familia, el trabajo de la terapia se optimizará, pues tanto la familia como el paciente identificado están motivados para deshacerse del problema que les ha puesto obstáculos para tener una vida mejor. La principal tarea del terapeuta consiste en identificar y utilizar la cooperación que los clientes tienen, pues se asume que ellos quieren cambiar anulando así el estado de resistencia (De Shazer, 1989)

Por consiguiente, De Shazer **afirma que “no tiene sentido el hablar de *pacientes*, la consideración de que toda persona colabora de una u otra manera para cambiar hace necesario hablar de *clientes*” (Ochoa, 1995 pág. 108)**

Cuando se encuentran los *clientes* dentro de la sesión, asumen que la solución que han intentado con respecto a su problema es la única alternativa correcta, lo que les impide constatar que puede haber otras soluciones, el terapeuta los lleva a observar que hay ocasiones en las que el problema no está presente o que aparece con menor intensidad.

Una vez que el terapeuta obtiene una descripción breve del problema, o incluso sin descripción del mismo, procura iniciar en cuanto antes la búsqueda de las soluciones eficaces mediante las cuales el cliente se haya permitido superar el síntoma. Por lo tanto la sesión se dedica a la búsqueda y generación de soluciones entre cliente y terapeuta, procurando elaborar cambios perceptivos y conductuales con los que se pueda mejorar la forma de superar el problema.

En resumidas cuentas, el objetivo terapéutico consiste en maximizar todos aquellos eventos positivos y satisfactorios que provoquen un buen funcionamiento de los clientes en las áreas del problema y fuera del mismo, resaltar las soluciones eficaces en la vida de los clientes y de sus familias. Esta situación implica que en algunos casos la terapia sea tan breve que abarque solo dos sesiones.

Tomados del método desarrollado por Steve de Shazer y sus compañeros del BFTC (Brief Family Therapy Center) **Terapia Centrada en Soluciones**, Insoo Kim Berg y Scott D. Miller (1992) describen los fundamentos filosóficos que orientan el trabajo terapéutico de la TCS, particularmente en el trabajo con clientes con problemas de ingesta de alcohol y de ahí la visión que se tiene desde esa perspectiva acerca del cambio.

- **El cambio es inevitable:** el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar. Muchas veces la terapia consiste simplemente en identificar los cambios que se están produciendo **naturalmente y utilizarlos para llegar a una solución. “Nada sucede siempre”** (de Shazer, 1988 en Berg, 1992. Pp. 43)
- **Orientación hacia el presente y el futuro:** el modelo le da más importancia al ajuste de los pacientes en el presente y en el futuro. Se considera el pasado sólo como una parte de la información que da el paciente para comprenderlo como reflejo de lo que vive actualmente.
- **Cooperación:** es un principio organizador. el paciente debe de trabajar cooperando con el terapeuta y a su vez éste con el paciente.
- **Énfasis en la salud mental:** buscar lo que está bien e indagar cómo utilizarlo, la sesión se concentra en los éxitos de los clientes en el manejo de sus problemas, resaltando sus capacidades, sus recursos y sus habilidades.
- **Utilización:** la utilización implica que el terapeuta debe aceptar el marco de referencia del cliente y trabajar dentro de él; suscitar y sacar del cliente las fuerzas, los recursos y los atributos saludables que se necesitan para resolver el problema.
- **Una visión a teórica / no normativa / determinada por el cliente:** sin tener que encasillarlo en un modelo o teoría de explicación causal. el terapeuta sirve al cliente indagando sobre su muy particular manera de conceptualizar la dolencia que lo llevó a terapia.

- **Parquedad:** buscar la economía para obtener los resultados terapéuticos deseados, utilizando los medios más simples y directos para llegar a un fin.

O' Hanlon (1990) menciona que el Modelo Centrado en Soluciones se enfoca en premisas que hacen énfasis en los recursos y las posibilidades de los clientes, presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen que la terapia sea más agradable y eficaz.

- **Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.** Todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden utilizarse para resolver sus quejas.
- **El cambio es constante.** El cambio es constante e inevitable. Las situaciones de las personas están siempre cambiando.
- **El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.** En el espacio de terapia se suceden conversaciones que crean realidades distintas para los pacientes, es importante que el terapeuta detecte lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea y amplificarlo.
- **Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.** No es necesario tener demasiada información acerca del problema, es más útil recabar información acerca de lo que los clientes hacen y les da buenos resultados.
- **No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.** La gran mayoría de quienes asisten a terapia expresan querer saber el **porqué** de su malestar, es importante hacerles ver que ese tipo de análisis no lleva a la solución, en cambio sólo consume tiempo de bienestar el enredarse en especulaciones.
- **Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.** Una vez hecho un cambio mínimo positivo, la gente lo percibe como diferente, se siente optimista y

con más confianza para abordar nuevos cambios. Un cambio pequeño crea un efecto de onda expansiva en otras áreas.

- ***Los clientes definen los objetivos.*** No existe una única forma correcta o válida de vivir la propia vida. Aunque para una persona parece ser una conducta inaceptable, para otra es algo deseable. Por lo tanto, es el cliente quien define que es aquello que quiere conseguir en el tratamiento (el terapeuta puede sugerir alternativas si es que el cliente opta por trabajar por conseguir objetivos ilegales, irreales ó inalcanzables).
- ***El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.*** Durante la primera sesión el cliente puede generar una percepción nueva acerca de la queja, optimista y más productiva y, si esto no se da en la primera entrevista, puede ser que el cliente ya en casa y en el periodo intersesiones, haga lo que sea necesario para llevar una vida más satisfactoria.
- ***No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos.*** No hay manera de determinar qué punto de vista es el correcto ó erróneos, pues cada uno es una pequeña porción de una imagen total y está matizado por los prejuicios, ideas y creencias de cada persona. A veces lo único que hace falta para iniciar un cambio importante es un cambio en la percepción de la situación.
- ***Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.*** Iniciar cambios positivos y ayudar a las personas a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas.

Las tres reglas de las premisas son:

- 1) Si no está roto, no lo componga.
- 2) Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, haga más de lo mismo.
- 3) Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo; haga algo diferente.

El modelo distingue tres tipos de relación entre el terapeuta con su cliente, la cual al ser definida, es base para obtener el resultado esperado en terapia. Es importante aclarar que las etiquetas sólo describen el tipo de interacción del cliente hacia el terapeuta: relación del tipo **Comprador**, el cliente y terapeuta identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. El cliente se ve como parte de la solución; del tipo **Demandante**, el cliente y terapeuta identifican un objetivo o una dolencia para el tratamiento, pero no han podido generar los pasos adecuados para producir la solución. Incluso el cliente no se ve como parte de la solución, espera que alguien más cambie; del tipo **Visitante**, el terapeuta junto con el cliente no han identificado una dolencia u objetivo para trabajar en las sesiones. El cliente no alcanza a ver ninguna razón para cambiar ni mucho menos para estar en terapia.

Intervenciones y técnicas terapéuticas

Con la aplicación de las técnicas desde la primera sesión, el terapeuta está ya observando las capacidades, recursos, excepciones, habilidades, diferencias, etc., de los clientes, justo para hacerle devoluciones y preguntas adecuadas al señalamiento de dichos elementos y crear nuevas realidades en relación al problema, sobre todo, poniendo como tema de conversación, las soluciones y victorias sobre el problema.

Además de las intervenciones, es importante que el terapeuta utilice en sesión el **lenguaje del cliente**, las palabras y giros que ellos utilizan para hablar de sus problemas, ya que ello facilitará que las intervenciones encajen en la **visión de mundo** que tienen, colocando así las bases para que se produzcan los cambios que clientes y terapeutas desean (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

En el proceso de sesión, es importante dar espacio a la claridad de un objetivo, puesto que es aquello que la familia quiere conseguir en terapia; éste deberá de estar bien formulado a manera de estar al alcance de los clientes; se presentará en positivo (como la presencia de algo en lugar de la ausencia de algo), de forma concreta, conductual e interaccional (Beyebach, 1999).

La entrevista que el terapeuta realiza, va encaminada a obtener información sobre los momentos y situaciones en que no aparece el problema. Las excepciones son cualquier suceso que ocurre en vez del problema, en las circunstancias que éste suele darse (De Shazer, 1997), por lo que el terapeuta deberá estar atento a la aparición de **excepciones**. Además, el terapeuta debe poner atención en localizar y señalar de manera positiva lo que el cliente ya ha estado haciendo para afrontar su problema, señalándolo como un **elogio**. Finalmente, otro de los medios por los que se llevaban a cabo las intervenciones terapéuticas eran las **Tareas**, éstas están destinadas a ampliar las soluciones y excepciones, pero a su vez socavando el problema; de tal manera que se logren mantener en marcha las soluciones y/o generar otras nuevas de manera que haya más excepciones para trabajar en sesiones posteriores (De Shazer, 1991).

Bajo las premisas que se regían, el modelo se caracterizó por crear una serie de intervenciones encaminadas al cambio, visiblemente fuera de lo común para la terapia practicada a principios de los años 80s.

- **Pregunta por el milagro:** Esta técnica se emplea para proyectar al futuro al cliente. Está inspirada en la técnica de la **“bola de cristal”** de Milton Erickson. Le permite al terapeuta formular objetivos resolubles de manera adecuada, en términos positivos, alcanzables, conductuales y concretos; Para el cliente tiene una propiedad terapéutica, motivadora, mientras más se imagina su futuro con el problema ya resuelto, más motivación tiene para conseguir esos cambios. (De Shazer, 1997).
- **Hacer algo diferente:** esta intervención consiste en identificar la secuencia interaccional que ocurre al rededor del problema e introducir una variante en ésta, como cambiar de lugar físico de la secuencia, cambiar la duración, cambio en el horario, cambios en el orden de los hechos, ó añadir elementos nuevos a la secuencia (O’ Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

- **Preguntas de escala:** Las Escalas de avance son otra forma de buscar excepciones y al mismo tiempo permiten valorar cuantitativa y cualitativamente las mejorías que se van generando entre sesión y sesión. Esta técnica se puede aplicar en dos direcciones, **“hacia atrás”**, buscando todo lo que ya ha mejorado y lo que le ha permitido llegar a esa puntuación; y **“hacia adelante”**, buscando la señal de un pequeño avance y lo que necesita para llegar a éste.

Este gran atino de la TCS optimiza sesión tras sesión y el terapeuta colabora de manera pronta con el cliente, circunstancia que conlleva a tener procesos terapéuticos de cortos, la terapia tiene avances desde la primera entrevista, por lo que es probable que en la segunda sesión el cliente reporte cambios significativos. La duración media del tratamiento varía, pudiendo abarcar de cuatro a cinco sesiones, o incluso solo una. No más de diez.

Comentarios

Muchas veces, como terapeutas, subestimamos a los clientes pues creemos que es en el consultorio donde encontrarán los medios necesarios para salir delante de sus problemas, y que nosotros terapeutas somos un punto clave en la resolución de éstos, no obstante, desde esta postura, ellos llegan al consultorio además de con su problema, con su solución. Es por ello que considero que el trabajo terapéutico desde el modelo Centrado en Soluciones, es una clara muestra de cómo trabajar con los recursos de los clientes, con aquello que ellos tienen pero que el problema les impide mirarlos; incluso quienes llegan etiquetados por diagnósticos patológicos, cuentan con sus propios recursos que les han permitido sobrellevar una **enfermedad**.

Esta diferencia de observar las soluciones en vez de los problemas, creo que es uno de los principales puntos de controversia, ya que la mayoría de los enfoques de terapia están destinados a trabajar sobre los problemas, describirlos y repasarlos

una y otra vez; en cambio, la premisa en la que ni siquiera es necesario saber de éste, se torna un parteaguas tanto para el terapeuta como para el cliente, dado que el estereotipo de terapia dicta lo contrario. En este sentido, creo que la desventaja de esta premisa es que el cliente acude en su mayoría para ser escuchado en relación al problema, y el no tocarlo siquiera pudiera generar la sensación de no ser escuchado.

Como lo mencioné, la TCS es un excelente espacio para mirar recursos de los clientes, pero también creo que lo es para el terapeuta, dado que la postura le permitirá afinar su oído poniendo atención a discursos diferentes, donde él mismo podrá poner a prueba su capacidad de colaborar con el cliente sin mirar los lados negativos.

2.2.6. Terapias Posmodernas

La terapia posmoderna que incluye a los modelos Narrativos, Reflexivos y Colaborativos, se basa en una epistemología socioconstruccionista, la cual mantiene una postura terapéutica que prepondera el contexto social y político, y hace énfasis en generar un espacio dialógico dentro del proceso terapéutico que permita al cliente ser un participante activo del proceso, e ir generando agencia personal en la construcción de su historia.

Hoffman (1996) menciona que el surgimiento de la posmodernidad trajo consigo un cuestionamiento a los modelos surgidos desde la cibernética, y puso énfasis a las ideas relacionadas con la semiótica, la narrativa y la crítica literaria, colocando la conversación entre el terapeuta y cliente como la metáfora central. Estos modelos fueron abandonando el pensamiento sistémico y premisas como: patrones de interacción, función de los síntomas, estructuras familiares disfuncionales, etc., quedaron a un lado para dar paso a modificaciones como el acercamiento entre terapeuta y cliente, derribando la barrera de experto y consultante, y cobraron relevancia aspectos como la cultura, los contextos sociales

donde se desenvuelve la familia y los diversos puntos de vista de los integrantes de una familia.

Para terapeutas como Anderson y Goolishian (1996) adoptar una postura posmoderna significó un giro en la forma de interpretar el mundo, pues implicó pensar en la realidad como un constructo social mediado por el lenguaje, donde las verdades absolutas ya no existían, y lo que subsistía era una visión del mundo organizada y mantenida por el discurso.

Tomando en cuenta esta nueva visión de mundo, surgen terapeutas enfocados a dar espacio e importancia a los discursos, ópticas e historias de los clientes, como Michael White en Australia, David Epston en Nueva Zelanda, Tom Andersen en Noruega y Harold Goolishian y Harlene Anderson en Estados Unidos, por mencionar a los principales exponentes de nuevos modelos terapéuticos, quienes con su trabajo fueron delineando un perfil nuevo y diferente en la terapia familiar (Lax, 1996).

Enfoque narrativo

Aunque los modelos ubicados dentro del posmodernismo desechan ideas provenientes de la cibernética y la terapia sistémica, el modelo de Terapia Narrativa creado por Michael White, aún retoma aspectos del pensamiento de Bateson y modelos estratégicos como los del Mental Research Institute; también retoma los escritos de Foucault sobre la relación de conocimiento y poder, la psicología narrativa de Bruner, y la formulación de preguntas Interventivas formuladas por Tomm y Penn, influenciadas éstas por el modelo de Milán (White, 1994).

La terapia narrativa empieza a deslizarse y llamar la atención de los **terapeutas familiares en la década de los 80's, ya que plantea de una manera innovadora el quehacer del terapeuta y la manera de entender los problemas**

presentados por el cliente. La propuesta principal fue lograr una separación lingüística entre el problema y la identidad del cliente, ya que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento (White y Epston, 1993).

En este sentido, se ve a las personas como entidades separadas del **problema, por lo que “la persona es la persona y el problema es el problema”**; esta perspectiva abre paso a una toma de decisiones más efectivas por parte de los consultantes en relación a sus problemas y la influencia que tienen éstos en su vida. Tal postura llevó a los terapeutas a adoptar una nueva forma de pensar acerca del lenguaje dentro de la conversación terapéutica, y a los clientes a tomar posturas y acciones distintas frente a sus problemas (White, 1994).

Dentro del proceso terapéutico lo que el cliente hace es contar su vida, y dentro de esta narración éste le va dando una estructura y un significado; es común que un evento significativo negativo tenga una consecuencia igualmente negativa y adquiera un estatus dominante dentro de la narración, al grado de desarrollar un sentido de identidad en relación al problema, en este sentido, la terapia es un medio para que los individuos observen cómo las problemáticas son producto de distintos contextos sociales en los que se relacionan como personas.

Las premisas principales y los supuestos básicos de la terapia narrativa que plantea White (2002) son:

- Las personas acuden a terapia porque algunas de sus formas de ser o pensar les provocan dificultades o viven sus efectos como negativos.
- Para tener un conocimiento acerca del problema es necesario que el cliente se sienta comprendido.
- La historia que trae la persona en relación a su problema es fuente de acontecimientos extraordinarios o excepciones que a su vez serán materia para producir relatos alternativos.

- El papel del terapeuta es generar preguntas que propicien en el cliente una re-narración a partir del surgimiento y enlace de los acontecimientos extraordinarios en sus propias historias.
- El propósito de la **terapia es separar el problema de la persona, “la persona no es el problema, el problema es el problema”**.
- El término de la terapia se da cuando el cliente ha empezado a experimentar relatos alternativos y pasa de ser coautor a autor de éstos.
- El carácter político de la terapia se observa cuando el terapeuta lleva al cliente a explorar significados e interpretaciones alternativas a través del cuestionamiento de estructuras dominantes; el terapeuta es un ente político y el descuido de su postura lo puede llevar a volverse un instrumento de dominación.

Las narraciones están compuestas por dos panoramas: uno de la acción, el cual describe los hechos secuenciados en una dimensión temporal y uno de consciencia, el cual está constituido por los significados que los personajes y los lectores dan a los hechos que se desarrollan en la historia (Bruner, 1995). White (2002) menciona que en el trabajo de reescritura se estimula a la persona a practicar un intercambio entre ambos paisajes, invitándola a reflexionar sobre lo que podrían significar los acontecimientos alternativos en el paisaje de la acción y a determinar que eventos del paisaje de la consciencia reflejan mejor la descripción preferida de características, motivos, creencias, etc., a manera de generar paisajes alternativos de la acción y de la consciencia.

Los métodos de intervención para lograr llevar al cliente a conversaciones fuera de los relatos dominantes son:

- Conversaciones externalizantes
- Preguntas de influencia relativa
- La búsqueda de eventos extraordinarios
- Conversaciones de re-autoría

- Las conversaciones de remembranza
- La participación en rituales y celebraciones
- Las ceremonias de definición
- El uso de documentos terapéuticos

Cada una de estas opciones de intervención puede llevar a las personas a la construcción de historias alternativas, nuevas o preferidas acerca de sí mismas y de sus vidas y los caminos que se elijan dependerán de la construcción que se vaya *cocreando* entre cliente y el terapeuta.

Equipo Reflexivo

Durante el año de 1974 un grupo de profesionales se reúne en Tromsø, Noruega, bajo la dirección de Tom Andersen, para estudiar las ideas de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick, con la idea de trabajar los servicios de asistencia y disminuir el porcentaje de internación de los pacientes psiquiátricos. En enero de 1984 las ideas generadas en el hospital de Tromsø se echaron a andar, y un grupo de psicólogos, médicos, psiquiatras y trabajadores sociales, también bajo la supervisión de Andersen, formaron equipo para trabajar con los pacientes psiquiátricos (Andersen, 1994).

Sin embargo fueron observando que era cada vez más complicado que el equipo terapéutico (al estilo de Milán) estuviera de acuerdo con una intervención, y el dilema se hacía presente cuando tenían que decidir sobre cuales comentarios, mensajes e intervenciones deberían de enviarse a los clientes, por lo que surgió la idea de que el sistema consultante pudiera observar al sistema terapéutico, el objetivo era encontrar la manera en que las personas pudieran salir de sus estancamientos y así proseguir con sus vidas; y que los terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos (Beltrán, 2004).

Es así como empieza a delinearse una nueva forma de trabajo, desde una perspectiva posmoderna y cuyas bases teóricas también se sustentan desde la hermenéutica y el construccionismo social.

Bateson (1972, 1978, 1979 en Anderson, 1994) hizo notar que no se observan las cosas como algo en sí mismas, si no que se ve una cosa como algo diferente en el entorno; el hombre ve y describe su entorno en función a una diferencia que ve; se relaciona con su entorno en términos de diferencias. Por lo tanto, dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación. Para Maturana y Varela (1987 en Andersen, 1994) la constitución neurológica interna de la persona y su funcionamiento, influirán en el acto de describir y explicar. Es así como cualquier descripción o explicación depende del observador y cada persona que describa la misma situación lo hará desde su propia versión.

Es de estos supuestos que parte Tom Andersen (1994) ya que describe a otra persona a través de su participación en el sistema de observación e influye en lo que puede ser observado y descrito; de esta manera el que describe hace distinciones especiales, dejando afuera todas las demás posibles. Por consiguiente todas las explicaciones y descripciones correspondientes estarán estrechamente conectadas con el observador.

Las consecuencias en el trabajo clínico van relacionadas con el hecho de que hay que buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones que existan de una situación, y promover la ulterior búsqueda de las que aún no se hayan encontrado.

Para Andersen, el equipo reflexivo ofrece la oportunidad de que en la medida que el cliente escucha al equipo, abre un diálogo interno y se hace nuevas preguntas o reflexiones. El equipo escucha la sesión y después de un rato presentan sus ideas hablando entre sí haciéndose preguntas y/o comentarios de los temas que tocó el cliente; el equipo reflexivo que escucha, nunca da instrucciones de lo que el

equipo constituido por el terapeuta y el entrevistado, equipo de entrevista, va a decir o los temas que va a tocar.

Los lineamientos de quienes participan en el equipo reflexivo son:

- Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación.
- Los miembros no se hablan si no cada quien va haciéndose preguntas a sí mismo.
- Cada integrante puede ir haciéndose preguntas acerca de qué manera la situación o el/los temas que presenta el sistema pueden ser descritos además de la situación presentada, de qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la explicación presentada.
- Después de un rato, los miembros del equipo pueden presentar sus ideas si es que el sistema de entrevistas se los pide.
- Los miembros del equipo hablan entre sí sobre sus ideas y preguntas en relación al tema presentado, mientras que los miembros del sistema de entrevista los escuchan.
- Los miembros del equipo se hablarán en forma de preguntas, lo cual permitirá que haya nuevas versiones y perspectivas en relación a los temas hablados.
- El equipo sólo da reflexiones especulativas subrayando que cada miembro del equipo solo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, no existe ninguna versión objetiva o final.

Posteriormente el terapeuta y el cliente (miembros del sistema de entrevista) dialogan acerca de la conversación del equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista. La mayor parte del tiempo el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos (Andersen, 1994). Las conversaciones reflexivas se pueden distinguir de otro tipo de conversaciones terapéuticas por la ausencia deliberada de objetivos y soluciones, los cuales se sustituyen por conductas de exploración por parte del terapeuta.

Modelo Conversacional o Colaborativo

Para Harlene Anderson (1997), el pensamiento ***Posmoderno*** representa un cuestionamiento y alejamiento de las metas narrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico como algo objetivo y fijo. Rechaza el dualismo fundamental que plantea un mundo real externo y un mundo mental interno del modernismo, y se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido. Éste pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; una multiplicidad de enfoques. Sobre todo acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje.

Entendiendo a la terapia como un proceso relacional, ésta es un espacio donde la gente vive y siente los sucesos de su vida en los procesos lingüísticos que se elaboran entre terapeuta y paciente; por ende, el terapeuta ya no es externo al problema del paciente ni es un observador externo; pasa a ser un actor más en el escenario terapéutico donde interactúa junto con el paciente para la elaboración de descripciones y explicaciones (Beltrán, 2002).

Desde la teoría hermenéutica hay una suposición: la creación dialógica de significados es siempre un proceso continuo e intersubjetivo. Es decir, que durante el proceso, cliente y terapeuta son afectados mutuamente en sus significados y el significado deviene una intersubjetividad (Anderson y Goolishian, 1995). La ***hermenéutica*** sostiene que la comprensión siempre es interpretativa, no hay un punto de vista único o privilegiado, por lo tanto si toda comprensión es interpretativa, es imposible lograr una comprensión verdadera. El significado que una persona atribuye a una situación no puede ser comprendido plenamente ni mucho menos reproducido por otra persona; no hay una descripción correcta ni una interpretación correcta de un acontecimiento. Cada descripción y cada

interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye mediante la interacción de los participantes y es contextual.

La terapia consiste en encontrar nuevas formas de diálogo acerca de las partes de las historias de vida de los clientes, que les preocupan o que les alarman. El objetivo no es encontrar o descubrir información, si no crear sentidos y comprensiones. Para Anderson (1997) la terapia es la elaboración de historias y autobiografías construidas mediante la coexploración de historias familiares ya contadas, y la cocreación de historias nuevas aún no contadas mediante el lenguaje. En esta conversación terapéutica, en este proceso interpretativo, la consecuencia natural es el cambio; donde tanto el cliente como el terapeuta arriesgan una transformación de sí mismos. Es imposible que el terapeuta no cambie.

Anderson (1999) parte de las premisas en las que los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido, son más formas de acción social que procesos mentales individuales, independientes cuando construyen una realidad. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional; el conocimiento es relacional y está inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, en las que también se genera.

Esta realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros, donde el lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, opera como una forma de participación social

La conversación/terapia dialógica permite un espacio/contexto que el espacio/contexto cotidiano del cliente quizá no permita, lo cual requiere que el terapeuta sea capaz de crear y mantener dicho espacio donde el otro tenga la libertad de rondar por todo el espacio de posibilidades. Cada conversación ocurre y se forma momento a momento y es idiosincrásica para su contexto, sus

participantes y sus circunstancias. Esta conversación se vuelve dialógica cuando se da una indagación compartida, el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, etc. Un proceso dialógico incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos superpuestos y secuenciales:

- a) El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo.
- b) El terapeuta inicia y mantiene un dialogo externo con el cliente.
- c) El cliente participa en un dialogo interno consigo mismo.
- d) Los clientes participan con diálogos externos entre sí.
- e) El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.
- f) El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.

El terapeuta asume una postura de no saber, que tiene que ver con una actitud de profunda curiosidad, en lugar de expresar opiniones y expectativas con respecto al cliente, al problema o lo que debería ser (Anderson y Goolishian, 1995). De acuerdo con Bruner, esto sugiere un tipo de pericia terapéutica distinta, que está limitada al proceso de la terapia más que al contenido (diagnóstico) y cambio (tratamiento) de la estructura patológica. En este sentido, los problemas surgen en el discurso, por lo que los problemas no se «resuelven» sino se «disuelven» al hablar de ellos e ir redefiniéndolos y generando nuevos significados.

Bajo estos postulados, Harlene Anderson y Harold Goolishian proponen que los sistemas humanos son **sistemas de lenguaje generadores de significados**, y que los sistemas de lenguaje están integrados por las personas que están teniendo conversaciones en torno a asuntos que conlleven a preocupaciones, objetivos o que sean relevantes. La pertenencia a este tipo de sistemas puede ser cambiante, ya que depende de quién esté hablando con quién sobre un asunto importante para ambos. Desde este enfoque, se trata de generar un espacio para facilitar un proceso donde las situaciones y narrativas problemáticas no trabajables puedan ser

transformadas en trabajables, con posibilidades. Una vez que esto sucede, los problemas comienzan a disolverse.

Comentario

Desde estas modalidades de terapia, creo que el terapeuta debe de ser muy hábil y capaz de plantear la forma de trabajo con estas perspectivas, sobre todo en las conversacionales, ya que además de no ser común en psicoterapia, se corre el riesgo de no mostrar a los clientes una dirección del proceso definida y por lo tanto, sentir no estar avanzando en su proceso terapéutico.

En cambio en el enfoque Narrativo, creo que la existencia de documentos simbólicos que acrediten y den constancia de los avances del cliente, adquieren un significado que fortalecen enormemente el proceso de las personas.

Pienso que estos modelos se vuelven una enorme novedad en una sociedad como la mexicana, en la que, además de existir aún cierto recelo para contratar servicios terapéuticos, está permeada constantemente con el estereotipo del terapeuta de diván, y el trabajo terapéutico con estas perspectivas está aún más lejos de sus supuestos en relación a la psicoterapia.

*Estaba haciendo tiempo en la mente universal,
me sentía bien.*

*Hacía girar llaves, liberaba a la gente,
estaba haciendo bien.*

-Universal Mind, James Douglas Morrison-

Capítulo III

Desarrollo y aplicación de competencias profesionales



En el presente capítulo, se analizará la participación del terapeuta familiar en formación, desde los diferentes ámbitos que abarca el programa de Maestría, desde la aplicación de los conocimientos teóricos en áreas como el ámbito terapéutico, como responsable al frente de casos; como investigador de temáticas actuales que involucran a las familias; como diseñador de herramientas académicas para las familias y para el programa de maestría; como asistente a actividades extracurriculares que complementan la formación académica; hasta la participación en foros donde es posible la transmisión de los conocimientos aprendidos.

3.1. Habilidades clínicas terapéuticas.

Una de las principales vertientes de formación en la maestría, cuyo carácter es *Profesionalizante*, es proveer el desarrollo de habilidades clínicas, tanto en nivel teórico como práctico. Durante los cuatro semestres, el currículo del programa de maestría se encarga de promover la conjunción entre los enfoques analizados a nivel teórico y la práctica de éstos en los espacios de atención a usuarios, quienes se acercan a solicitar el servicio en los espacios indicados en el capítulo I.

Dichas prácticas son guiadas por el ojo especializado de las supervisiones a cargo de los y las profesoras pertenecientes al programa de maestría, quienes se encargan de acompañar a los alumnos en formación al momento de dar atención a casos reales que presentan las diversas familias.

Cada supervisión presentó sus propias características, dependiendo el espacio de atención y el modelo a supervisar. En algunos espacios, la infraestructura proporcionó las condiciones para contar con cámara de Gesell, lo cual permitió la supervisión con equipo terapéutico al otro lado del espejo, la modalidad de pre sesión, intersesión y post sesión, y/o la intervención del supervisor y del equipo terapéutico mediante el interfono; una variante de el espejo bidireccional en la cámara fue la de la implementación del circuito cerrado, donde

el equipo terapéutico y supervisor visualizaban la sesión en una pantalla, se aplicaba la misma estructura de sesión que en cámara de Gesell; otros espacios, dada su amplitud, permitieron la presencia de todo el equipo terapéutico dentro del espacio mismo de consulta, de manera que éste, junto con el supervisor y los terapeutas a cargo, interactuaban de manera directa con los pacientes. La tercer modalidad fue la supervisión narrada, ésta se presentaba cuando la atención del paciente se encontraba en una sede externa a la UNAM, ó cuando el espacio no contaba con las condiciones de observación directa por parte del supervisor, por lo que en otro momento, acordado después de la sesión, se le planteaba al supervisor lo acontecido en terapia para que éste guiara a los terapeutas a cargo en las estrategias a seguir.

Es importante resaltar que la atención a pacientes se podía dar por terapeutas en trabajo individual o en coterapia, en un ambiente de equidad y respeto al trabajo de cada uno de los terapeutas en turno.

3.1.1. Análisis del marco temático en relación a los casos: La influencia de Milton H. Erickson en la Terapia Familiar Sistémica. El primer contacto y acercamiento a Erickson.

Durante el año de 1942 Margaret Mead invita al psiquiatra Milton Erickson a las conferencias de la Fundación Josiah Macy, donde éste y Bateson se conocieron (Zeig, 1985 en Vargas, 2007), a partir de ese momento Bateson y Mead quedaron impresionados con sus conocimientos y habilidades y lo consultaron para **estudiar y entender los rituales de trance que habían observado en Bali (O' Hanlon, 2001).**

Según Zeig, en ese momento Erickson era el psiquiatra e hipnoterapeuta más reconocido en Estados Unidos y se hallaba en la fase más culminante de su carrera, pero sobre todo era famoso por su forma tan particular de hacer terapia, pues se basaba en estrategias diferentes, fuera de lo usual a los procedimientos

psicoterapéuticos clásicos, por lo que se diferenciaba no solo por su originalidad operativa, sino también por los eficientes resultados.

Durante el trabajo sobre las paradojas de la comunicación, Jay Haley y John Weakland se acercaron en junio de 1955 a Milton Erickson, y comenzaron una serie de visitas semanales a su casa en Phoenix, las cuales duraron hasta 1960 (Zeig y Geary 2000 en Vargas, 2004). Durante estas entrevistas, estudiaron ampliamente el tipo de comunicación terapéutica, las estrategias y las ideas referentes a las problemáticas psicológicas y psiquiátricas que utilizaba; este proyecto de investigación se convirtió posteriormente en una importante fuerza en el desarrollo de la terapia familiar, ya que aportó hipótesis al ***doble vínculo*** (O' Hanlon, 2001).

Weakland y Haley utilizaron los conceptos hasta ese momento desarrollados en el Proyecto Bateson para describir la interacción entre el hipnotizador y el paciente, además de los cambios provocados por los trances terapéuticos. Estas órdenes emitidas durante los trances, eran amplia materia de análisis para los tipos lógicos y los niveles de comunicación (Haley, 1985 en Vargas, 2007).

De estos análisis, Haley y Weakland observaron que Erickson utilizaba, de manera empírica e intuitiva, estrategias terapéuticas que vendrían a ser la aplicación terapéutica de las formulaciones del Proyecto Bateson, haciendo por ejemplo intervenciones que funcionan como un doble vínculo terapéutico (Erickson, Haley y Weakland, 1980 en Vargas, 2007; Nardone y Watzlawick, 1992).

Su influencia llevó a que el estudio de la familia se inclinara más hacia el proceso de cambio que al sistema homeostático (Vargas, 2004).

Los fundamentos

Para Erickson no existía eso llamado problema, sino algo que alguien definía como problema, se basaba en la idea del cambio de definición, es decir, cambiar la percepción que crea el problema por otra distinta, así el problema dejará de existir. Su atención no se centró en el pasado ni en el marco de las relaciones del problema, sino en el presente (Hoffman, 1987).

Los procedimientos con los que él hacía terapia, partían de utilizar lo que las personas ya han aprendido y las ayudaba a aplicarlo de otra manera, utilizaba de forma creativa lo que ya poseía el paciente y desarrollarlo (De Shazer, 1989). Esta postura lo llevó a instrumentar una enorme variedad de métodos terapéuticos para encarar los problemas humanos, pues su principal herramienta era aceptar las cosmovisiones y pautas de conducta muy singulares a cada individuo; e inclusive, utilizar las pautas ya existentes para un nuevo aprendizaje (Erickson y Rossi, 1992). Argüía que el propósito general de la psicoterapia era provocar respuestas y despertar potenciales que surgieran desde el mismo paciente.

Los principios que indiscutiblemente que subyacen la manera de trabajar de Erickson fueron:

- Unirse al paciente en la situación que se encuentra, y establecer un buen vínculo con él (rapport);
- Modificar las producciones del paciente y controlar la situación; y
- Utilizar el control establecido para estructurar la situación para el cambio, y éste se realice con los deseos del paciente, anhelos e impulsos internos (Erickson y Rossi, 1992).

Milton Erickson solía decir **“el trabajo lo hace el paciente, el terapeuta se limita a proporcionar las condiciones en que este trabajo se pueda hacer”** (Erickson y Rossi, 1992, pág. 10); así que fiel a esta idea, tenía muy presentes los procesos

vitales normales u ordinarios de las personas, y como hipnólogo, se daba a la tarea de observar sus complejos modos de comunicación para motivarlas a seguir directivas e influir sobre ellas mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. En este tenor, generaba estrategias para dirigir a otra persona y llevarla a ser autónoma (Haley, 1980a).

Sus métodos lo volvieron un terapeuta excepcional, ya que utilizaba y combinaba todo tipo de intervenciones psicoterapéuticas e hipnóticas sin sentirse limitado a mantenerse dentro de algún parámetro, varios artículos y libros tratan a detalle los alcances de sus métodos, pero no desarrollan una teoría o modelo amplio de su terapia (De Shazer, 1989; Thompson, 1988). Esta situación lo volvió controversial en su tiempo y quizá sea la causa por la que, para sus colegas, fue difícil definir su teoría

La técnica

Erickson fue un terapeuta con un enfoque poco ortodoxo, puesto que no se limitaba a ningún tipo de terapia y a una única forma de abordar un problema; siempre buscaba un modo nuevo de lograr que las personas reconocieran sus propias capacidades de cambio. Su finalidad siempre fue ayudar al paciente, así que cualquier técnica, teoría o terapia que la alcanzara, siempre era bienvenida (Thompson, 1988).

La utilidad de la intervención ericksoniana reside más bien en las cualidades que desarrolla el terapeuta hacia el paciente: de observación, de comprensión de la visión de mundo y de seguimiento paso a paso para poder utilizar estas informaciones y llevarlo a tener otros comportamientos (Wittezaele y García, 1994). Para él, todo cuanto el paciente trajera consigo: su sistema social, los valores personales, la resistencia y hasta los síntomas, podían aprovecharse para los fines de la psicoterapia (Zeig y Gilligan, 2004).

Milton Erickson se obstinaba por prescindir de las teorías y creía firmemente en la singularidad de cada individuo, por ello no definió sus métodos de terapia dentro de algún marco rígido, así quienes asistieron a sus clases se dieron a la tarea de intentar definir un esquema a gran parte de su terapia inédita (Betty Alice Erickson, 1988, en Zeig y Gilligan, 2004):

- Ingresar al mundo y los comportamientos del cliente para luego basar en ellos el cambio;
- Orientar la terapia hacia el futuro;
- Valerse de comunicaciones simbólicas y metafóricas.

Lo importante para él era que en cada punto de la terapia, el terapeuta estaba dispuesto a asumir la responsabilidad por la iniciación del cambio, sin despojar a los clientes de la autosuficiencia para cambiar por sí mismos.

Zeig (1980), comenta que Erickson estaba convencido de que los pequeños cambios son capaces de producir un efecto acumulativo, ya que el nuevo contexto creado por una modificación leve, refuerza nuevas percepciones y conductas que a su vez, provocan otros cambios perceptivos y conductuales generadores de nuevos ambientes. Para estos fines, Milton se valía principalmente de anécdotas, metáforas y de la hipnosis. Durante la terapia, era esencial el empleo de técnicas inéditas, a fin de guiar las asociaciones del problema hacia asociaciones más positivas, y de esta manera, impulsar conductas constructivas.

Erickson creía en las virtudes de la observación, del trabajo y de la experiencia; para él la hipnosis era un fenómeno natural que utilizaba los procesos mentales ordinarios como la memoria de los sentidos, el olvido, la disociación y la reinterpretación cognoscitiva de los sistemas de creencias (Wittezaele y García, 1994), la hipnosis era vista por él como un tipo de comunicación e intercambio especial entre dos personas (Haley, 1980a), que facilita y fomenta el contacto con los recursos naturales de bienestar con los que cuenta cada individuo, ya sea para

resolver situaciones problemáticas de la vida cotidiana, para prevenirlas ó enfrentarlas (González M. en Eguiluz, 2004).

Las sugerencias prehipnóticas eran el conjunto de maniobras que refuerzan la aceptación de directivas y mandatos posteriores, él siempre miraba hacia adelante y trazaba sus planes con anticipación (Erickson Betty, 1988). Tales maniobras siempre incluían hablar en el lenguaje experiencial del paciente, recurrir a sus valores, regulación del ritmo a su propio marco de referencia, lo que le permitía avanzar por pequeños pasos estratégicos, en los que dosificaba insinuaciones indirectas para provocar una disposición sensitiva en el paciente, estableciendo de manera sutil, un potencial de respuesta.

Las descripciones planteadas por sus discípulos, quienes intentaron dar una traducción a los métodos de trabajo terapéutico denominado enfoque Ericksoniano, se han analizado por las siguientes características (O' Hanlon, 1993, 2001; Haley, 1980a; González en Eguiluz, 2004):

- ***Orientación naturalista:*** creía que las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en trance y experimentar todos los fenómenos del trance;
- ***Orientaciones directas e indirectas:*** él era muy directo para conseguir que las personas hicieran cosas y bloquearan pautas antiguas que mantenían el síntoma, asignaba tareas o formulaba sugerencias que tendían a aflojar las rigideces en las personas y empezaran a pensar y comportarse de maneras distintas, eliminando el síntoma;

- ***Noción del cambio terapéutico:*** éste es el producto de la reorganización de la vida experiencial del paciente, por muy pequeño que sea, puede generar cambios mayores.
- ***Orientación temporal en la terapia:*** la terapia ericksoniana está siempre orientada en el presente y dirigida al futuro.
- ***Anulación de los procesos diagnósticos:*** no es necesaria la aplicación de estudios de la personalidad, ni los procedimientos diagnósticos tradicionales, puesto que la personalidad no es algo inmutable.
- ***Plantear objetivos en terapia:*** la terapia es pragmática, siempre orientada a metas alcanzables en tiempos cortos.
- ***Mínima duración de la terapia:*** la terapia debe ser breve, no compleja ni prolongada, pues contradice la experiencia de la vida cotidiana.
- ***Relación terapéutica de influencia:*** el terapeuta influye de manera obvia en el comportamiento del paciente, para lo cual es necesario que el terapeuta se adapte al encuadre de éste.
- ***Papel activo del cliente:*** el cliente siempre estará libre de manifestar su individualidad, sus experiencias vitales previas y sus potencialidades peculiares.
- ***La concepción y manejo de la resistencia:*** el trabajo del terapeuta es comprenderlas, aceptarlas e incluso utilizarlas para beneficio del paciente.

- **La utilización terapéutica:** todo cuanto traiga el paciente consigo es útil para el cambio: lenguaje, creencias, marcos de referencia, intereses y motivaciones, conducta, síntomas y resistencias.
- **Utilización de técnicas:** las técnicas se utilizan tanto en sesión como fuera de ésta, algunas de las utilizadas en sesión son: hipnosis, metáforas, anécdotas, reencuadres; de las técnicas utilizadas entre sesiones, se encuentran: tareas paradójicas, para construir habilidades, tareas directas.
- **Finalización de la terapia:** la terapia se da por terminada una vez que el paciente alcanza sus metas o se percata que ya no necesita más de la terapia.

Erickson consideraba que el terapeuta debería siempre de mantenerse con dos características distintivas: la de la **flexibilidad**, la cual consistía en no “casarse” con las propias hipótesis ni métodos establecidos, sino más bien, dejándose guiar por la curiosidad y sabiéndose orientado hacia una persona en particular y su situación. Si un procedimiento no daba resultados, probaba con otro hasta que alguno fuera eficaz. La otra característica era la de la **observación**, el mirar y escuchar atentamente al paciente, para descubrir las claves de la terapia eficaz y el modo en que la terapia actúa, poniendo atención en el lenguaje, cambios en la dinámica vocal, alteraciones en el tono muscular y los gestos, etc., elementos de observación que en todo momento resultaban importantes; es decir, prestar **atención a las comunicaciones verbales y no verbales (O’ Hanlon, 1993).**

Durante el curso de la terapia, y más aún en la hipnosis, Erickson se daba a la tarea de establecer en los pacientes ciertas ideas que servirían de base para acciones posteriores; desde el inicio de la entrevista, durante la recolección de información, él ya estaba escuchando a su paciente e ideando y aplicando alguna de sus poco comunes herramientas para guiarlo al cambio (Zeig, 1980).

Como anteriormente se mencionó, la responsabilidad del terapeuta es generar una atmósfera que favorezca el cambio en los pacientes, hacia sus propias expectativas de éxito, mediante palabras y acciones que generen circunstancias en las que la persona pueda responder con espontaneidad y cambiar; fomentar que el **paciente haga algo en términos de experiencia (interior) y/o conducta (exterior)** (O' Hanlon, 1993).

3.1.2. Integración de expedientes de trabajo y presentación de casos.

Después de esta breve descripción del trabajo de Milton Hyland Erickson, sus técnicas terapéuticas y sus aportes a la Terapia Sistémica, se presenta la descripción de dos casos que atendí durante la maestría. Ambos con sus respectivas características, analizando desde el modelo de intervención con el que fueron abordados, hasta el espacio de atención y el tipo de supervisión bajo el cual se realizaron. Posteriormente se analiza como el trabajo de Erickson sustenta los casos presentados e influye en cada proceso terapéutico con el respectivo modelo de abordaje.

3.1.2.1. Reporte del caso R.J. con Modelo de Soluciones

Terapeuta: Edmí Penélope Exzacarías Esquivel

Supervisora: Miriam Zavala

Modelo: Terapia Centrada en Soluciones

Modo de supervisión: Supervisión en vivo en Cámara de Gesell con sesiones quincenales.

Fecha inicio: 19 de agosto de 2009

Fecha término: 7 de octubre de 2009

Número de sesiones: 4

PACIENTE IDENTIFICADO:

Rebeca Juárez²¹, 57 años, Secretaria en oficinas de la UNAM

INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

Hija 1: Sandra, 33 años, Médica Veterinaria.

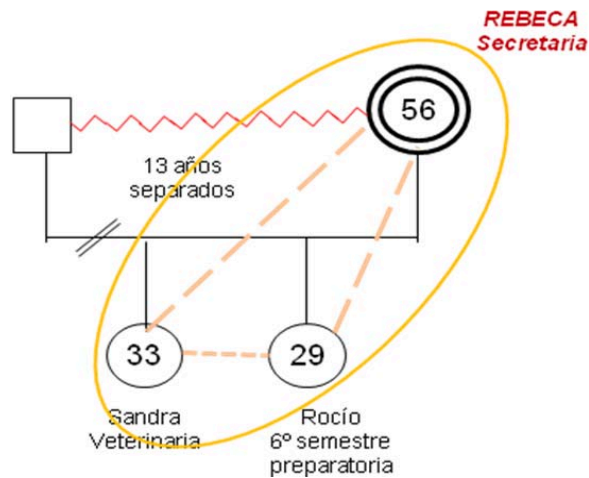
Hija 2: Rocío, 29 años, estudiante 6° semestre de preparatoria.

MOTIVO DE CONSULTA: Rebeca llega a consulta comentando que hace alrededor de un mes su hija mayor, Sandra, intentó suicidarse, situación que la tiene muy angustiada, pues entre ellas no hablan, cuando Rebeca se acerca a su hija para preguntarle que la motivó a intentar suicidarse, Sandra la ignora y le dice que no se meta en su vida. Comenta que le angustia más el hecho de que Sandra no se tome los medicamentos que le recetaron a partir del intento de suicidio. Se le preguntó que si esta preocupación ya la había comentado con su otra hija Rocío y comenta que si pero que Rocío es muy cerrada y solo le interesan sus cosas. Por lo que plantea querer tener más comunicación y confianza con sus hijas.

OBJETIVO: El objetivo de Rebeca fue tener más confianza, comunicación y cercanía con sus hijas.

²¹ Por motivos de confidencialidad los nombres de los pacientes han sido modificados.

1. GENOGRAMA INICIAL (al inicio del proceso)



Etapa del ciclo vital de la familia: Etapa del desprendimiento, las hijas buscan independizarse de la familia nuclear para iniciar y elegir sus propios proyectos.

Tipología de familia: Familia uniparental, ya que desde hace trece años Rebeca se separó del padre de sus hijas y ha permanecido como jefa de familia.

Objetivo terapéuticos:

- Consensuar un objetivo resoluble que abarque la confianza y comunicación a la que quiere llegar Rebeca con sus hijas.
- Generar las condiciones adecuadas para un sano desprendimiento de las hijas hacia Rebeca, y que se dé un progresivo cambio de etapa.

DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

SESIÓN #1: 19 de agosto de 2009

PRESESIÓN: Indagar y concretar un objetivo en terapia.

RELATORIA:

Al inicio de la sesión se comentó el reencuadre acerca de la manera en cómo se trabajarían las sesiones, dado que este proceso de terapia se llevó a cabo en cámara de Gesell con equipo terapéutico del otro lado del espejo. Rebeca de 57 años, quien es secretaria en oficinas de la UNAM, comenta que hace alrededor de un mes, su hija Sandra de 33 años había tenido un intento de suicidio, lo cual la tenía muy preocupada pues ella sentía que esta era una situación muy grave; le inquietaba que no le platicara nada acerca de los motivos que la orillaron a tal situación y además le preocupaba observar que no se tomaba sus medicamentos. Se le preguntó si ***¿esa preocupación que ella tiene la había comentado con su hija Sandra?*** Ella comenta que sí habló con ella acerca de “lo importante que era Sandra para ella”, sin embargo Sandra no quiere hablar nada del tema. Comenta que ha intentado platicar sobre el tema con su hija Rocío, pero dice que también Rocío es muy cerrada y que sólo le interesan sus cosas.

Rebeca platica que hace alrededor de 13 años que se separó del padre de sus hijas ya que vivían una situación de mucha violencia y que de ahí a la fecha tanto ella como sus hijas no tienen ningún contacto con él.

Platica que Sandra es veterinaria y está por irse a residir a Playa del Carmen por un trabajo que consiguió allá, lo cual a su vez también le preocupa pues siente que si está más lejos, menos podrá comunicarse con ella y estar pendiente de que no vuelva a acontecer un nuevo intento de suicidio. Respecto a Rocío ella dice que actualmente no hace nada, que está aún terminando la preparatoria pero que no tiene un trabajo y en casa no colabora con los quehaceres.

Se le preguntó acerca de **¿cómo era su medio laboral?** y de manera muy evidente Rebeca pasó de un lenguaje analógico que denotaba de tristeza, acongoramiento y preocupación, pues su cuerpo estaba decaído sobre la silla y sus gestos eran poco expresivos, a uno totalmente contrario pues se enderezó y esbozó una enorme sonrisa. Ella empezó a hablar de lo maravilloso que era su jefe, de que ella lo consideraba como lo máximo, en palabras de ella **“un hombre en toda la extensión de la palabra”** y dice que todo el día está pensando en él, en complacerlo y en consentirlo. Según ella, él le tiene cierta preferencia por sobre las demás compañeras, lo cual le ha generado muchas envidias entre las demás secretarias, aunque ella está muy clara en poner un límite y pensar que solamente es su jefe y no tendrá con él una relación distinta. Rebeca dice que esta situación la ha llevado a no poder confiar en nadie y tener que estar muy cuidando mucho en su trabajo.

Ella comenta que sus compañeras le tienen envidia, y que esa envidia no va a desaparecer hasta que se vaya su jefe. Se le preguntó acerca de **¿cómo se da cuenta de que a pesar de la envidia esté a gusto en su trabajo?** ella dice que hace a un lado lo que las compañeras le hacen, se centra en su trabajo y además las trata con cordialidad. Comentó acerca de los momentos en que en su trabajo estaba bien y en los que incluso sus compañeras la admiraban. También comenta que sus hijas la admiran en cuanto al trabajo. Sin embargo una gran preocupación que ella tiene es que su jefe se vaya.

Al regresar al tema de Sandra se le preguntó **¿qué cosas tiene que hablar con ella para que baje su nivel de preocupación?** Ella contestó que Sandra tome conciencia de lo que sucedió y además se haga también responsable de tomar sus medicamentos. Se le preguntó **¿qué puede hacer para hacerle ver a Sandra que confía en ella y que sabe que se va a cuidar en cuanto se vaya allá a su nueva casa en Playa del Carmen?** y contestó que hablar con ella y comentarle su preocupación, se le preguntó si **¿cree que expresándole a Sandra lo que piensa acerca de su preocupación sobre los intentos**

de suicidio pueda estar tranquila allá en Playa del Carmen y confiar en ella? y respondió que sí.

INTERSESIÓN: El equipo comenta que hasta este momento de la sesión no se sabía cuál era el objetivo, pues parecía que estaba tratando de intervenir sin siquiera haber situado un objetivo concreto.

La mayoría de las sesiones inician con una descripción que hace el cliente por el problema o el motivo que lo llevó a buscar la terapia (de Shazer, 1997). Durante esta primer parte de la sesión, me dediqué a escuchar y recabar la información que la cliente había mencionado como motivo de consulta. Aunque ella habló de la situación del intento de suicidio de su hija, evité buscar una descripción detallada del acontecimiento, pues de Shazer menciona que para que una intervención en el modelo de soluciones sea efectiva no es necesario un conocimiento extensivo de la queja (de Shazer, 1991), más bien me fui **a indagar acerca de que funciona de manera satisfactoria en su vida, a la “búsqueda de excepciones que pudieran convertirse en diferencias significativas” (de Shazer, 1997).**

Durante esta parte de la sesión, me pareció muy notorio observar que tanto su lenguaje analógico como digital tuvo un cambio, por lo que me dejé llevar a buscar excepciones a la dinámica en su ambiente de trabajo, pues de Shazer (1997) plantea que si hay una excepción deliberada y el cliente tiene en claro qué conductas realiza, entonces el terapeuta simplemente se evoca a indicar que continúen dichas conductas; sin embargo, observé que estaba dándole demasiado peso e interviniendo mucho acerca de su ambiente laboral, cuando su primer motivo de consulta había sido la situación con su hija Sandra así que antes de hacer la pausa de intersesión retomé el tema de su hija.

Antes de hacer la intersesión realicé varias preguntas enfocadas hacia el futuro en donde planteé posibles escenarios en los que Rebeca no sintiera preocupación por su hija y además en los que ella fuera capaz de hacer algo para contribuir a su propio bienestar.

Cade y O’ Hanlon (1995) mencionan que el futuro está también abierto a ser revisado.

Para de Shazer (1999) el terapeuta debe contribuir a que la familia o el cliente se forme una meta o metas en la terapia que puedan ser útiles para focalizar las tareas y que cada meta pudiera estar relacionada con un problema (quien conduce la terapia puede abordar **“como si” en las secuencias operaran reglas simples de causa-efecto**, pues a la familia no le interesa tener un pensamiento circular) es menester que la meta sea descrita de la

manera más concreta y conductual posible. Los objetivos terapéuticos planteados, no sólo orientan a las personas hacia las soluciones alejándolos de las visiones centradas en el problema, sino que además abrevian la terapia.

La finalidad de la existencia de un equipo terapéutico es la posibilidad de escuchar diversos puntos de vista con respecto a lo que sucede en la sesión, de igual manera se construyen distintas realidades alternativas y soluciones a la situación del cliente. Cada uno recaba información de una manera distinta y esas diferencias son útiles y promueven la creatividad terapéutica (de Shazer, 1991).

Al regresar de la intersesión, por señalamientos del equipo, se le preguntó cuál era su objetivo en las sesiones y Rebeca respondió **“tener la seguridad de que estoy actuando bien en relación a mis hijas, tomando las decisiones correctas como debe ser, sin equivocarme”**, en seguida se le preguntó ***¿en qué tipo de decisiones va a sentir esto?*** Y dice que en la relación con sus hijas, que sea más cordial y además saber cómo poder acercarse a Rocío, comenta también ***“dejándolas actuar como ellas quieran sin ser una mamá castrante”*** a continuación se le preguntó ***¿cómo se va a dar cuenta de que esto sucede?*** Y ella respondió **“me voy a sentir más segura, más satisfecha y relajada, más tranquila, sabiendo que cuento con su apoyo”** (refiriéndose por apoyo tanto a la terapeuta cómo al equipo detrás del espejo).

En esta última parte de la sesión, al enunciar ella el objetivo o meta, se intentó que fuera descrito de manera más concreta y conductual. Se le preguntó que en estos 15 días ***¿cuál sería una decisión que necesitaría tomar?*** ella respondió que tener cercanía con sus hijas; así que como indicación final se le dijo que durante los siguientes 15 días hiciera algo diferente y pequeño que le indicara a ella que está teniendo un poco más de acercamiento con sus hijas.

POSTSESIÓN: Al regresar con el equipo, la supervisora comenta acerca de que el objetivo era amplio, ambiguo y además difícil de maniobrar en terapia pues la responsabilidad del cambio quedó centrada en la terapeuta y en el equipo terapéutico, y no en la cliente.

Mientras Rebeca mencionaba su objetivo, yo observaba que era algo muy amplio y además nos estaba comprometiendo a todo el equipo terapéutico a ser los responsables de su bienestar, y además a que sus hijas fueran quienes tuvieran un cambio de actitud para ella estar bien; sin embargo no encontré en ese momento la manera de devolverle a ella esta responsabilidad. Al respecto Lipchik (2004) menciona que sólo se puede llegar a una solución exitosa si el cliente es capaz de asumir la responsabilidad de su comportamiento, pues solo ellos mismos podrán extraer la capacidad y disposición para alcanzar dichas soluciones.

Decidí dejar una tarea final, pensando en la idea de que lo que ella trae como motivo de consulta es la escasa comunicación con sus hijas. Según de Shazer (1999) las tareas son un modo de intervención que cumplen diferentes finalidades y que se asignan para promover el cambio. El diseño de una tarea o intervención inicia desde la conversación entre el terapeuta y el cliente, y la eficacia depende de que tan lógica le parezca a éste **(de Shazer, 1997). La tarea sugerida “haga algo diferente” parte del supuesto de que el terapeuta no necesita saber específicamente que es lo que los clientes han hecho en relación a su problemática y un pequeño cambio espontáneo puede ser motor para las soluciones, donde incluso el terapeuta no puede predecir hacia donde se dirigirá el cliente (de Shazer, 1991).**

El terapeuta debe tener muy presente el tipo de relación que tiene con el cliente y partir de ahí para adaptar las tareas (Berg y Miller, 1992; de Shazer, 1997) la relación de **“comprador” es aquella en la que el cliente está dispuesto a tomar determinadas medidas para resolver los problemas y se percibe como un participante en la búsqueda de soluciones.** El comprador da claras muestras de que tiene disposición y quiere hacer algo en relación a su problema, en este caso es factible proponer tareas conductuales. La relación que generé con Rebeca era del tipo comprador.

SESIÓN # 2: 02 de septiembre de 2009

PRE SESIÓN: Al inicio de esta sesión la supervisora propuso entrar con la terapeuta a realizar coterapia para poder dar una definición mejor al objetivo.

RELATORIA:

Al comienzo de la sesión se le comentó a Rebeca que, como ya se le había mencionado en la forma de trabajo, hay todo un equipo de terapeutas detrás del espejo y que en esta sesión una de ellos estaría con nosotras (la supervisora Miriam). Las terapeutas iniciaron preguntándole respecto a la tarea, ella menciona que buscó acercarse a su hija Rocío contándole un poco de cómo se siente ella “*enamorada*” de su jefe y le preguntó si a ella le pasaba lo mismo con su novio, además de que la invitó a comer. La supervisora llamó “*una estrategia de magia, como prestidigitación*” y le reconoció esta manera tan admirable de mostrarle a su hija cómo es ella para compartir. Comentó que con Sandra le cuesta más trabajo acercarse pues teme que ella la rechace y dice que desde niña le ha costado más trabajo acercarse a ella. Conforme se fue avanzando en la sesión, *se llegó a la definición del objetivo como una cuestión de confianza de Rebeca hacia sus hijas y viceversa. Se le pregunta a Rebeca si esa palabra englobaría su objetivo en terapia, y ella asiente.*

A partir de éste acuerdo en el objetivo, surge una escala a la que se le denominó “*el confianzómetro*” el cual partía de “0” a “10”, tomando como “0” a la situación en que ella no tiene ninguna confianza a lo que hagan sus hijas y ellas a su vez no confían en ella para platicarle sus cosas, y el “10” como la situación en que Rebeca confía en sus hijas y ellas a su vez en ella. Ella responde que en este momento se ubica en un “6.5” y que su meta para sentirse bien es llegar al “8”, se trabajó un momento en cómo ha llegado hasta el “6.5”, *¿qué ha hecho para ubicarse en ese número?*, ella dice que contándoles cosas personales a sus hijas, compartiéndoles situaciones, y preguntándoles cómo les va a ellas. Al preguntarle *¿que necesita hacer para subir medio número en la escala?*,

ella comenta que puede enviarle mensajes por celular a Sandra sin esperar respuesta.

INTERSESIÓN: El equipo terapéutico elaboró tres mensajes: a) se le reconoce la capacidad que tiene para amar y preocuparse por los demás; b) la observación que tiene con respecto a los límites; y c) su habilidad de prestidigitadora para acercarse a su hija.

Durante el transcurso de la sesión, el objetivo fue definir mejor la meta de terapia con la cual se iba a trabajar, para lo que Lipchik (2004) menciona “los problemas... no tienen que ver necesariamente con las soluciones y de ello se deduce que no tienen necesariamente que ver con las metas”. El trabajo del terapeuta es ayudar al cliente a crear expectativas en el sentido de que las cosas van a ser diferentes además de las cosas que espera que cambien cuando el motivo de queja haya desaparecido (de Shazer, 1991). Al sugerirle una tarea a Rebeca y observar que si fue capaz de cumplirla, nos habla del nivel de cooperación e involucramiento que ella tiene en el proceso y en la relación terapéutica (de Shazer, 1989).

Desde la perspectiva de de Shazer (1997) se utiliza para la terapia todo lo que el cliente haga que sea adecuado, útil, eficaz, bueno o divertido; en esta intervención Miriam puso gran énfasis en la manera en cómo Rebeca llevó a cabo la tarea.

La intervención se inicia con una connotación positiva, la cual es denominada como *elogio* (de Shazer, 1997). Ésta estrategia reconoce que el cliente tiene recursos para controlar la desaparición o evitación del problema y hacer cosas más satisfactorias.

La escala según de Shazer (1999), se utiliza como herramienta terapéutica, para medir la percepción del cliente, para motivar, alentar y para esclarecer los objetivos y las soluciones que puedan ser importantes para cada usuario; mediante el empleo de los números se dan significados a temas no específicos. Continuando con de Shazer, son de suma importancia las preguntas posteriores al planteamiento de la escala pues generan un puente hacia el progreso de la solución del paciente, una señal de éxito.

Por su parte Cade y O’ Hanlon (1995), plantean que las escalas son determinadas en un puntaje del 0 al 10 o 0 a 100, lo importante es generar la percepción de que el número más alto indica el resultado deseado. Con ellas se permite explorar la medida en que se

crea en las posibilidades de llegar al cambio; este examen de progreso pone en el cliente una perspectiva diferente de cómo marchan las cosas.

Para Berg y Miller (1992) “hacer más de lo que funciona” es una premisa central de este modelo, basada en la idea de que no hay una manera correcta de resolver los problemas, sino simplemente repetir lo que sí funciona. De Shazer (1989) menciona que la amplificación de las excepciones dentro de la tarea es buscar aquello que sucede cuando no existe el problema.

De regreso de la intersesión se le dijo a Rebeca los elogios del equipo y se le dejó como tarea final que de aquello que le funcionó con Rocío hiciera más y que también lo hiciera con Sandra.

SESIÓN # 3: 23 de septiembre de 2009

PRE SESIÓN:

- Indagar hacia donde se movió el “confianzómetro”.
- Revisar cuál es para Rebeca el concepto de “confianza”, pudiendo ser que sus hijas tengan descripciones diferentes del concepto.
- Connotar de manera positiva el que ella hace diferentes cosas para acercarse a sus hijas y sin obligarlas, ellas responden a éstas invitaciones de acercamiento.

RELATORIA:

Pasa nuevamente la supervisora como coterapeuta. En esta sesión, Rebeca comenta que su hija Sandra ya se fue a Playa del Carmen, ya en plan de trabajo. Dice que estaba un poco preocupada pues no había podido comunicarse con ella, y fue hasta el fin de semana que pudo tener contacto con ella. Comenta que antes de irse Sandra, Rebeca le escribió una carta en la que le expresó la inmensidad de sus emociones y el gran amor que le tenía, además comentó que esa era la primera vez que le escribía algo así a Sandra. El resultado fue agradable para Rebeca, puesto que Sandra le agradeció las palabras.

Se le preguntó a Rebeca **¿cómo se sintió de darse la oportunidad de expresarse así?** y explica haberse sentido muy bien, muy contenta y segura para poder vivir. Platica que cuando Sandra era pequeña, su padre (ex pareja de Rebeca) le decía mucho que su mamá era mala madre y que no la quería; ella se entristece con este recuerdo, pero se le pregunta **¿qué de las cosas que hace ahora, hablan acerca de que es una buena madre?** , platica de los esfuerzos que ha hecho por sacar adelante a sus hijas, por darles buenos ejemplos de responsabilidad y procurarles estudios, ella dice estar muy satisfecha de lo que ha logrado con sus hijas y de estos esfuerzos que ha hecho.

Comenta sentirse contenta por la respuesta de Sandra, por permitirle saber lo que piensa, lo que siente y los planes que tiene. Se le preguntó cómo influía eso en el “**confianzómetro**” a lo que Rebeca responde “**eso me lleva a un 8**”. Se le preguntó **¿qué cosas está haciendo ahora que está aquí en el ocho?** y dice que seguir escribiéndole y hablándole de que la quiere.

Sin embargo comenta que con Rocío las cosas no son tan abiertas pues ella es más reservada. Entre ellas hay más fricciones y si Rebeca se equivoca, Rocío la regaña. Platica que su hija Rocío no se acerca mucho a ella. Rebeca comenta que Rocío debería de platicarle más de qué planes tiene, lo que necesita, qué le gusta, qué siente, qué piensa.

En ese momento el equipo se comunica mediante interfono y pide preguntar **¿Rocío y Sandra confían en usted, cómo es eso?** ella contesta que sí confían pues les ha demostrado esa confianza con todo lo que ha hecho, que confían en su cariño. Se le pregunta si **¿ellas tendrán sus propios conceptos de confianza y de acercamiento hacia su mamá?**, se queda pensativa un momento y dice que sí, **¿qué señales hay de que existe confianza?**, que están con ella, que le comunican sus decisiones, que en el caso de Rocío siguió su consejo de seguir estudiando, le habla de lo que hace. Menciona que al verlo desde ese punto, se da cuenta que sí le tienen confianza.

En este momento, Rebeca menciona estar muy contenta y sentirse plena, con ganas de hacer muchas cosas para ella.

INTERSESIÓN: el equipo vuelve a elaborar mensajes donde mencionan mostrarse muy sorprendidos de lo que ella ha logrado hacia sus hijas: a) le mencionan que al abrirse ella misma en pensamientos, ideas, planes, emociones y compartirlo con sus hijas, logró que ellas lo hicieran también, como un dar y recibir; b) hay distintas maneras de dar amor, y cuando ella cambia su definición de confianza, la confianza existe; c) muy sorprendidos de que ella pueda ver las cosas desde una perspectiva distinta; y d) es viable que ella se de un espacio para ella misma, pues para sus hijas puede ser un ejemplo de vivir con alegría y plenitud.

Dentro de los elogios el terapeuta reconoce las experiencias que ha atravesado el cliente y la manera en como enfrenta su situación. El equipo le hace una serie de alabanzas (de Shazer, 1989). La finalidad es preparar al cliente a tener una apertura aceptable a la sugerencia o tarea terapéutica. El elogio es un modo de realizar un feedback y destacar las tendencias que se refieren a que el cliente está haciendo algo positivo y que además **promueve soluciones, como señalar que el cliente hace algo para resolver su problema (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1993).**

Rebeca está muy contenta al final de la sesión y comenta que en días próximos será su cumpleaños y pide a las terapeutas le puedan dar un abrazo, pero también se lo pide al equipo que está del otro lado del espejo.

SESIÓN #4: 7 de octubre de 2009

PLAN DE SESIÓN:

- Revisar cómo Rebeca le ha dado continuidad a los cambios que ha ido manifestando, ampliar estos cambios y preguntar si se ha alcanzado el

objetivo de la sesión, de ser así, encaminar la sesión hacia el cierre del proceso.

RELATORIA:

En esta sesión no entró la supervisora como coterapeuta. Se inició preguntándole que **¿qué tal había pasado su cumpleaños, cómo lo había festejado?**, contesta que bien, que había hecho un festejo en su oficina pero solo asistieron las compañeras que la aprecian, que sintió mucha hostilidad por parte de otras. A partir de ese momento ella empezó a narrar otra cosa que la aqueja, la situación que vive en relación a sus compañeras de trabajo. Se le preguntó **¿si esto le confirma en quienes puede confiar en el trabajo?**, comenta que sí, que esto le hace saber quiénes son sus verdaderas compañeras **¿era de esperarse esta respuesta en ellas?**, ella dice que sí, pues sabe las actitudes que tienen hacia ella y que no le sorprendió su reacción, **¿qué otras cosas le ayudan a no darle tanta importancia a la falta de aprecio de estas personas?**, comentó que para que ese ambiente hostil no le afecte tiene que ignorarlos, quedarse callada, no hacerles caso. **¿cómo le ha hecho para lidiar con este ambiente durante 26 años?** ella dice que dedicándose a su trabajo. Rebeca daba respuestas en las que claramente estaba la excepción pues comenta “quiero dejarlo en ellas pero tampoco quiero dejarme”.

Se regresó a la idea original de dar cierre al proceso inicial, por lo que se le comentó a Rebeca que sería importante cerrar la fase anterior antes de iniciar un nuevo objetivo. Ella comenta que al parecer ya todo se había acomodado en su lugar y estaba estable, pues Sandra le manda mensajes por celular o a veces le llama. Siguiendo esta línea y retomando la escala del “confianzómetro” se le pregunta **¿qué ha hecho para llegar a ese 8 y mantenerse ahí?** Comenta que la escala no se ha movido pero que se siente satisfecha, que aún hay pequeños conflictos pero que esos siempre van a estar ahí, y que además eso tiene que ver con sus distintas maneras de ser en diferentes momentos. Rebeca comenta que ahora se da más tiempo para analizar las cosas y lo que considera que no está bien

lo retoma y lo comenta con sus hijas, siente que ahora están más unidas por la confianza y además eso la hace sentirse apoyada. En ese momento se le planteó una pregunta dentro de la escala que abarcara la posibilidad de una recaída, así que se le dijo **¿cómo haría para subir el confianzómetro si observa que de repente baja?**. Ella respondió que volvería a hablar con sus hijas y buscaría el acercamiento con ellas, y lograr sentirse satisfechas con lo que hay. En este momento se le plantea si el objetivo ha sido alcanzado y ella comenta que sí, que lo de su trabajo es una queja aparte. Se da el cierre del proceso.

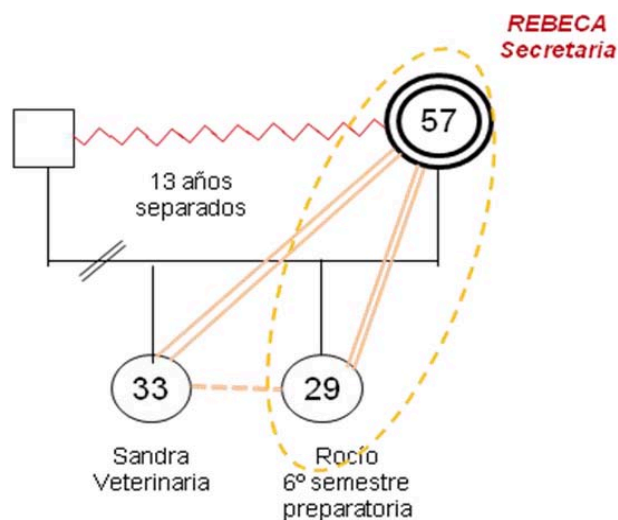
En la presesión tanto el equipo terapéutico como yo, observamos la posibilidad de dar cierre al proceso pues parecía que ya estaban generadas las condiciones y que Rebeca había logrado su objetivo, sin embargo, al empezar a hacer preguntas referentes a la situación de trabajo de Rebeca abrí nuevamente un espacio para dar cabida a otro objetivo a trabajar. Aunque me incliné a la búsqueda de excepciones a esta sensación de malestar de Rebeca ella no quitó el dedo del renglón en pensar que esta situación le era muy complicada y desagradable.

Decidí en este momento hacer la intersesión puesto que sabía que estaba abriendo nuevamente un tema de sesión y que aún no había cerrado el otro, por lo que quise apoyarme en el equipo para saber por qué línea continuar.

La sesión estaba encaminada a consolidar los cambios, y dar un cierre de proceso, a partir de las preguntas pertinentes (Espinoza, en Eguiluz, 2004), sin embargo la paciente tocó un nuevo objetivo al que habría que poner atención y de ser necesario hacer un nuevo contrato con un objetivo resoluble, alcanzable y concreto para poder ser **identificado cuando se alcance (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1993)**.

Cuando el cliente empieza a hablar en términos de lo que ya logró en relación a la problemática con que inició en proceso, es importante plantear preguntas dirigidas a la consolidación de los cambios (Espinoza, S. en Eguiluz, 2004).

4. GENOGRAMA FINAL (después del proceso)



REFLEXIONES FINALES

Durante este proceso terapéutico, Rebeca encontró las herramientas adecuadas para tener una mejor comunicación con sus hijas, permitiéndoles a cada una tomar decisiones de manera libre, sin que eso implicara un conflicto por no estar de acuerdo. Rebeca entendió que la confianza tiene múltiples aristas y que no necesariamente debe de ser como ella lo decida, lo que le permitió confiar en sus hijas y a su vez mirar cómo sus hijas si confían en ella. El proceso colaboró en apoyar a Rebeca para lograr atravesar una etapa de desprendimiento de sus hijas no dolorosa, pues las decisiones que van tomando cada una de ellas implican tener cada vez más lejanía de su madre en la búsqueda de sus propios proyectos de vida. En este sentido, Rebeca empieza a desligarse de la atadura en que tenía a sus hijas y voltea a poner más atención en sus propios espacios de relación, particularmente en el trabajo.

¿Qué fue pasando durante el proceso?

En éste segundo análisis creo que Rebeca estaba muy distanciada de sus hijas y totalmente avocada al trabajo, priorizando otras relaciones como la que ella percibía con su jefe. La noticia de intento de suicidio de Sandra la hizo voltear a ver a su familia, sus hijas, y su reacción fue tenderse totalmente a ellas, intentando estrechar una distancia. En ese momento para Rebeca la solución fue querer tener una confianza inmediata de sus hijas hacia ella, suponiendo que ella debía estar enterada y al pendiente de todo cuanto sucediera a sus hijas y que éstas a su vez, le platicaran todos sus planes. Al observar que no le era posible tener esta comunicación, Rebeca empezó a sentirse angustiada. La preocupación incrementó al saber que Sandra se iría a vivir a Playa del Carmen.

Considero que la paciente se vio inmersa en el dilema de suponer que ella estaría bien *“dejándolas actuar como ellas quieran, sin ser una mamá castrante”*, pero a la vez pensando que para generar confianza entre ellas, sus hijas debían de contarle todo y compartir aspectos de su vida personal tal y como Rebeca lo pedía.

Desde la tarea prescrita en la primera sesión, Rebeca empezó a hacer diferencias en la relación con sus hijas, particularmente con Rocío, al tomar la iniciativa de compartir temas de su vida personal, e invitarla sin forzarla a platicarle algo recíproco. Posteriormente, la diferencia generada hacia Sandra fue iniciar un modo distinto de comunicación, puesto que en vez de hablar de manera presencial, empezó a comunicarse mediante escritos, ya sea en cartas o en mensajes de celular, la respuesta de Sandra es devolverle muestras de afecto en el mismo sentido.

Pienso que Rebeca empezó a redefinir sus marcos de relación con sus hijas, dado que la relación entre las tres se rigidizaba al suponer que para estar bien debían de contarse todo, y ella en su papel de madre debía de estar al tanto de los pormenores de las hijas. En este sentido, haber atravesado por un proceso

terapéutico, y haber sido parte de un nuevo sistema (el terapéutico), le permitió introducir nueva información en su sistema familiar y modificar sus interacciones.

Cibernética de 2º orden

Como terapeuta creo que las técnicas del Modelo Centrado en Soluciones resultan muy útiles para acelerar los procesos de cambio con los pacientes. Por lo que consideré importante tener la supervisión directa en mi formación, pues de esta manera afianzaría mejor el modelo. De ahí mi interés por ser supervisada en cámara de Gesell por un equipo terapéutico, con todo y las reservas que implica el ser observada.

Me fue muy enriquecedor ser supervisada, puesto que perfeccioné aquellos instrumentos que solo había adquirido en la teoría; por ejemplo, en la primer sesión intenté acelerar los cambios e inmediatamente extraer excepciones, sin siquiera tener un objetivo claro para el proceso. En ese momento, los señalamientos de la supervisora y del equipo terapéutico me hicieron caer en cuenta de que era necesario que realizara ciertos ajustes al momento de aplicar el modelo. Para mí fue satisfactorio observar la fluidez con la que pude ajustar la retroalimentación del equipo y mis habilidades al momento de hacer terapia.

En cuanto a mi participación dentro de un sistema terapéutico, creo que me fue sencillo presentarme con una postura de respeto y colaboración hacia la paciente y el proceso mismo; aunque en un principio mi postura como terapeuta estaba más apegada a la teoría y los libros, la retroalimentación me hizo caer en cuenta que no estaba escuchando del todo a la paciente, por lo que rectifiqué la dirección de las entrevistas para acompañarme más a su ritmo a la vez que manejaba el modelo a supervisar.

Al final de este proceso me sentí doblemente satisfecha, primero por haber participado en un proceso terapéutico que llegó a un buen fin, y segundo por haber refinado mis recursos como terapeuta en el modelo de soluciones.

3.1.2.2. Reporte del caso V. C. con Modelo de Terapia Breve del MRI

Terapeuta: Edmí Penélope Exzacarías Esquivel

Supervisora: Erika Trujillo

Modelo: Terapia Breve de la Escuela de Palo Alto, MRI

Modo de supervisión: Supervisión narrada

Fecha inicio: 29 de mayo de 2009

Fecha término: 2 de octubre de 2009

Número de sesiones: 7

PACIENTE IDENTIFICADO:

Victoria Carreta²², de 36 años, Contadora

INTEGRANTES DE LA FAMILIA:

Hijo: Alejandro, 3 años.

MOTIVO DE CONSULTA: Victoria comenta que la semana anterior tuvo una discusión muy fuerte con Alberto el padre de su hijo. La discusión se salió de control y él le dio una bofetada, ella le respondió también con golpes. Alejandro su hijo estaba ahí presente y al ver lo que sucedía salió espantado en busca de su tía Pily, quien es hermana de Verónica y vive en el mismo edificio, un piso arriba de su departamento. Pily llegó a calmar la situación.

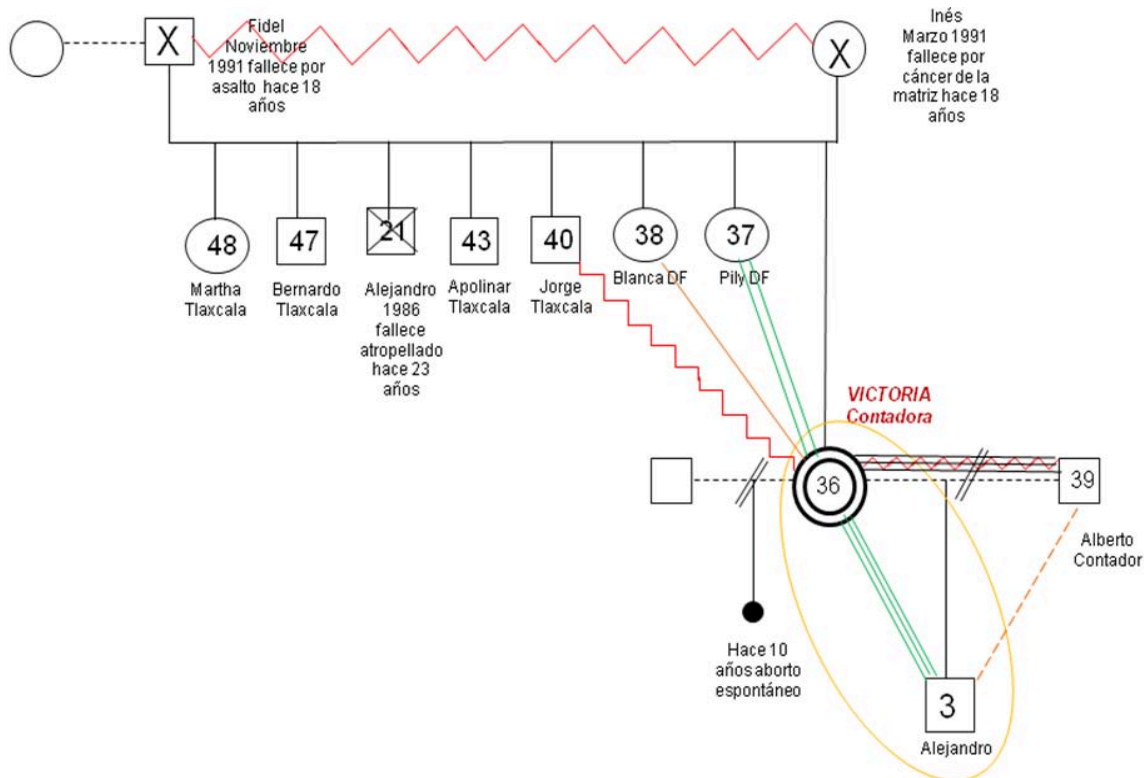
A partir de esta discusión, a Victoria le preocupa mucho que esta escena afecte el desarrollo emocional de Alejandro, por lo que le interesa proteger a su hijo para que no le afecte el haber visto constantes peleas y el momento en que Alberto le da una bofetada.

Tomando en cuenta estas circunstancias, Victoria solicita consulta para poder entender porqué consintió que su expareja Alberto se aprovechara de ella en lo económico y lo sentimental, y además haberse dejado golpear. Con la terapia, Victoria espera poder “*salir adelante*” con su hijo, sin la presencia de Alberto, pues ha pensado terminar definitivamente con él pero no lo logra.

OBJETIVO: Victoria comenta que quisiera poder ser capaz de reconocerse así misma como una mujer capaz y ser consciente de los logros que ha obtenido por ella misma. Para ella la manera más evidente de esta aceptación sería poder vivir sola con su hijo sin tener que depender de Alberto, ni estar esperanzada a que él vuelva con ellos.

²² Por motivos de confidencialidad los nombres de los pacientes han sido modificados.

1. GENOGRAMA INICIAL (al inicio del proceso)



Etapas del ciclo vital de la familia: Etapa de la crianza de los hijos, lo cual implica un espacio físico y emocional, y una reestructuración del contrato de pareja. Es necesario establecer un nuevo anclaje emocional con la pareja y el hijo, situación que no sucedía en la relación de pareja de Victoria.

Tipología de familia: hasta antes de la discusión, Victoria y su pareja integraban una familia acordeón, ya que Alberto tenía constantes idas y vueltas en la familia y la pareja debido a las peleas entre ambos. Al darse la discusión, Victoria decide no aceptar otra vez a Alberto, por lo que se transforma en familia uniparental.

Objetivo terapéuticos:

- Consensuar un objetivo resoluble que incluya el motivo de consulta.
- En relación al problema presentado, averiguar los intentos de solución.

DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

SESIÓN #1: 29 de mayo de 2009

PRESESIÓN:

- Indagar descripción del problema.
- Identificar pauta del problema ¿quién, cómo, cuando, dónde?.
- Averiguar intentos de solución al problema.
- Generar un objetivo terapéutico.

RELATORIA:

Durante la primera sesión Victoria comenta cómo fue la relación con Alberto. Ella dice que duraron cuatro años de relación formal, al conocerse fueron amigos durante tres meses y sucedió el embarazo, lo cual la puso muy contenta a ella; sin embargo dice que Alberto no se preocupó por estar con ella y discutían continuamente. Cada vez que peleaban él se desaparecía por un rato. Tuvieron un intento de vivir juntos durante el primer mes de embarazo pero las peleas eran constantes, así que él se salió de casa. En el transcurso del embarazo se comunicaban sólo por teléfono, pero ya en la parte final se encontraron, discutieron y eso llevó a que el parto se adelantara una semana.

En el hospital ella no pudo ver a su bebé durante los primeros tres días, lo cual la angustió mucho y de ahí en adelante ella le empezó a guardar un rencor muy fuerte a Alberto puesto que lo culpó de haber provocado esa situación. Después del nacimiento de su hijo Alejandro, las cosas continuaron igual con el ir y venir de Alberto. En estas visitas Alberto le pedía dinero a Victoria o cosas prestadas como el carro de ella, a lo que ella accedía. Victoria dice que ella ha solventado siempre todos los gastos y que Alberto nunca le ha dado dinero para la manutención de su hijo.

Ella también se ha dado cuenta que él ha estado saliendo con otras mujeres, pero aún así continúa la relación pues sostiene que él es el padre de su hijo.

Hasta este momento Victoria comenta que la solución que llevó a cabo fue poner una demanda a Alberto por haberla golpeado y a su vez le ha impedido totalmente ver a su hijo.

También comenta que ella ya ha estado dos veces anteriores en procesos terapéuticos, durante la carrera ella asistió con un psiquiatra para trabajar la pérdida de sus padres y hace diez años para trabajar la pérdida de un anterior bebé. Cabe resaltar que en esta primera sesión Victoria llegó como una mujer muy triste, encorvada, sin poner atención en su arreglo personal, desaliñada vistiendo colores oscuros y ropa amplia. Sus gestos son muy desganados y su mirada continuamente es hacia abajo.

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

Victoria llega a terapia como una mujer desmotivada por la forma en cómo ha llevado su vida, se siente como una mujer con baja estima y el tener a una pareja como Alberto, la hace mirarse por encima de alguien, reteniéndolo a partir de lo económico, lo que le permite ubicarse y mostrarse muy enérgica y de carácter fuerte. Esta situación de identidad le ha impedido terminar la relación con él, pues sin Alberto ella se percibe como una mujer sola, desvalida e ineficaz.

Durante la primera sesión, se indagó sobre el motivo de consulta, qué la trajo a sesión, la dinámica del problema mismo y conocer la postura de la cliente.

En esta entrevista el objetivo primordial del terapeuta, consiste en recoger información acerca del síntoma, cómo se ha afrontado el problema, objetivos mínimos para el cliente, su actitud y lenguaje. Dentro de ésta información se busca tener la dinámica conductual del problema lo más clara posible, sin abstracciones.

No se concede mucha importancia a la historia del problema, sin embargo, si el cliente

insiste en sumergirse en el pasado, ante tal situación, lo mejor que puede hacer el terapeuta es escuchar pacientemente y esperar para conseguir una información clara y presente del problema (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

SESIÓN # 2: 5 de junio de 2009

PRESESIÓN:

- Concretar de manera más específica y conductual el objetivo de terapia.
- Buscar que la cliente defina sus prioridades para la terapia.
- Señalar los recursos y fortalezas observados en Victoria, en diversos ámbitos de su vida y en relación al problema.

RELATORIA

En esta sesión Victoria platica acerca de su dinámica de trabajo, donde lleva dos años. Platica que se lleva muy bien con su jefe, dueño de la empresa, pues la ha apoyado mucho; incluso cuando hizo la demanda a Alberto, él le dijo que no se preocupara por las faltas, que tomara los días necesarios para asistir a audiencias o juzgado, etc.

La empresa donde trabaja se dedica a la distribución de bebidas energéticas y ella realiza la contabilización de dicha empresa, lo cual la hace sentir muy a gusto pues Lic. en Contabilidad fue la carrera que estudió en el Politécnico. Hay una jefa inmediata, con la cual no tiene una buena relación, pues según Victoria, la jefa constantemente le hace la vida imposible. Con sus compañeros de trabajo se lleva muy bien puesto que ella los apoya en todo lo que le piden, desde enseñándoles lo que ellos no saben, ayudándolos a sacar el trabajo que se acumula, hasta quedándose horas extra.

Platica un poco acerca de su familia de origen, la relación que tenía con sus hermanos y con sus papas. Ellos vivían en Tlaxcala, y su papá tenía un negocio de comida en el DF, el Sr. se ausentaba toda la semana para atender su restaurante y

llegaba con ellos sólo el fin de semana. Platica que sus papás eran buenos padres, pero a su papá lo recuerda como un hombre muy autoritario y frío con sus hermanos, con ella no, con ella sólo era distante. recuerda que su papá era también muy agresivo con su mamá, incluso la golpeaba y su mamá no hacía nada al respecto. A su mamá la recuerda como una madre cariñosa con ella y sus hermanos, todo lo contrario a su papá.

Habla acerca de los fallecimientos en su familia y cuenta que cuando ella tenía 12 años, su hermano Alejandro es atropellado y fallece, él tenía 21 años. Posteriormente cuando ella tenía 17, su madre muere de cancer en la matriz en marzo de 1991 y en noviembre de ese mismo año, su padre fallece en un asalto.

En lo referente a Alberto, dice que ellos llevaban ya ocho meses de distanciamiento, pero que ella fue quien se comunicó con él por teléfono para reclamarle lo del nacimiento de su hijo pues continúa con ese rencor y al volverse a hacerse presente él, es cuando se da la discusión. Platica que él siempre la insultó por su aspecto corporal, pues ella es un poco robusta, y además también le echaba **en cara el que ella fuera de carácter independiente, a lo que ella decía “acéptame como soy”**.

Victoria comenta que quisiera poder ser capaz de reconocerse así misma como una mujer capaz y ser consciente de los logros que ha obtenido por ella misma. Para ella la manera más evidente de esta aceptación sería poder vivir sola con su hijo sin tener que depender de Alejandro, ni estar esperanzada a que él vuelva con ellos; dedicarse sólo a su hijo y sacarlo adelante con sus propios medios, tanto en lo económico haciéndose cargo de su manutención, como en lo emocional, educándolo y protegiéndolo.

En esta sesión se le preguntó a Victoria **¿si es realmente necesario para ella seguir en una relación de pareja donde no se siente satisfecha?**, a lo que ella contesta que no, que no tiene ningún sentido mantener una relación así.

En la sesión ***se le reconoció a Verónica el que fuera una mujer con fortalezas y decidida, con muchos recursos ya que ha tenido logros que no alcanza a observar, como el ser una mujer independiente y capaz de mantenerse ella sola y a su hijo.*** Se le comenta también que el denunciar a Alberto sin importarle que eso lo alejara más de ella y de su hijo habla de su fortaleza en la toma de decisiones, pues otras mujeres pasan por alto las situaciones de agresión que viven en pareja pero que ella fue capaz de poner un alto incluso de manera legal, recurriendo a instancias que la apoyan de una manera más firme. Además de poner un alto total a la agresividad de Alberto.

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

Dentro de su historia de vida, Victoria tiene la creencia de que una familia debe estar siempre compuesta por los padres e hijos, a pesar del tipo de relación que haya entre sus integrantes, esta creencia la lleva a retener a toda costa a Alberto aunque sean constantes peleas entre ellos, sin embargo, Alberto mantiene la relación con ella porque que obtiene beneficios materiales y ha optado por no distanciarse del todo, sólo ir sorteando las discusiones, lo cual refuerza la idea de Victoria de tener una pareja estable y no permitirse ella misma alejarse de él.

En esta sesión, Victoria vuelve a remitirse a su pasado para poder darle sentido a su situación actual con su ex pareja, aún así ella plantea de manera más precisa el objetivo a lograr en terapia.

El escuchar otros contextos de la vida de Victoria, su historia familiar y el cómo ha sido la historia con Alberto, permite ir conociendo la postura del cliente, pues nos da un panorama de sus valores, creencias y prioridades (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Conocer la postura del cliente, permite determinar las directrices adecuadas para encuadrar una sugerencia, de modo que el cliente acepte colaborar de manera natural.

El escuchar el origen de las creencias de la paciente, permite **reestructurar** sus propios comportamientos, y darles un marco distinto de significados (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999).

SESIÓN # 3: 19 de junio de 2009

PRESESIÓN:

- Explorar las creencias de Victoria sobre lo que es una familia.
- Explorar que tanto reconoce ella sus fortalezas.
- Redefinir la relación con Alberto

RELATORIA

En esta sesión Victoria comenta que se ha puesto a pensar en la relación que lleva con Alberto y ha decidido que no le permitirá ver a su hijo a menos que cumpla con requisitos legales como darle su apellido, hacerse cargo de la paternidad y de su manutención. Ella dice que ya no quiere estar con él y no quiere repetir ese “*error de su vida*”, y espera que con este proceso terapéutico logre no engancharse otra vez de él.

Platicó que a los 25 años tuvo una pareja de quien se embarazó. Ella decidió no decirle nada, pero si esperaba con gusto y emoción a su bebé. Pero a los tres meses se complicó su embarazo y tuvo un aborto espontaneo, por lo que le practicaron un legrado. Esta situación la hizo ponerse muy triste pues además de que habia perdido a su bebé, pensó que su familia la apoyaría, sin embargo dice que sus hermanos no estuvieron al pendiente y se avergonzaban de ella. En el hospital estuvo sola en recuperación.

Esta situación la hizo desear en gran medida tener un hijo. A los treinta años ella estaba preocupada porque creía que biológicamente estaba pasando su etapa de poder ser madre y al conocer a Alberto, a los 32 años se embaraza. Él le pidió que se casaran pero ella dice que al ir conociéndolo rechazó su petición.

Victoria dice que cuando en su familia supieron que estaba embarazada, tuvieron diferentes reacciones: Pily, con quien se lleva mejor, la apoyó; Blanca se

mostró indignada; Martha la cuestionó mucho; sus hermanos le dieron apoyo moral.

Finalmente expone que por momentos se siente con miedo de sacar ella sola adelante a su hijo, pero al escuchar que alguien más la ve como una mujer independiente y capaz de tener logros, le da ánimos para salir adelante.

Se le preguntó ***¿cómo concebía ella la formación de una familia, quienes debían de integrarla y si el hecho de ser ella sola con un hijo ya la convertía en una familia?***. Victoria comenta que sí percibe como una familia junto con su hijo. Se le preguntó que si ***¿existía la posibilidad de que sus hermanos si la apoyaran pero a sus posibilidades, incluso superando ellos sus propios temores de verla en riesgo?***, ella respondió que no lo había observado de esa manera, pero eso la hizo pensar en buscar momentos en los que la han apoyado sus hermanos, pero también en los que ha hecho las cosas ella sola y salen bien.

Se le pidió una tarea: hacer algo que a ella le indique que sale adelante de sus temores, buscando momentos en los que estando sola con su hijo esté a gusto y tranquila. La tarea se prescribió de manera indirecta para que ella pudiera diseñarla. Durante esta sesión Victoria comentó que le gustaría tomar las sesiones en lunes para así empezar bien y con ánimos la semana.

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

Para Victoria, es necesario aparecer frente a sus hermanos como una mujer capaz de conformar una familia, para evitar ser cuestionada por éstos, por lo que retiene a toda costa a Alberto, pero al observar que él no es capaz de responsabilizarse de ella y su hijo, ella tiene que mostrar una actitud de mujer fuerte que puede salir adelante sola, lo cual automáticamente expulsa a Alberto.

El sólo hecho de la entrevista con el terapeuta implica que el paciente no ha logrado afrontar su problema de manera adecuada, por lo que posee determinadas ideas y creencias respecto a la naturaleza de su problema y de la posible causa, además de algunas teorías acerca de cómo resolverlo (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Si el terapeuta ignora estas posturas, corre el riesgo de prescribir una estrategia que provoque resistencia.

Es importante escuchar la exacta formulación de las frases de los pacientes, dado que es en esta especificación donde encontraremos sus posturas, sin ir más allá de los significados subyacentes. (*op. cit.*)

Al final de esta sesión se indicó una prescripción (aunque no fue tan específica en su diseño) dado que la paciente se muestra colaboradora y sin resistencias al cambio (Nardone y Watzlawick, 1992).

SESIÓN # 4: 3 de julio de 2009

PRESESIÓN:

- Revisar tarea a realizar junto con su hijo

RELATORIA

Victoria comenta que respecto a la tarea, se dio a la misión de salir a pasear ella sola con su hijo, visitaron a su hermana Blanca, se fueron en su carro, algo que no habían hecho juntos y solos, pues normalmente en los paseos no utilizaba el carro y siempre salía junto con su hermana Pily. Comenta que se dio cuenta que el salir sola con su hijo la hace sentir fortaleza al saber que tiene que estar al pendiente y protegerlo, la hace sentirse segura. De ese paseo regresaron noche y aunque estaba manejando en un lugar desconocido, pudo darse seguridad y transitar tranquila.

Platica que Alberto nunca ha estado dispuesto a comprometerse y para ella es muy importante que como padre de su hijo de muestras de cariño hacia él.

En esta sesión platica un poco acerca de su historia con parejas. Comenta que las parejas que ha tenido siempre la terminan porque le dicen que no es como las demás mujeres pues no se muestra vulnerable y los hace sentir que no necesita de ellos. No les demuestra sus sentimientos. En esta sesión se le pregunta ***¿cómo crees que te hayan visto esas parejas?*** La pregunta la hace reflexionar acerca de cómo ha sido ella como pareja, cómo considera ella que la ven quienes se interesan en ella. Observa que siempre se ha presentado como una mujer fuerte y así es como cree que la observaron las parejas.

También habla acerca que de joven era muy delgada y gustaba mucho del deporte, pero ahora que es robusta se siente mal con ella misma y le angustia su peso.

En esta sesión ***se le pidió como tarea*** mirarse frente al espejo todos los días antes de dormir, teniendo en mente la idea que han tenido de ella las parejas, incluyendo a Alberto, es decir, la idea de que ***“no es como las demás mujeres pues no se muestra vulnerable y que se presenta como una mujer fuerte”***.

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

Victoria espera que Alberto ocupe el rol de figura paterna y dé muestras de cariño a su hijo para poder seguir con él, sacrificando su relación de pareja, arguyendo ser una mujer de carácter fuerte, sin embargo, esa creencia implica que ella continúe las discusiones con Alberto por no ser tomada en cuenta como pareja.

La relación con su hijo puede ser reestructurada como un recurso de fortaleza, puesto que la tarea de buscar momentos en los que estaba tranquila la llevó a observar sus propias capacidades como madre y como persona.

Durante el proceso de la terapia, se ha buscado evitar en todo momento los términos lingüísticos negativos, para evitar culpabilizarlo y/o producir reacciones de rigidez y rechazo. En vez de criticar y negar la situación de un paciente, resulta mucho más eficaz

escuchar y gratificar a la persona (Nardone y Watzlawick, 1992). Este punto resultó particularmente relevante en el tema último que habla Victoria, ya que cada vez que menciona su sobrepeso, la gente la crítica y tiende a darle consejos acerca de cómo bajar de peso.

De ahí surge la indicación en la tarea final, retomando su cooperación a las tareas, se prescribió de manera indirecta hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito; este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica de desplazamiento del síntoma, ya que se atrae la atención del cliente hacia alguna cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado (*op. cit.*).

SESIÓN # 5: 8 de agosto de 2009

PLAN DE SESIÓN:

- Indagar la ausencia de Victoria por un mes
- Revisión de la tarea
- Revisar los avances del proceso

RELATORIA

Victoria platica que su ausencia se debió a que tuvo un accidente automovilístico, el cual no fue de gravedad pero resultó lesionada del cuello. En el trabajo le dieron incapacidad por 18 días y eso le permitió estar en casa más tiempo con su hijo; salieron juntos continuamente, como ir de compras y al parque, eso los mantuvo contentos. En días de trabajo el niño está en una guardería y por las tardes lo cuida Pily mientras ella sale del trabajo.

Durante esta pausa que realizó en el trabajo, surgió en su familia el tema de que sus padres les habían dejado como herencia un terreno a cada hermano, pero además existe una propiedad intestada, la cual deben de regular para poder disponer de ella. Ha estado pensando en la importancia de definir la situación legal de dicha propiedad y llegar a un acuerdo con sus hermanos, pues su hermano Jorge

ha estado planeando de manera ventajosa que hará con el terreno y eso la tiene molesta. Se le pregunta ***¿has pensado cómo intervenir en el asunto de la propiedad?*** Dice que ella está dispuesta a pelear lo que le corresponde aunque eso signifique distanciarse de su hermano.

En este tiempo de incapacidad ella estuvo pensando en la posibilidad de regresarse a vivir a Tlaxcala y allá montar un negocio similar a la empresa en la que trabaja (ella llegó a la Ciudad de México con su familia a los 4 años, se regresaron dos años después, cuando ella tenía 6, vivió allá en Tlaxcala hasta los 17 y ella decidió volver sola a la Ciudad, donde ha permanecido hasta la fecha). Ella planea irse a vivir en enero del año siguiente (2010). Mientras tanto, está en busca de un trabajo en Tlaxcala, para hacer su cambio de casa con algo ya seguro.

También comenta que al término de su incapacidad regreso al trabajo y no le fue difícil ponerse al corriente de sus actividades pendientes, ya que ella misma observó que regresó con una nueva actitud, dado que delimitó las actividades que le corresponde hacer sin entrometerse en las actividades de los demás. Esta actitud molestó a sus compañeros pues lo que hacía antes era resolverles los problemas de trabajo y ponerlos en una situación cómoda, pero ella dice que esa molestia la tiene sin cuidado, que ella se siente bien con ese cambio.

Comenta sí haber llevado a cabo la tarea en la primera semana, pero a causa del accidente la suspendió.

Se le pidió la tarea de escribir una carta para ella misma, es decir, de Victoria a Victoria, donde ella pudiera anotar como consideraba que se comportaba en sus relaciones de pareja y cómo creía que la veían los demás, particularmente Alberto. Un escrito en el que Victoria de hoy reconoce todos los logros que ha hecho Victoria en el pasado.

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

Si Victoria resignifica la relación con su familia extensa y nuclear, dejará de estar encasillada en la creencia de que toda la familia debe permanecer unida entre padres e hijos, o entre hermanos pase lo que pase, lo cual tendrá incluso un efecto en sus relaciones de trabajo, donde no necesitará hacer lo que los demás quieren para que la acepten.

Aunque Victoria no le dio continuidad a la tarea, se observa que ella misma ha ido modificando su propia percepción, pues en esta sesión se observa más segura de sí misma a pesar de haber atravesado por un evento difícil como un accidente.

Otro punto relevante encontrado en esta sesión fue el relacionado a sus nuevos proyectos de vida, haciendo a un lado la idea de tener que permanecer junto a una pareja para poder salir adelante y planear a futuro.

La tarea a realizar se prescribe con la finalidad de que ella misma confirme los logros que ha tenido en el pasado y haga evidentes los actuales.

SESIÓN # 6: 21 de agosto de 2009

PLAN DE SESIÓN:

- Revisar tarea
- Si Victoria continua planteando nuevos cambios, plantearle la posibilidad de finalizar el proceso de terapia.

RELATORIA

Victoria llega con una carta redactada por ella, en la que reconoce lo valiente que ha sido en salirse de una relación destructiva, en salir adelante por ella misma y hacerse cargo de su hijo sin necesitar a Alberto. Comenta que el haber escrito la hizo reflexionar y sacar muchas cosas que había pasado del lado.

Sale el tema relacionado con el terreno que está intestado, dice que ya ha hablado con sus hermanos al respecto y al parecer su hermano Jorge no está

dispuesto a cederles lo que les corresponde, ella sabe que se viene una pelea fuerte con él pero está dispuesta a afrontarla. Ha hablado con su hermano Apolinar, quien vive allá en Tlaxcala y le pidió de favor le permitiera vivir con él mientras construye su casa en el terreno que ya es suyo.

Sigue con la firme idea de poner un negocio de distribución de bebidas energéticas, como en el que trabaja ahora, se ha dado a la tarea de investigar permisos, costos de locales, costos de materiales de construcción, y también ha estado investigando ya la posible escuela donde estudiará Alejandro. Y se dice a sí misma *“hay que buscar las oportunidades”*.

Comenta que se ha dado cuenta que se siente más contenta, que ya no amanece desganada de hacer cosas, e incluso ella ha observado que sus gestos son distintos, que sus facciones han cambiado pues antes tenía cara de enojada.

En esta sesión ***¿se le preguntó si consideraba que ya debería de terminar el proceso?*** y ella comenta que lo pensará, pero que le gustaría que la siguiente sesión fuera más espaciada puesto que cree que ya no necesita que sean tan frecuentes. Como mensaje final se le dice que cada vez da cuenta de ser una mujer capaz, además el empezar a ver nuevos proyectos es un indicio de que ella ha dejado atrás un pasado del cual posiblemente aprendió y le dejó experiencias que ahora en el presente puede aplicar y tenerlas como herramientas de vida, y que ***es importante que en este lapso de tiempo, hasta la siguiente sesión, vuelva a actuar y comportarse como cuando llegó a terapia, que volviera a hacerse la idea de necesitar de Alberto, y que se sintiera cómo una mujer frágil y sola.***

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

La seguridad que siente ahora Victoria, la lleva a ir haciendo cambios cada vez más abarcadores, desde su relación con Alberto, en su auto percepción como mujer, hasta en su desempeño el trabajo; y ahora está convencida de querer hacer

cambios más grandes, como el cambio de casa y de trabajo, e ir cimentando nuevos proyectos. Es inevitable que estos cambios generen otros cambios que a su vez la motivan en los que ya está realizando.

En esta sesión, los cambios llevados a cabo por Victoria se pueden describir como **cambios del tipo 2**, en los que las personas no sólo hacen un cambio en relación al problema con el que llegaron a terapia, sino que el cambio es llevado a reestructurar sus creencias y significados (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

El mensaje final fue una prescripción de la recaída.

SESIÓN # 7: 2 de octubre de 2009

PLAN DE SESIÓN:

- Reafirmar logros.
- Plantear la conclusión del tratamiento, puesto que pareciera haberse alcanzado el objetivo.

RELATORIA

Victoria comenta que ha estado muy ocupada en planear su próximo negocio, ya ha estado invitando a gente de su confianza para colaborar con ella. Entre esas personas está su cuñado, esposo de Pily y una de sus mejores amigas de la carrera, Blanca.

Tampoco ha quitado el dedo del renglón en lo que respecta al terreno intestado y está con la firme idea de pelear lo que le corresponde a ella y abogar por sus hermanos, para que se distribuya equitativamente y Jorge no se adjudique todo.

Al preguntársele **¿cómo realizó la tarea de sentirse sola y frágil?** ella comenta que ya no le es necesaria la presencia de Alberto ni la imagen de un

padre para su hijo, puesto que ella misma puede educarlo y enseñarle los valores de una buena familia.

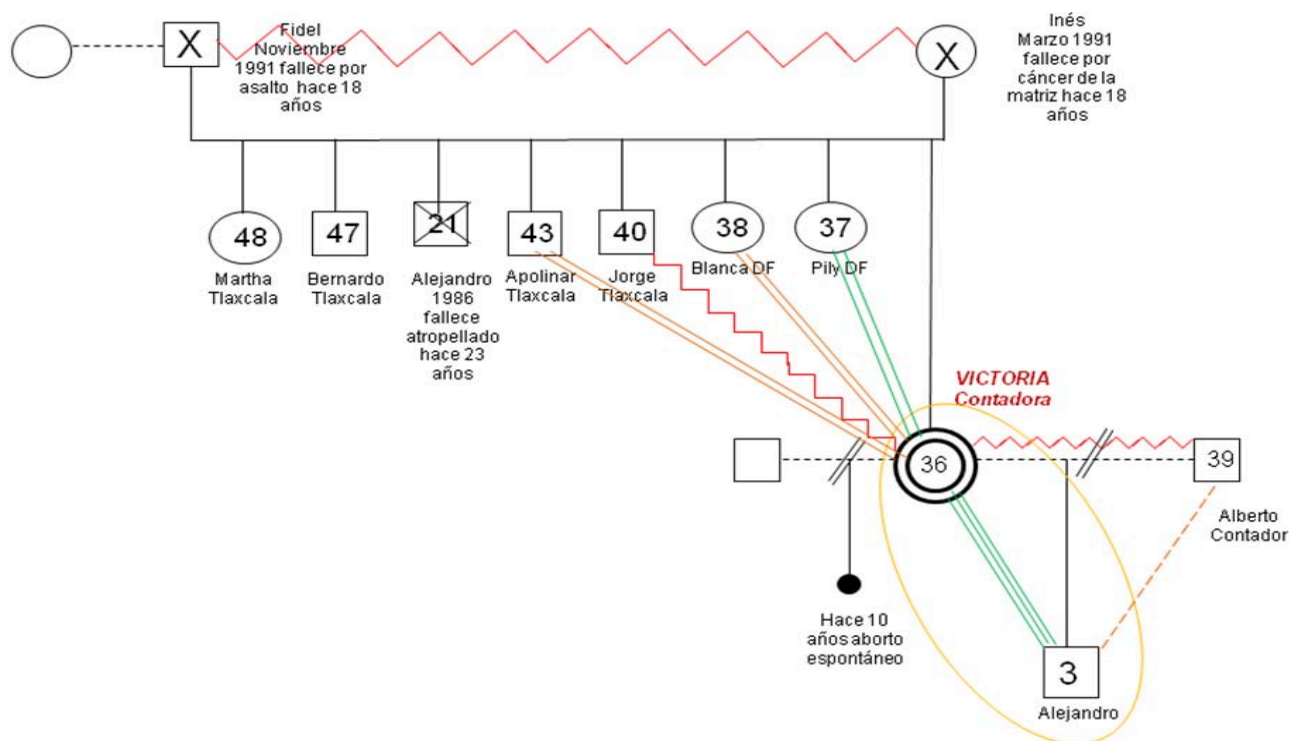
Victoria comenta que se ha dado cuenta de que ha logrado alcanzar su objetivo en la terapia, pues ahora se siente más firme, más estable y más segura al tomar decisiones; ella considera que si es posible dar por concluido el proceso terapéutico.

Se sondeó ***¿quienes se han dado cuenta de sus cambios y en que lo han notado?***, dice que particularmente su hermana Blanca es quien le ha comentado que se ve diferente, se ve más alegre y que incluso sus facciones han cambiado; también se le preguntó ***¿qué fue lo que más le sirvió de las sesiones?*** y comenta que el sentirse escuchada y además el que se le haya hecho observar situaciones desde otros ángulos.

Se observa que el aspecto de Victoria ha cambiado, se viste de colores alegres y sonríe más.

Anteriormente ya se había hecho un recuento de los avances en la terapia y de los logros y cambios que Victoria había obtenido, como poder estar sola con su hijo, no necesitar llamar a Alberto y hacer nuevos proyectos para una casa nueva y un nuevo trabajo; por lo que la sesión anterior se le prescribió una recaída, con la finalidad de poder afianzar dichos cambios. Victoria efectivamente pudo afianzar los cambios y se mostró segura de éstos y de que no iba a regresar al problema con el que llegó a terapia. Con esta respuesta ella dio paso para que en esta sesión se llevara a cabo el cierre del proceso, confirmando que la terapia concluyó con éxito.

5. GENOGRAMA FINAL (después del proceso)



REFLEXIONES FINALES

Aunque Victoria estaba citada para el 18 de septiembre y se presentó hasta el 2 de octubre, llega a terapia convencida de muchos logros y cambios, lista para tener un cierre de proceso. Ella ha reorganizado su vida actual, planteándose nuevos proyectos, sin hacer a un lado su historia familiar y de pareja, puesto que le ha dado una reestructuración a sus significados, en esta resignificación, ella incluye el papel de mujer, hija, hermana y madre, y ha retomado su historia como base de los recursos y fortalezas con los que sale adelante.

Se le menciona que durante este proceso ella ha rescatado y adquirido herramientas que la harán continuar adelante con los planes que se proponga, incluyendo el de ser madre soltera, mujer profesionalista, etc.; por lo que en este espacio se considera que la terapia llega a una buena conclusión.

¿Qué fue pasando durante el proceso?

Considero que en este proceso, la representación de mundo que Victoria tenía, estaba anclada en los patrones de su familia extensa, y estos no eran suficientes para su mundo actual e interacciones. Entre estas pautas se encontraba el que las mujeres deben de ser madres y el deber de permanecer al lado del padre de su hijo aunque haya nula relación de pareja, o incluso al grado de llegar a la violencia.

Victoria empezó desde tiempo atrás a distinguirse de esos patrones familiares, ya que empezó a vivir sola, cursó una profesión y ahora tenía un trabajo que la dejaba satisfecha y con el cual podía valerse por sí misma. Sin embargo, ella parecía darle más peso al hecho de ser madre y formar una familia, supuesto que confirmaban sus hermanos, lo cual implicaba mantener a su lado a Alberto a pesar de la problemática relación de pareja. Es así como se enreda en darle continuidad a una serie de creencias familiares e intentar retener a toda costa al padre de su hijo y pareja, o confirmar sus logros como mujer fuerte e independiente que lo demostraba cuando desvalorizaba a Alberto o cuando se jactaba de menospreciarlo (actitud que había tomado también con otros hombres). Ambas ideas la tenían en confusión de cual camino tomar y cuando se da el momento violento entre ella y Alberto, dejando como resultado la separación definitiva por parte de ella, las premisas con las que se había movido se quedan en el aire puesto que la presencia de Alberto las sostenía.

A partir del proceso terapéutico Victoria empieza a abrirse nuevas alternativas a su actual condición de vida y la que le resulta más adecuada después del proceso terapéutico es la de aceptar ser madre soltera y vivir sola con su hijo, sin descuidar sus redes familiares. Además de reconfigurar sus propios marcos acerca de su identidad como mujer, madre, hermana, pareja, etc.

Cibernética de 2º orden

Haber llevado a buen término a este proceso me dejó muy satisfecha ya que fue otra oportunidad de hacer uso de mis instrumentos afianzados como terapeuta. Atinadamente, el trabajo en esta sede permitía la libre elección del modelo con el que se trabajaría en los procesos terapéuticos, además al no trabajar en cámara de Gesell, se aminoraba el peso de ser observada directamente por otros terapeutas. En este tenor, el modelo de Terapia Breve de Palo Alto, conocido como MRI, me resultó útil para abordar el proceso de terapia, aunque no dejo del lado que también me permití hacer uso de otras herramientas que en su momento consideré que serían benéficas a la paciente, como la escritura. Considero que con la elaboración de la carta la paciente pudo colocarse en otro punto de vista acerca de ella misma, retroalimentándose desde los recursos que ahora miraba en ella, como una dialéctica con ella misma en el tiempo.

Empero, en este momento que retomo el análisis del proceso, creo que hubo cierto punto en el que me perdí en el discurso de ella, en donde Alberto (en un tono menor las parejas anteriores) era representado como un hombre agresivo e indiferente que sólo pretendía abusar de ella. Pienso que dejé del lado la posibilidad de mirar las conductas complementarias y la pauta en la que ambos participaban y como se conectaban. Incluso, este nuevo vistazo me mueve a generar otra hipótesis, como suponer que ella misma (Victoria) se menospreciaba como mujer, por lo que al tener a un hombre a su lado la orillaba a tener que remontarlo en actitudes de superioridad y en el caso de Alberto quien sí se engancha con esta condición de ella, le devuelve el embate, lo cual provoca que ella aumente su propia desvalorización como mujer y por lo tanto doblegue sus agresiones. De esta manera, ambos se encontraron en una escalada de violencia verbal, que culmina con la violencia física, donde ella sí es capaz de detener la pauta.

Creo que el generar esta nueva hipótesis también tiene que ver con la forma en cómo he ampliado mis propios marcos de referencia en el modelo sistémico.

Situándome en este recién hecho análisis, creo que pude haber enriquecido aún más el proceso terapéutico, pero me quedo segura de que la manera en cómo lo abordé en ese momento, también promovió un proceso de cambio en la paciente.

3.2. Análisis de los casos desde la influencia de Milton H. Erickson

Los casos presentados se hallan dentro de los modelos de terapia breve, en los que el objetivo a trabajar en sesión es más específico y más dirigido al cambio, lo que implica que con un menor número de sesiones, el tratamiento resulta eficaz. Cada estrategia e intervención dentro de los modelos de Terapia de Soluciones y Terapia Breve del MRI están dotadas de ciertas características que las vuelven precisas y producen efectos en el aquí y el ahora, apartándolas de métodos prolongados que alargan el tratamiento. Como ambos modelos están basados en el trabajo de Erickson, aunque el terapeuta se encuentre ante problemáticas similares entre un cliente y otro, es importante retomar los recursos o estrategias del paciente presente para poder diseñar e implementar determinada técnica.

Esta agilidad y precisión en las intervenciones tiene su origen en el trabajo de Erickson, quien consideraba que los síntomas, las creencias rígidas y las conductas compulsivas entre otros elementos, son elementos que deben de ser tomados en cuenta y ser utilizados como parte de la solución; lo cual nos lleva a suponer que la terapia debe ser ajustada a cada caso en particular además de que cada cliente tiene su propia idiosincrasia de la realidad, por lo tanto, en su estructura psíquica la capacidad de solución (Zeig, 1980). Es por ello que según Erickson, el terapeuta deberá de utilizar como objetivo terapéutico los recursos y las soluciones de los pacientes, aceptar todo lo que ofrecen y aprovechar de manera positiva lo que tienen o hacen (Espinosa en Eguiluz, 2004).

Bajo este esquema, el análisis desde el modelo Ericksoniano resulta ser muy similar en ambos casos, pues los dos modelos de terapias breves tienen cimentadas sus premisas en Erickson, por lo que en cada caso me daré a la tarea de analizar de

manera diversa sus técnicas, sin embargo, en ambos casos se hallarán similitudes en las técnicas utilizadas.

Caso Rebeca

Erickson pensaba que los resultados efectivos de la terapia derivaban de las actividades del paciente y que el terapeuta simplemente estimulaba al paciente hacia la actividad, incluso sin siquiera saber qué actividad pueda ser (Pacheco, 1999 en Espinoza, 2004). En el caso de Rebeca, ella es quien define por objetivo la confianza y comunicación con sus hijas, y con las preguntas del terapeuta se fue guiando a la paciente a plantear cómo sería esa comunicación y confianza, además de definir qué postura y actitudes debería de llevar a cabo ella para que se lograra su expectativa.

Zeig (en Espinoza, 2004), comenta que el eje del trabajo de Erickson se guiaba hacia el punto en que una vez producido el cambio, por muy pequeño que sea, puede haber una bola de nieve en una dirección muy positiva; Rebeca empezó a comunicarse con sus hijas hablando de ella misma, lo cual la hizo compartir parte de sus experiencias con ellas, a lo cual recibió también la atención de sus hijas y se fue creando un clima de comunicación de madre a hijas y viceversa.

Otra clara intervención terapéutica Ericksoniana, es en relación a la orientación temporal de la terapia, pues si bien está ubicada en el presente, se dirige al futuro; el proceso abordado con Rebeca, siempre estuvo mirando los cambios a futuro, no se abordó ni el origen ni la descripción de los problemas, siempre se guió a un cambio y bienestar en el futuro, haciendo hincapié en qué tenía que hacer ella en el presente para estar mejor en el mañana. Erickson no se orientaba al problema, si no hacia la solución (O' Hanlon, 1989).

Como Erickson no tenía ninguna teoría acerca del funcionamiento normal o anormal de la personalidad, su terapia era pragmática, siempre orientada a metas, metas específicas, alcanzables y susceptibles de ser evaluadas tanto por el cliente

como por el terapeuta. Se buscó que la meta planteada por Rebeca fuera observable y medible conductualmente, así se llegó a la comunicación y confianza con sus hijas, hablándoles de ella y escuchando lo que ellas y hasta donde ellas quisieran contarle.

Dado que Erickson suponía que la terapia debería de ser pronta en alcanzar los objetivos, cuando la paciente observa alcanzar la meta y se percata que logró su objetivo de terapia, la terapia se da por finalizada.

Caso Victoria

En el caso de Victoria ella manifestaba querer cambiar su visión de no aceptar vivir sola con su hijo, por lo que le resultaba problemático querer retener a Alberto y haberle permitido muchas agresiones; Erickson consideraba que los problemas en las personas posiblemente surgían por razones funcionales, pero después de cierto tiempo dejan de cumplir esa función y persisten por que las personas quedan pautadas en esas dinámicas, es decir, continúan funcionando con esas conductas e ideas dentro de sus relaciones aunque el contexto problemático e incluso la funcionalidad de la conducta haya desaparecido (Erickson en **O' Hanlon**, 1993).

En éste proceso terapéutico, fue más evidente la prescripción de tareas, ya fuera directas o indirectas, en las que Victoria tenía que llevar a cabo actividades entre sesión y sesión. Las indirectas como tener salidas con su hijo, adaptándolo a sus tiempos y posibilidades, hasta las directas, como el mirarse al espejo o el redactar una carta. Erickson asignaba tareas o formulaba sugerencias que se limitaban a aflojar las rigideces de las personas, de manera que ellas mismas descubrieran otros modo de pensar y de comportarse, capaces de eliminar el síntoma. Las sugerencias o instrucciones que él daba, permitían al paciente encontrar sus propios significados y modos de resolver sus problemas (**O' Hanlon**, 1993). En este sentido, el que Victoria haya llevado a cabo las tareas, la llevó a

experimentar nuevos contextos tanto en sus relaciones con los demás, como en sus maneras de pensar y sentir.

A diferencia del proceso terapéutico de Rebeca, con Modelo de Soluciones, donde no se abordó la descripción del problema ni la relatoría del pasado, en el proceso de Victoria, abordado con Terapia Breve del MRI, sí se tocaron varios temas relacionados a su pasado y a su propia historia de vida, como la relación con sus hermanos y padres, sus relaciones de pareja y la relación con Alberto padre de su hijo. Erickson no consideraba necesario hacer una *arqueología psicológica*, pues pensaba que el pasado no puede cambiarse, sólo podía ser susceptible de cambio la interpretación y el modo que se tiene de verlo, lo importante es trabajar en el presente y orientar al paciente al futuro, *“...en el mejor de los casos, los modos de ver y las interpretaciones del pasado tienen importancia sólo cuando embrutecen a una persona en una rigidez”* (Erickson en O’ Hanlon 1993, pág. 24). Con este sustento, resulta importante señalar que Victoria pudo darle significados distintos a sus recuerdos, con lo que se tendió un puente de bienestar en el presente y visualizar un futuro con más recursos.

En relación a la construcción de hipótesis, Erickson pensaba que los preconceptos acerca de los pacientes estorbaban al terapeuta, de modo que buscaba no tener hipótesis generales acerca de los problemas, puesto que cada persona es un individuo, formulaba hipótesis específicas para cada cliente; en todo caso, él optaba por utilizar una postura de flexibilidad, en la que el criterio para evaluar las hipótesis aplicaría como *“más útil/menos útil” en vez de “verdadero/falso”* (Bandler y Grinder , 1975 en O’ Hanlon 1993). En cada sesión con Victoria, se trabajó con hipótesis que englobara la utilidad del síntoma, como el querer formar una familia, la relación con su propia familia extensa, su relación de pareja y la autopercepción de independencia en sus roles de vida.

Zeig (1989) menciona que una de las herramientas clave en el trabajo de Erickson era la *utilización*, lo cual implica aceptar todo aquello que traiga el

paciente a sesión, por lo que el terapeuta nunca deberá de despreciar, condenar o rechazar alguna parte de la conducta del paciente, ni hacer juicios de valor, así que en cada proceso terapéutico, las pacientes fueron escuchadas y fue validada su historia y explicación a sus quejas.

O' Hanlon (1993) también menciona que Erickson hacia uso de una orientación hacia la utilización, es decir, valiéndose de las creencias, conductas, exigencias y características rígidas de los pacientes, para incluirlos en la terapia como facilitadores del cambio y del logro de la meta terapéutica. En los procesos, las pacientes llegaron contando cada una la perspectiva en torno a su problema, desde sus propias creencias, lo que permitió ir teniendo una comprensión de su visión de mundo e ir integrando esta visión a la terapia a favor de los cambios. Claros ejemplos de esta premisa son: en el caso de Rebeca, validar sus creencias permitió conocer cómo es que ella quería acercarse a sus hijas y hacerles saber que ellas podían confiar en ella como madre, y saber cómo este acercamiento le permitiría seguir junto a ellas de una manera más amable y amorosa; en el caso de Victoria, aceptar y validar su historia familiar, permitió conocer el concepto que ella tenía de cómo conformar su propia familia, y cómo actuar en el papel de madre soltera. Los procesos terapéuticos giraron en torno a las ideas de cada una y estas mismas ideas fueron cimientos para cumplir sus objetivos en terapia. Betty Erickson (1988) menciona que es importante ingresar al mundo y los comportamientos del cliente para luego basar en ellos el cambio.

Es importante señalar cómo se manejó la postura del terapeuta desde la mirada de Erickson, en primer lugar la *flexibilidad* se aplicó en cómo por parte del terapeuta hubo un cambio en la conducta, comunicación y en las palabras utilizadas hacia las pacientes, para lo cual fue necesario hacer uso de una observación minuciosa y la escucha atenta hacia ellas, su lenguaje, sus movimientos, su tono de voz, sus gestos; esta apropiación de la comunicación de las pacientes, permitió generar un buen rapport creando un clima de confianza, empatía y comprensión mutua.

Desde el inicio de las sesiones, con las dos pacientes se buscó aplicar la técnica de **reencuadre**, la cual funcionó para darle un nuevo significado al síntoma con el que se presentaron en terapia. Rebeca estaba inmersa en la angustia de pensar en que no hablaba con sus hijas, la mayor había tenido intento de suicidio y eso era a causa de que no le confiaba sus problemas y con la menor no sabía nada de lo que hacía ahora de su vida; el reencuadre se le planteó como **“la capacidad que tiene ella para amarse y amar a los demás”**, y lejos de ser una frase de aliento y motivación, la finalidad fue que ella se sintiera menos angustiada y en vez de preocupación hacia sus hijas y lo tradujera como amor. En cuanto a Victoria, ella sentía que el estar sin una pareja, sin el papá de su hijo la convertía en una mujer sola, desvalida e ineficaz; el reencuadre se planteó como **“una mujer independiente, capaz y autosuficiente preparada para conformar una familia de dos”**, y se hizo énfasis en que esta condición de estar sola, la hace tener muchos más logros y nuevos planes.

En ambos casos, las pacientes se presentaron con ideas muy rígidas de cómo deberían de ser las cosas a su alrededor, cómo deberían de pensar los demás y actuar hacia ellas; cuando estos esquemas rígidos son interrumpidos, las personas se mueven a niveles de funcionamiento más efectivos (Zeig, 1980; O’ Hanlon, 1993). En el caso de Rebeca, ella tenía una idea de cómo sus hijas deberían de dirigirse hacia ella, cómo debía de ser esa confianza que esperaba recibir y suponía que sus hijas debían de contarle todo lo que les pasaba para poder sentir que í tenían una buena comunicación. Victoria suponía que debería de vivir con el papá de su hijo para poder decir que tenía una familia, también suponía que ella debía de soportar cualquier actitud indiferente o agresiva de Alberto con tal de que vivieran juntos y ella no se sintiera como una mujer sola.

Finalmente, Erickson creía firmemente que una vez producido un pequeño cambio, en la **dirección que fuera, era generador de un efecto “bola de nieve”** hacia una dirección positiva (Zeig, 1980), razón que cimienta el que la terapia sea breve, y

con el cambio mínimo de las pacientes hacia el objetivo, seguramente se generarán cambios más grandes, incluso aún después de terminado el proceso.

¿Por qué es importante pensar la terapia como Erickson?

Considero que entender la terapia como la abordaba Erickson permite conectarse con cada caso desde su unicidad, dándole un lugar importante a la persona y su particular situación, sin enjuiciarla como “*normal-anormal*”, o “*sano-enfermo*”. Esta visión desde un inicio reconoce que el paciente es un ser individual que cuenta con los recursos necesarios para salir adelante de su problema, lo único que necesita es de alguien que pueda crear un clima que favorezca este cambio.

De ahí que también me parece importante que con esta perspectiva el terapeuta está activo dentro del proceso, pues es necesario que esté pendiente de los lenguajes del paciente, sus modalidades sensoriales y sus contenidos verbales para diseñar estrategias que impulsen a éste a la mejoría; por ende, el terapeuta también tiene que movilizar sus recursos y acoplarlos al proceso de terapia. De ahí la relevancia de la no generalización en los casos, ya que con cada paciente el terapeuta también funcionará de modo distinto. Creo que este es un dato que observó el equipo Bateson y que demuestra el principio de retroalimentación, que los llevó a colocar a Erickson en un lugar importante de la aplicación de la cibernética a la psicoterapia.

Me parece relevante que el terapeuta tenga la posibilidad de mantenerse tan activo en esta postura, ya que al colaborar y agilizar los procesos de cambio, además de suscitar el bienestar en el paciente, también se propaga un dejo de satisfacción en el terapeuta mismo, en su labor como profesional. Aunque como lo mencionaba párrafos atrás, el terapeuta no cambia a nadie, las personas se cambian a sí mismas, es uno quien crea la atmósfera y circunstancias dentro de las cuales las personas puedan responder y cambiar.

¿Qué de mí me hizo interesarme en el estilo de Erickson?

Durante la licenciatura, cuando inicié mi aprendizaje en el área clínica, mi primer contacto con algún modelo terapéutico fue con el modo de trabajo de Milton Erickson, y desde ese momento inicié mi formación dentro de los enfoques sistémicos. Afortunadamente conté con las guías adecuadas para introducirme en el oficio de hacer terapia desde el modelo ericksoniano y pude aprender las intervenciones y técnicas que él manejaba en sus terapias; desde su postura como terapeuta frente al paciente, hasta el modo de inducir al trance y hacer trabajo clínico con hipnosis.

En el transcurso del tiempo he tratado de darle seguimiento a ese aprendizaje y sobre todo, con la aplicación al momento de hacer terapia. A lo largo de mi quehacer como terapeuta, me he dado cuenta que los principios ericksonianos me son herramientas ya inherentes, como el mirar al paciente sin generalizar, no juzgarlo, ser flexible, ser curiosa y sensible, involucrarme en la terapia desde el rapport digital y analógico, y sobre todo, mirando al paciente como poseedor de recursos, donde mi colaboración será útil para ayudarlo a movillarlos.

Considero que tengo cierta facilidad para la aplicación de las premisas ericksonianas en la terapia, ya que algunas de ellas las he incluido como parte de mí dentro de las relaciones con otras personas en la cotidianidad.

3.3 Análisis del sistema terapéutico total

Durante el proceso de formación en la maestría, se provee a los alumnos herramientas clínicas tanto a nivel teórico como práctico, y en todo momento se van emparejando dichos aprendizajes. Es menester mencionar que en lo que respecta al aprendizaje en la práctica, se procuró en la mayoría de las veces (si es que la instalaciones de la sede de entrenamiento están acondicionadas para tal caso) contar con un equipo de supervisión, integrado por coetáneos de la residencia y por un profesor de la maestría.

El sistema terapéutico total es una red compleja, ya que por un lado se encuentra el sistema terapéutico conformado por la familia y el terapeuta, por otro el equipo de terapeutas en formación observando del otro lado del espejo junto con el supervisor, y el sistema más amplio que conforman ambos conjuntos. En estos tres sistemas en constante movimiento e interacción es donde se genera la información al servicio del cambio y aprendizaje (Linares y Ortega, 2008).

En primera instancia, el paciente y/o familia y terapeuta, constituyen una sociedad con una meta compartida, la cual consiste en librar de síntomas a quien es portador, reducir el conflicto y la tensión y aprender nuevos modos de superar dificultades; en esta lógica, entran en coparticipación dos sistemas sociales para un propósito específico y un plazo determinado, formando un sistema terapéutico (Minuchin y Fishman, 1984). La familia participa con su demanda y sus múltiples interacciones, el terapeuta participa en éste sistema con el cuerpo de conocimientos teóricos que posee y con la experiencia con familias, sistemas y procesos de cambio, a su vez, el integrarse al sistema terapéutico, implica que estará también sujeto a las demandas de éste.

El terapeuta debe de aprender el empleo de técnicas que le demandan diferentes niveles de participación con los pacientes, lo que implica que más que una técnica, la coparticipación del terapeuta sea una actitud. Esta participación es el pegamento que mantiene unido el sistema terapéutico (*op. cit.*). Para Minuchin y Fishman es de suma importancia el empleo que hace el terapeuta de sí mismo, como un poderoso instrumento para promover cambios en los procesos de terapia. Esta fue una de las direcciones que tomó la práctica, el que como terapeutas fuéramos sensibles a los problemas con los que se acercan los pacientes a solicitar la terapia, y también el que fuéramos capaces de lograr ambientes de confianza y seguridad en el consultorio, que aunque influyó mucho el estilo y la personalidad del terapeuta, era evidente observar las pautas de interacción implícitas en todo el sistema terapéutico, las cuales se movían en distintos niveles de información tanto en lo analógico como en lo digital.

Para lograr estas posiciones de cercanía, intermedia o distante en el terapeuta, fue de suma importancia contar con el respaldo del equipo detrás del espejo y el supervisor: el equipo terapéutico. Aunque éste no estaba *in situ*, sí tenía una amplia participación en el análisis de lo observado del paciente/familia, los terapeutas y todo el sistema terapéutico que componían. Se daba un proceso de retroalimentación que nutrió las sesiones terapéuticas tanto para el paciente como para los terapeutas responsables del caso. Fue la posibilidad de tener un observador de los sistemas observantes (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El equipo ayudó a generar hipótesis acerca del problema o queja familiar, y además de ir recabando datos durante la sesión, observaban las interacciones entre los miembros de la familia y sus peculiares modalidades de comunicación como las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales y las eventuales redundancias que indicaban reglas secretas, y a su vez las comunicaciones de los terapeutas hacia los pacientes (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). La sesión, en algunos casos, podía ser interrumpida por los miembros del equipo de observación (Bertrando y Toffanetti, 2004) mediante el uso de interfono, ya sea para hacer alguna observación o sugerencia al terapeuta, ó enviar un mensaje al paciente. Hubo sedes donde no existía la posibilidad de trabajar dentro de cámaras de Gesell ó circuito cerrado, por lo tanto se trabajaron las modalidades de supervisión narrada; sin embargo esta peculiaridad no omitió que se conformara un sistema terapéutico tan amplio como en cámara de Gesell.

La supervisión directa o en vivo, es una forma de enseñanza en la que se genera un vínculo de aprendizaje entre el supervisor y el alumno, donde mientras se sucede el proceso terapéutico de algún cliente, se da a la par un proceso de aprendizaje y crecimiento personal del propio terapeuta en formación. Es un proceso relacional que permite al terapeuta mejorar sus destrezas, ampliar sus repertorios teóricos, de técnicas, cognitivos y emocionales, y tomar consciencia de la cualidad de sus intervenciones relacionales en un caso clínico (Linares y Ortega, 2008).

En este espacio, la presencia y el apoyo del supervisor y del equipo tras del espejo, tienen la virtud de amortiguar el sentimiento de impotencia que, ante ciertos eventos, pudiera adueñarse del terapeuta inexperto; así como el terapeuta sostiene en parte el sufrimiento de los clientes, la supervisión, particularmente el supervisor, contienen parte de la ansiedad y el temor del terapeuta aprendiz, como una presencia aseguradora; esto implica la creación de vínculos emocionales y cognitivos en la relación entre supervisor, supervisado, y los demás terapeutas en formación (*op. cit.*).

En este espacio de formación, los alumnos son llevados a expandir los propios límites y ensayar maneras diferentes para abordar las situaciones terapéuticas, poniendo a flote los recursos con los que cada terapeuta en formación cuenta. Este sistema terapéutico alcanza su fin cuando la estrategia diseñada es eficaz y facilita el cambio terapéutico de los clientes, al mismo tiempo que colabora en el proceso de aprendizaje del terapeuta “*inexperto*” (Linares y Ortega, 2008).

3.4. Habilidades de investigación.

Durante los cuatro semestres de la maestría, realizamos dos investigaciones que pudieran reportar, en los resultados, las diversas características del actuar y transformación de la familia y de los individuos en nuestra sociedad; y que a su vez nutrieran el proceso de formación como terapeutas sistémicos.

3.4.1. Investigación con metodología cuantitativa

Al inicio de la maestría y durante el segundo semestre, llevamos la materia de Medición y Evaluación I y II, cuya finalidad era diseñar un instrumento de medición, desde la generación de la pregunta de investigación, la evaluación de validez teórica del instrumento a partir del juicio, hasta la construcción misma del instrumento, su aplicación y discusión.

En esta materia vi la oportunidad de realizar una investigación en relación a los adultos mayores, ya que creo que es una población a la que se le dedica poca atención en los estudios e investigaciones y, particularmente en nuestro país, es una población que va en ascenso. Según el reciente censo del INEGI 2010 (2011), **“la estructura por edad de la población se ha transformado y hace evidente los cambios demográficos a través del tiempo. La pirámide poblacional del Censo 2010 se ensancha en el centro y se reduce en la base: la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la de adultos”**.

Coincidentemente otra compañera de la maestría tenía las mismas inquietudes y afectos hacia dicha población, así que decidimos realizar en conjunto dicha investigación y diseño del instrumento, el resultado a continuación se detalla.

Instrumento de evaluación del rol parental del adulto mayor en relación con su familia nuclear

Autoras: Edmí Penélope Exzacarías Esquivel, Mónica Reyes Cárdenas.

Asesora Dra. Dolores Mercado Corona.

Resumen: La familia en su conjunto, juega un papel decisivo en el desarrollo y crecimiento de sus integrantes, a lo largo del ciclo vital. Desde el nacimiento hasta la etapa de vejez, tiene una presencia que influye en cada uno de sus miembros y viceversa, donde todo el tiempo están en constante movimiento los roles y jerarquías al interior. Actualmente, en la Ciudad de México, la vejez que viven las personas, es una realidad ligada a su familia, que juega un papel decisivo en la vida del adulto mayor, pudiendo llegar incluso a considerar a su familia como principal fuente de satisfacción vital. Una de las características de la sociedad mexicana es la cercanía que hay entre los hijos adultos y sus familias, con sus propios padres, donde pareciera que el adulto mayor continúa ejerciendo un rol parental. Es ahí donde se inserta la presente investigación, cuyo propósito es indagar acerca de cuál es la percepción que tienen los adultos mayores sobre su rol parental en relación con la familia nuclear y cómo desempeñan este papel.

Palabras clave: Familia, ciclo vital, adulto mayor, rol parental, jerarquías, hijos, padres, estilos de crianza.

Según Maca y Puga (2007) la sociedad toma como criterio la edad de los individuos para atribuir y autorizar el desempeño de los diferentes roles a lo largo de sus vidas. Consideramos particularmente que en el caso de la gente mayor de

sesenta años, la sociedad se ha encargado de limitar, entre estos roles, el de la función parental.

Para Bandera (como se cita en Maca y Puga, 2007, p. 26) “la socialización del anciano, su tratamiento y etiquetado, dependen básicamente del ambiente familiar.” En un estudio realizado por el autor, se encontró que un amplio porcentaje de los adultos mayores a quienes se les preguntó ¿qué es lo que hace a una persona anciana? refirieron darle más peso a rasgos de imagen (como edad y falta de salud) y a las formas de actuación con respecto a sus hijos (papel de aconsejar). Esta forma de interacción con los hijos implica un papel más activo dentro de la familia, una permanencia del rol paterno/materno.

En otro estudio, realizado por Arellano (como se cita en Caritas, 2002) se plantea que el 89.3% de los ancianos de la Ciudad de México viven con su familia, ya sea cónyuge, hijos, parientes ó familia extensa; mientras que el resto, el 8.1% vive solo.

Lo anterior nos habla de que la familia tiene un papel decisivo en la vida del adulto mayor, particularmente el vínculo padre-hijo (Towsend, citado en Riesco, 1993). Algunas teorías sobre el Ciclo Vital de la familia (Barragán, 1975, McGoldrick y Carter, 1980, Estrada, 1995) consideran que el rol parental se termina cuando la función de padres ya no es indispensable a los hijos para la supervivencia.

En esta investigación nosotras consideramos que el rol parental se modifica en la tercera edad para adaptarse a la nueva relación con hijos adultos. Esto no implica su desaparición sino más bien su transformación.

Marco teórico

En este trabajo se utilizará el término adulto mayor para referirse a las personas mayores de 60 años ya que éste es el criterio que se utiliza actualmente por el INAPAM que es el instituto encargado de la atención a las personas de la tercera edad en México. Además, este límite de edad fue fijado en la Asamblea Mundial del envejecimiento celebrada en 1982 (Sarasola y Fernández, 2006), sin embargo, en la literatura se utiliza comúnmente el término *viejos* para referirse a este grupo de edad.

Fernández (2002) señala tres criterios a considerar: el primero es la edad física, al respecto menciona que el organismo humano va perdiendo eficiencia biológica en la medida que pasa el tiempo, pero alerta que no todas las personas envejecen al mismo ritmo, que el entrenamiento y cuidado del cuerpo pueden ayudar al mantenimiento de la salud y que existe una gran variabilidad en cuanto a disposición para enfermarse entre una persona y otra; el segundo criterio es la edad psicológica que resulta de un equilibrio entre estabilidad y cambio y entre crecimiento y declive, en las funciones psicológicas del individuo; el tercer criterio es la edad social, que se relaciona con las normas sociales sobre la tercera edad en temas como la educación, los roles familiares y el trabajo.

A partir de este momento, se puede presentar la vejez atendida o la vejez no atendida. En la vejez atendida, aunque la salud vaya en franco deterioro, la persona goza de afecto, cuidados y atenciones por parte de los suyos y si mantiene su lucidez puede gozar de un buen status social. La vejez no atendida se da en condiciones de pobreza, con lazos afectivos débiles y pérdida de status social.

De acuerdo a estas fases, el adulto mayor toma diferentes roles. Para Reyes (2006) en la vejez los adultos mayores pueden ser proveedores, ser jefes de familia, algunos tienen la posibilidad de ser escuchados, otros más además tienen el control de bienes y medios de producción. En la vejez atendida, a los adultos mayores se les

puede considerar su opinión aunque pocas veces se les consulte, y gozan de cuidados y atenciones de la familia. Puede ocultárseles información sobre enfermos graves y muertes de contemporáneos. En la vejez no atendida se da una muerte social, el adulto mayor parece invisible, se vuelve una carga y sufre maltratos. Se observa que la salud, la capacidad productiva y el mantenimiento de lazos afectivos importantes inciden decisivamente en los roles que toma el adulto mayor y en general en su bienestar.

El adulto mayor en México.

En México, se observa una transición demográfica que describe cómo la pirámide poblacional se está invirtiendo debido a las bajas en la tasa de natalidad y el aumento en las expectativas de vida. En estudios del INEGI (como se cita en Ham, 2003) se observa un envejecimiento progresivo de la población, pues mientras en 1900 la población mayor de 65 años era tan sólo el 2.2% del total, para el 2050 se espera que este grupo represente casi la cuarta parte de la población mexicana. Esto representa un reto social que se puede anticipar, por lo que se requiere crear estrategias para hacer frente a los costos no previstos de necesidades y atención que requiere esta población. Mientras ocurren los cambios necesarios para apoyar a los adultos mayores en México, el apoyo familiar y social sigue siendo indispensable para enfrentar estos problemas.

Orosa (2003) comenta que la vejez que viven las personas en la ciudad de México es una realidad ligada a su familia, que juega un papel decisivo en la vida del adulto mayor, pudiendo llegar incluso a considerar a su familia como principal fuente de satisfacción vital.

El adulto mayor y la familia.

Dentro de la familia se dan distintas relaciones entre sus integrantes, siendo una de las más importantes la relación entre padres e hijos. Este rol parental debe

ir modificándose conforme la familia atraviesa las distintas etapas del desarrollo vital para adaptarse a los requerimientos de cada etapa y para aprovechar los recursos de padres e hijos. Vega y Bueno (1995) señalan que los hijos van adquiriendo mayor independencia de sus padres conforme se desarrollan hasta que se independizan completamente y abandonan el hogar, lo que se conoce como nido vacío.

Pero aún cuando los hijos se han marchado del hogar, lo que no siempre ocurre, los padres siguen siendo todavía padres. Los papeles de padres de adultos jóvenes y de abuelos requieren nuevas actitudes y comportamientos y el balance de la ayuda entre padres e hijos debe cambiar a medida que los padres envejecen (Vega y Bueno, 1995).

Ciclo vital de la familia

Las familias cambian con el tiempo, a la vez que los integrantes, por lo que dichas transiciones se solapan y así continúan con la cadena familiar (Vega y Bueno, 1995). Se han realizado diferentes estudios acerca de cómo los individuos se desarrollan a lo largo de su vida en el seno de la familia, y de igual manera se ha estudiado cómo durante el paso del tiempo también se desarrolla la familia misma. Tal es el caso de los estudios realizados por Estrada (1995), Barragán (1975) y McGoldrick y Carter (1980).

De acuerdo con el estudio de Estrada (1995), la familia se puede describir como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades enlazadas entre sí. Plantea que las familias atraviesan por fases de acomodo en una transición del ciclo vital, y en la sexta fase, la de la vejez, se dan la oportunidad de experimentar una nueva relación diferente a la de padre, la que se da con los nietos. Se necesita tener la habilidad suficiente para aceptar las propias capacidades y limitaciones, además de poder cambiar el rol (posiblemente el de hijo nuevamente) y aceptar la dependencia cuando esto sea necesario.

Para Barragán (1975) el desarrollo es un proceso complejo en el que se dan una serie de cambios que conducen al crecimiento y perfeccionamiento de una estructura, y en el que intervienen variables de los tipos individual, familiar y cultural. Cuando los hijos se encuentran en etapas de adultos jóvenes, la salida de éstos y la formación de sus propias familias llevan a cambios inevitables en la relación con sus padres. Estos cambios en la relación con los hijos enfrentan a los cónyuges a una etapa siguiente, la de la vejez. Con sus características como las pérdidas de capacidades físicas o intelectuales, la soledad por la partida de los hijos, con las muertes graduales de parientes y amigos y la influencia cultural hacia la etapa de ancianidad.

Para McGoldrick y Carter (1980), la familia es la unidad básica del desarrollo emocional que comprende al menos tres generaciones, donde se da un proceso complejo que las involucra a través del tiempo. Estas tres o cuatro generaciones reciben fuertes impactos de unas a otras y deberán de irse acomodando simultáneamente a las transmisiones propias del ciclo vital. La etapa de *la familia en vida posterior*, se dan las adaptaciones hacia la jubilación o retiro, que puede poner en crisis al matrimonio que hasta ese momento había estado balanceado en diferentes esferas, la pérdida de amigos o cónyuges es lo más difícil pues es una etapa de deterioros físicos, psicológicos y sociales. Culturalmente se dan diversos problemas como el reorganizar la relación de pareja o la vida de uno solo de los cónyuges pues se tienen menos relaciones para ayudar a reemplazar las pérdidas.

Método

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del rol parental del adulto mayor en relación con la familia nuclear?

Tipo de estudio: el estudio resultó ser de diseño transeccional exploratorio, ya que se trató de una exploración inicial en un momento específico, además de que se abordó un problema de investigación poco estudiado.

Tipo de muestra: La muestra fue no probabilística ya que la elección de los sujetos dependió de las características de los objetivo de estudio; la muestra seleccionada obedeció a ciertos criterios de investigación, como el que los participantes fueran de la tercera edad, mayores de 60 años, que accedieran a contestar el instrumento y cumplieran con el criterio de inclusión de tener nietos.

En esta muestra no probabilística dirigida, se seleccionaron 136 sujetos “típicos” con la esperanza de que fueran casos representativos de una población, con una cuidadosa y controlada elección de sujetos con características específicas al planteamiento del problema.

Procedimiento: Esta investigación se realizó en 4 etapas principales:

- **Primera etapa, *Elaboración de reactivos:*** llevamos a cabo entrevistas semiabiertas con base en una guía de preguntas específicas. En estas entrevistas abarcamos 5 temas: descripción de la convivencia actual con sus hijos, modo en que ocurre esa convivencia, creencias sobre cómo debería ser la relación en esa etapa, satisfacción con la relación y expectativas de mejoría. Con los resultados obtenidos, realizamos el banco de reactivos para el instrumento final.
- **Segunda etapa, *Estudio de validación teórica:*** nos dimos a la tarea de evaluar la validez teórica del instrumento, a partir del método de jueceo con la técnica Q-sort, el cual consiste en entregarle a cada experto en la materia (en este caso 9 terapeutas familiares y una psicóloga vinculada al tema de gerontología), las tarjetas de los reactivos y las dimensiones para que consideraran a qué dimensión correspondía cada reactivo de acuerdo con las definiciones proporcionadas.
- **Tercera etapa, *Piloteo y versión final del cuestionario:*** Se hicieron 30 aplicaciones como piloteo de esta versión, y se observó que resultó demasiado larga para los encuestados, por lo que se realizó una nueva

reducción de reactivos siguiendo criterios de porcentaje de acuerdo entre los jueces (eliminación de reactivos con porcentaje de acuerdo menor a 85%) y criterios teóricos. La reducción de reactivos hizo que el instrumento quedara en su versión final con 83 reactivos.

- **Cuarta fase, *Aplicación del instrumento y análisis estadístico de los resultados*:** Aplicamos el instrumento para recabar datos sobre la percepción de su Rol Parental y la relación con sus hijos; el estudio resultó ser de corte exploratorio, por lo que la muestra fue no probabilística y sólo se aplicó una vez el instrumento a cada una de las 136 personas.

Material: El material utilizado para la aplicación del instrumento de evaluación del Rol Parental en el adulto mayor fue una hoja con instrucciones, una hoja para recabar **datos sociodemográficos**, y el “Instrumento de evaluación del Rol parental del adulto mayor”, éste se conformaba por **83 reactivos de escala de tipo Likert** con cuatro posibilidades de respuesta.

La muestra obtenida se recabó principalmente en clubes del INAPAM de las delegaciones: Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Tlalpan; y también se obtuvieron aplicaciones individuales en el municipio de Nezahualcóyotl; también de diferentes escenarios donde se congregan adultos mayores como parques, clubes de la tercera edad, casas de la cultura, iglesias, escuelas, etc.

Análisis de datos: el análisis de datos se realizó mediante distribución de frecuencias incluyendo porcentajes acumulados, analizando las categorías más relevantes al estudio.

Resultados.

En primer término, se vaciarán las características sociodemográficas de la muestra, donde los números fueron de la siguiente manera:

a) La proporción de hombres/ mujeres es cercana a 1 hombre por cada 3 mujeres. b) La media de edad fue 71.9 años con desviación estándar de 7.41. c) El estado civil de los encuestados más frecuente es el de casado, en un 36%, seguido del de viudo 35.3%. d) El 83.8% de las personas viven en casa propia. e) Tenían en promedio entre 4 y 5 hijos, siendo el rango de edad de 36 a 55 años. f) El 62.5% de los entrevistados vive con sus hijos, el 27.9% vive con nietos, y el 19.1% vive con yerno/nuera. g) Sólo el 16.9% de las personas entrevistadas viven solas. h) El modo en que obtienen el dinero para sus gastos, el 60.3% lo obtienen de la pensión, 14% de su trabajo, 11% del trabajo de su pareja y a un 15% alguien más les da dinero (siendo lo más frecuente la tarjeta del gobierno para adultos mayores). i) Su estado de salud lo califican como regular 59.6% y excelente en un 30.9% de los casos. Sólo un 8.8% reporta percibir que su estado de salud es malo y un 0.7% no sabe cómo está su salud. j) Se observa que los entrevistados sí siguen en contacto con sus hijos. El 68.3% sí ve a sus hijos diario, mientras que el 5.8% restante tiene un hijo al que ve diario aunque no vivan juntos. El 51.4% de personas tiene un hijo que no vive con ellos pero que sí los visita por lo menos una vez a la semana.

En cuanto a los resultados del instrumento, las respuestas a los reactivos que evaluaban el rol parental, se agruparon en 5 dimensiones: creencias, conducta del adulto mayor, conducta del hijo/a, expectativas y afectos. En la tabla anexada²³ se mencionaron las respuestas más relevantes para la investigación.

Discusión

El cuestionario buscó explorar cómo es la percepción del rol parental del adulto mayor. Otra investigación que puede surgir de este estudio consistiría en poder clasificar los estilos de rol parental y ver si las categorías que propone Baumrind (como se cita en Papalia et al. Feldman, 2005) y la categoría que añaden

²³ Anexo I “Tabla de respuestas a los reactivos del instrumento de evaluación del rol parental en el adultos mayor en relación con su familia nuclear”.

Maccoby y Martín (como se cita en Papalia, et al. 2005) son pertinentes a personas de este grupo de edad.

Estrada (1995) señala que en la quinta etapa de la familia, en el reencuentro, se acaban las actividades de crianza y se da una necesidad de independizarse de los hijos y los nietos y describe una sexta etapa, la vejez donde esto se ha cumplido. Sin embargo, la mayor parte de los datos encontrados sugieren que es más común que los adultos mayores mexicanos se encuentren en la quinta etapa sin desprenderse aún de los hijos.

Para McGoldrick y Carter (1980) la etapa del Lanzamiento de los hijos y continuación, es en la que pueden hacerse presentes dificultades para la transición y dejar partir a los hijos, asirse a ellos, o tener un sentimiento parental de vacío y depresión, lo que sucede particularmente a los padres que han dedicado su vida entera al cuidado de éstos. En esta fase comienza la posibilidad de dejar ir a los hijos mayores pero a la vez la aceptación de los cónyuges e hijos de éstos. Los padres no sólo deben de hacer un cambio en su propio estatus y moverse hacia la posición de abuelos y los hijos deben de tratar un tipo de relación diferente hacia sus propios padres, quienes pueden volverse dependientes.

Esta fase necesita una reestructuración de la relación familiar, ahora que las responsabilidades parentales no son requeridas. Sin embargo en la muestra entrevistada se observa que los padres siguen considerando importante su rol parental y prestando ayuda activa a sus hijos, restándole importancia a la adquisición pasiva de un rol como abuelos.

En la etapa de la familia en vida posterior, McGoldrick y Carter (1980) plantean que debido a las adaptaciones hacia la jubilación o retiro, la pérdida de amigos o cónyuges y los deterioros físicos, psicológicos y sociales, los adultos mayores no acceden a ir delegando responsabilidades o planes para su sucesión, algunos se rinden y se vuelven totalmente dependientes de la siguiente generación

y otros son disminuidos en sus capacidades por los hijos, quienes los tratan como incompetentes o completamente inútiles. En esta investigación no se encontró un sentimiento de disminución o impotencia en los padres que los hicieran estar sometidos a las decisiones de los hijos, al contrario, se consideran independientes tanto en salud como económicamente por lo que no presentan estos problemas.

Los autores McGoldrick y Carter señalan que aún cuando los miembros de la generación de adultos mayores estén poco debilitados, no hay una reversión de roles entre una generación y la siguiente ya que los padres siempre tienen muchos años de experiencia extra y permanecen como modelos de las siguientes generaciones para las fases de la vida que hay por delante.

Al realizar el instrumento, nos encontramos con la dificultad para los encuestados en el entendimiento de las instrucciones al momento de contestar, parecía complejo el tener que elegir en una escala de cuatro ítems, para ellos era más fácil contestar **si** y **no**, por lo que se dificultó la elaboración de una escala que pudiera medir de manera precisa el rol parental. No obstante, en cada pregunta los entrevistados se daban la oportunidad de hacer comentarios al respecto, y muchos de ellos confirmaban con sus comentarios el hecho que vivimos en nuestra cultura mexicana: el que los padres aún siendo adultos mayores y encontrarse en el ciclo de la familia del **nido vacío**, continúan fungiendo papeles parentales, ya sea con los nietos, proveyendo educación y cuidados, o con sus mismos hijos adultos, concediendo desde un consejo o recomendación, hasta un apoyo económico como el vivir en el mismo hogar ó correr con un apoyo en gastos. Esta dinámica familiar es muy común en nuestra sociedad, por lo que no es mal visto el que las familias de los hijos vivan con sus familias extensas.

Con la elaboración de este estudio, pudimos observar que para la mayoría de los adultos mayores, es una satisfacción poder seguir colaborando en el rol de padres con sus hijos; relacionarse con sus hijos desde ese papel, les da la visión de seguir siendo personas eficaces en una sociedad que ha optado por marginarlos

como personas. Es bien sabido que actualmente nuestra sociedad prioriza a los jóvenes y adultos jóvenes por encima de los adultos mayores, como mano de obra o con capacidades intelectuales óptimas, por lo que la gente en edades mayores a 60 años es excluida tanto de trabajos como de actividades de colaboración en la sociedad.

En esta investigación observamos de manera clara, que el que su rol de padres aún exista, los reinserta en una sociedad rígida a los estereotipos de edad. Si bien el rol parental no es el mismo que en la infancia de sus hijos, tanto hijos como padres se dan a la tarea de transformarlo sin perder la continuidad en los ciclos familiares, pues como se mencionó anteriormente, se entrelazan durante la vida emociones y necesidades que interactúan de manera continua sin importar la condición de padre o de hijo.

Como sugerencias se podría dar continuidad a este estudio con una apreciación cualitativa pues resulta interesante saber más sobre cómo se relacionan ellos como padres con sus hijos. Se podría especificar más la relación que se va a abordar, del adulto mayor pero en relación a que hijo (el mayor, el menor, el hombre, la mujer, el que vive en casa, el que vive fuera, el casado, el de unión libre, etc.) para que el instrumento se concentre en una sola relación y sea más certero en sus respuestas.

3.4.2. Investigación con metodología cualitativa

Durante la maestría llevamos la materia de Métodos de Investigación Aplicada, cuya finalidad fue diseñar un proyecto que contara con la metodología cualitativa, pero además teniendo en cuenta la posibilidad de hacer investigación desde un punto más cercano a las personas y sucesos, sin tener que transformarlos en números y estadísticas.

Con esta metodología, me atrajo la idea de realizar una investigación en relación a las dinámicas que tienen algunas familias en México, dinámicas ocultas que no son tan fáciles de percibir dado que sus integrantes o alguno de sus integrantes, se encuentran fuera de la legalidad. Me refiero a las mujeres sexoservidoras. Al referirnos a esta población, inmediatamente se asocia el estereotipo de mujer sobresexuada, y pocas veces nos detenemos a pensar en otros roles que juegan dentro de la sociedad, como el de ser madres.

En una primer parte, al diseñar el proyecto de investigación, realicé un trabajo de aproximación a la dinámica de familia de la sexoservidora, junto con mi compañero de maestría Eduardo Montes, bajo la asesoría del Dr. Ignacio Ramos. Posteriormente, de manera individual, conté con la tutoría de la Dra. Luz María Rocha, para afinar y reportar los resultados de dicha investigación.

Dinámica de la familia nuclear y rol de madre de la sexoservidora

Autora: Edmí Penélope Exzacarías Esquivel

Asesores: Dr. Ignacio Ramos, Dra. Luz María Rocha.

Resumen: En el campo de la formación como terapeutas familiares es indispensable disponer de más información acerca de la diversidad de familias que se conforman en la sociedad mexicana, y más allá de la información teórica, es importante saber de viva voz, cómo viven estas familias. En esta investigación, se abre un espacio para conocer la percepción del rol familiar como madre, proveedora y jefa de familia de una mujer dedicada al oficio del comercio sexual, y cómo los hijos asimilan la composición de su familia; que implicaciones hay para los hijos el tener una madre dedicada al sexoservicio y que tanto la madre les promueve o bloquea este ambiente.

Palabras clave: Familia, mujer, roles de género, sexoservidora, prostitución, estilos de crianza, hijos, jefa de familia, rol materno.

Introducción: Presentación al problema.

Dicha información puede aportar a los terapeutas diferentes percepciones de cómo se conforma y cómo se da una dinámica familiar en quienes se vuelven personas relegadas socialmente; el interés es generar otros puntos de vista en quienes se dedican a la atención de familias, ya que comúnmente existen

estereotipos de cómo se debe conformar una familia funcional, y muchas veces nos encontramos con ciertos prejuicios terapéuticos al toparnos con familias que no cumplen un requisito de estructura y funcionamiento convencional.

Este interés parte de la necesidad de dar validez a las familias conformadas por quienes se encuentran en situaciones vulnerables y marginadas por la sociedad, lejos de las ideas tradicionales de lo que es y cómo se debe conformar una familia.

El papel de las sexoservidoras²⁴ está aún fuertemente connotado de forma negativa, aunque con el paso del tiempo se plantea que estamos inmersos en una sociedad cada vez más tolerante y con más apertura hacia lo referente a una práctica abierta de la sexualidad, todavía nos encontramos que una mujer es estigmatizada por dedicarse a esta actividad; y lo es más cuando se trata de inferir en su ejercicio como integrante y formadora de una familia.

El propósito de esta investigación es conocer la dinámica familiar de una Sexoservidora, cómo se desempeña y se conceptualiza como madre de familia y cómo se dan sus relaciones en el seno de ésta. Identificar los recursos con los que cuenta para transmitirlos a su progenie, y qué tanto promueve o permea el que su descendencia pueda insertarse en la sociedad dentro de lo establecido como permitido y bien aceptado.

Escenario actual de la prostitución.

Según Lagarde (2005) la prostitución está definida como el comercio que hace una mujer con su cuerpo, entregándose en este acto a la lascivia y asociándose estos elementos con lo deshonroso y corrupto por mediar el dinero; se la define a

²⁴ En la presente investigación se utilizará el término “*sexoservidora y sexoservicio, prostituta y prostitución*” para hacer referencia a las mujeres dedicadas a la prostitución de manera indiferenciada. Bautista y Conde, (2006) definen al sexoservicio como un oficio, como un trabajo. El sexoservicio en su connotación más lineal sería la prestación de un servicio sexual por el cual se recibe a cambio una retribución económica.

partir de la relación mercantil que deviene del cuerpo. Desde esta visión que ha permanecido a lo largo de la historia, en la prostitución se ha considerado que al intervenir el erotismo, se vuelve deshonroso según la visión e intereses de algunos sectores. Sin embargo, esta situación no aplicaría para el hombre quien ha sido el cómplice directo en la transacción y deleite. En este sentido, la prostitución es el resultado del intercambio de un servicio sexual por otros bienes o servicios, donde se involucra una relación similar al trabajo. Las distintas formas de ejercicio, el trato del cliente, el manejo de emociones, las formas de protegerse de la violencia, el cuidado personal y la maximización de las ganancias, constituyen habilidades y prácticas que las mujeres van aprendiendo, producto de la experiencia y de la interacción con clientes, prostitutas y otros agentes (Rushing, 2005, en Musto y Trajtenberg 2011).

Para Lagarde (2005), la prostituta es la mujer social y culturalmente estructurada en torno a su cuerpo erótico, en torno a la transgresión, En un nivel ideológico simbólico no existe la maternidad. La prostituta como grupo social disocia en su cuerpo la articulación de los elementos básicos de la unidad genérica, de la condición femenina, esta circunstancia concreta la escisión de la sexualidad femenina entre erotismo y procreación, y entre erotismo y maternidad, fundamentos sociales y culturales de signo positivo del género femenino. En la dialéctica de la escisión del género femenino por su especialización en grupos excluyentes, las monjas son la expresión socio-cultural contraria a las prostitutas: su ser social está organizado en torno a un cuerpo al cual se niega la sexualidad, al prohibírseles el erotismo y en consecuencia, la maternidad. La negación de la maternidad es tanto compartido por las monjas como por las prostitutas en la representación ideológica. La prostitución es el espacio social, cultural y político de la sexualidad prohibida, explícita y sexualmente erótica, de la sexualidad estéril, de la sexualidad no fundante de futuro.

En las representaciones sociales, se tiende a supeditar el hecho de que las mujeres prostitutas pertenecen también a otros grupos de mujeres, y que los

problemas reales que enfrentan como madresposas, en la casa, con los hijos, como vecinas, son desmerecidos, innombrados. Sin embargo las prostitutas son en gran número madres, y viven la maternidad desde el mal y el pecado (*op.cit.*). La prostitución es un modo de vida total (real y simbólicamente). En la ideología, las prostitutas sólo tienen relaciones y actividades de la prostitución. Nada más falso: son madres en un número elevado, también son casadas, divorciadas, abandonadas, etc., las hay estudiantes, trabajadoras, profesionistas, sirvientas; es decir, son mujeres que a la vez forman parte de otros círculos particulares. Enfrentan con singular dificultad los problemas del embarazo, los abortos, las enfermedades venéreas, las obligaciones familiares, el trabajo, etc.

Recientes estudios realizados en la Ciudad de México (Maldonado, 2012), señalan que la prostitución tiene su origen en uno o más factores de riesgo: drogadicción, alcoholismo, niñas de la calle, delincuencia, indigencia, orfandad, pobreza extrema, el maltrato, la venta de las hijas por sus padres o el convenio que hacen los padres de familia con los personajes que manipulan estas redes de prostitución, el engaño por sus parejas, proxenetas, padrotes, lenones, tráfico de blancas, violencia intrafamiliar, sin hacer a un lado el que muchas veces se encuentran coludidas las autoridades policíacas de diversas corporaciones, que las extorsionan y agreden, obteniendo ganancias económicas e información confidencial de otros grupos de delincuencia que investigan las autoridades en la zona. Un dato relevante que arrojó la investigación de Maldonado, es que el origen de la prostitución y de otras conductas antisociales se gesta desde la infancia debido a que las personas con un desarrollo emocional deficiente o inadecuado son más vulnerables a caer en este tipo de actividades.

En esta búsqueda de las características actuales de la prostitución, Maldonado halló como factor importante el que son las madres solteras las que se prostituyen con el propósito de sacar adelante a sus hijos, además de que sus familiares no cuentan con recursos económicos para ayudarlas a sobrevivir. Muchos de los hijos de prostitutas, evidencian desórdenes de conducta en la

escuela y en la comunidad donde viven; ya que se dedican a ejercer actividades ilícitas como el robo, venta de droga y el consumo de éstas. Desafortunadamente, las prostitutas son generadoras de niños de la calle que se drogan y delinquen y que en la actualidad algunos están en la cárcel. Esto es uno de los tantos costos sociales que generan las prostitutas con esta actividad y que pesa sobre ellas, debido a que se sienten culpables de no haberlos orientado adecuadamente.

De entre los datos arrojados por la investigación realizada por Maldonado, existe uno en particular que apoya el objetivo de ésta investigación, la autora menciona que las prostitutas enfatizan su interés por mandar a sus hijos(as) a la escuela con la finalidad de que no repitan las vivencias de ellas; parece ser que esto es lo que les da fuerza para continuar en esta actividad, puesto que en muchos de los casos, ellas mantienen a la familia y a la pareja con sus vicios, además de hacerse cargo de las labores domésticas; este escenario suele ser generador de impotencia y resentimiento, pues es un papel no reconocido por la sociedad.

Ariza (2004) sostiene que las familias de las mujeres sexoservidoras pueden constituir a veces tanto el impulso que motoriza la actividad, como la causa de su continuidad. Y lejos de lo que se piensa, la mayoría de las mujeres insertadas en el trabajo sexual no son solteras, sino que tienen un compañero regular, y el ingreso que generan suele jugar un papel central en el mantenimiento del hogar. Inclusive, muchas mujeres limitan el ejercicio de la prostitución a los años en que sus hijos están pequeños, tanto para evitar una condena moral por parte de ellos, como para preservar el bienestar psicológico de los menores.

Este aspecto remite a una de las muchas aristas que encierra la prostitución como mercado laboral: los elementos morales y de estigmatización social, hecho que explica el que la mayoría de las mujeres conciben la actividad como esencialmente transitoria en sus vidas. Se trata de algo que realizan movidas por una urgencia o para alcanzar un objetivo determinado, pero no como un fin en sí

mismo; siempre con la idea de culminarla a la mayor brevedad posible (Musto y Trajtenberg, 2011).

Además del posible factor de abuso en la infancia como antecedente en las mujeres sexoservidoras, otro elemento en juego que las orilla a optar por esta actividad es el económico. Desde los años ochenta se ha ido observando en Latinoamérica un creciente deterioro económico y de las condiciones de vida y con continuos niveles de inflación a lo largo de los noventa, dejando como resultados elevadas tasas de desempleo y subempleo (Ariza, 2004), lo que para las mujeres representa la restricción del abanico de opciones laborales con que cuentan. Aunado a esto, los patrones de nupcialidad prevalecientes y los rasgos de formación familiar de la sociedad, (inestabilidad en las uniones conyugales, elevado porcentaje de jefatura femenina, etc.) determinan que una parte no despreciable de las mujeres trabajadoras lleve sobre sus espaldas la responsabilidad principal en la manutención económica de los hogares; por lo que es posible encontrar que mujeres casadas o unidas ingresen a esta opción laboral de la prostitución como parte de una estrategia para complementar el ingreso familiar.

Aunque una parte de las trabajadoras sexuales se inicia en la actividad voluntariamente, conociendo con claridad la naturaleza de las tareas que van a realizar (Kempadoo, 1996, en Ariza, 2004), la realidad es que una vez dentro de este ambiente, se dan una serie de ataduras económicas y morales que merman su capacidad de decisión. La prostitución de mujeres es un mercado montado para los hombres; en él, las mujeres reciben dinero por otorgar servicios sexuales con o para los hombres. Es en esta medida en que la prostitución femenina es una práctica cultural vinculada a la dominación masculina, el género como construcción social de la diferencia sexual.

Diversas organizaciones han hecho hincapié en plantear la vulnerabilidad de la mujer que se prostituye, no sólo por las condiciones y ambientes de riesgo, sino por la presencia de la violencia de género en la que está inmersa (Bolaños, 2006).

Durante la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la violencia de género fue definida como:

*"cualquier acto de violencia basado en el sexo que de lugar o pueda dar lugar a un perjuicio o sufrimiento físico, sexual o psicológico de las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de libertad, ya ocurran en la vida pública o en la privada"*²⁵.

Considerando dicho pronunciamiento, la prostitución es una manifestación más de la violencia de género, es otra forma de violencia que se ejecuta principalmente, sobre las mujeres y niñas, con grave riesgo para su salud y, en consecuencia, para su calidad de vida. En definitiva la práctica de la prostitución supone para las mujeres un gran riesgo para su salud física, para su salud psíquica, y su salud social, soportando además el peso de la estigmatización y el rechazo social, la marginalidad y la falta de oportunidades (Bolaños, 2006).

Limoncelli (2009 en Musto y Trajtenberg, 2011), menciona que otros aspectos extraeconómicos de este mercado de trabajo, derivan de la variable capacidad de control sobre el cuerpo y la movilidad espacial de las mujeres (sobre su autonomía), que denota situaciones de sujeción ausentes en otros contextos laborales, un espejismo del grado de libertad en el ejercicio de la prostitución. Esta libertad involucra tanto la opción por dedicarse a este tipo de trabajo (y poder abandonarlo), así como la definición de las condiciones de trabajo: cantidad de horas, tipos de actos sexuales, tipos de clientes. Pues en el otro extremo de la *“trata”* (personas coercionadas para dedicarse a la prostitución), se encuentran las que ejercen la prostitución en forma libre; aunque hay matices donde se vuelve más complejo identificar los grados de libertad existentes. Una mujer puede ejercer la

²⁵ Bolaños, A. (2006). *La prostitución desde una perspectiva de los derechos humanos*. Ponencia para la Comisión mixta Congreso-Senado. Médicos del Mundo- España. Recuperado el 3 de febrero de 2013 en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1166017160_Prostitucion_perspectivaddhh.pdf

prostitución sin coerción o amenaza de coerción, pero contar con escasa libertad para optar por una fuente alternativa de ingresos por razones externas (baja probabilidad de ser contratada) y razones internas (creencias distorsionadas acerca de sus posibilidades de desistimiento).

Como ya se mencionó anteriormente, muchas de las mujeres sexoservidoras son madres y además jefas de familia y están dedicadas a la prostitución como alternativa de solvencia económica, pero en algunos casos, intentarán buscar la protección de los hijos para evitar que crezcan en un medio hostil como en el que ellas se desenvuelven, pero en otros, la escasa relación con los hijos los orillará a mezclarse en ambientes también de riesgo. En este proceso, las prácticas de crianza llegan a ocupar un papel fundamental ya que contribuyen a inculcar valores y normas, que conducen al niño a ser considerado un adulto socialmente integrado en un futuro próximo (Grusec & Goodnow, 1994, en Mestre, Tur, Samper, Nácher, y Cortés 2005). La internalización de valores que acompaña a todo individuo en el transcurso de su desarrollo facilita que vaya absorbiendo criterios y valores, así como la cultura y el orden social, que emana de su entorno próximo-familiar y de las propias sociedades donde crece y se desarrolla. En este tenor, cabe resaltar que la familia, según Minuchin (1979), es una unidad de desarrollo social, encargada de estimular el crecimiento de sus miembros, y que, con el paso del desarrollo, se enfrenta a una serie de tareas a superar, influidas por diferentes causas biopsicosociales.

Metodología

Este estudio se llevó a cabo bajo la perspectiva metodológica cualitativa, con el apoyo de técnicas etnográficas²⁶. La obtención de información se llevó a cabo a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada. La entrevista se grabó en su totalidad y fue transcrita para ser posteriormente analizada

²⁶ Para formato de entrevista ver anexo II

La entrevista se llevó a cabo a una mujer de 42 dedicada al sexoservicio, jefa de familia y madre de cuatro hijos solteros, un hijo de 25, una hija de 21, un hijo de 16 y otro de 13. Actualmente ella vive sólo con los dos hijos menores, el hijo mayor vive solo y la hija vive en Estados Unidos en un internado. De nueve años a la fecha ella lleva una relación de pareja con un stripper que la conoció en el ambiente de trabajo, pero no es padre de ninguno de sus hijos.

Problema de investigación

Identificar la dinámica familiar de una sexoservidora, de 42 años de edad, divorciada, madre de cuatro hijos, una mujer y tres varones.

Objetivos de estudio

- Identificar las relaciones y funciones establecidas entre los miembros de su familiar nuclear.
- Identificar su percepción acerca de su oficio
- Identificar la percepción que tienen acerca de su actividad, su familia nuclear, familia extensa, amistades y otros.

Categorías de la entrevista

- *Áreas en relación al sexoservicio*
- *El rol de madre*
- *Relaciones en la familia de origen*
- *Relación de pareja*
- *Visión a futuro*

Presentación de la informante

Conocí a T. en la zona del metro San Cosme, ella es una persona de 42 años, de estatura baja, llevaba el cabello lacio de color café oscuro, corto y poco arreglado. Su maquillaje no era tan llamativo, pero sí había énfasis en la pintura de sus ojos, además de que utilizaba pupilentes de color verdoso o gris. Vestía con una gabardina negra y larga, que cubría sus piernas. Usaba minifalda, medias claras y tacones altos. Parece de una extracción económica baja.

Al solicitarle la entrevista, ella accedió de manera amable a participar, pero sugirió que fuera en otro día y a otra hora (en ese momento, alrededor de las 9 de la noche, ella se encontraba trabajando). Me proveyó su número telefónico y dos días después me puse en contacto con ella para agendar la cita. Me citó en un metro del oriente de la ciudad y al acercarme al metro y hacerle otra llamada, me sugirió que nos encontráramos en un parque cercano a dicha estación. En esa ocasión, ella iba vestida de manera muy modesta, sin maquillaje y desaliñada, sólo portaba unos leggins de color beige, un suéter color mamey que le llegaba hasta la cadera y zapatos negros bajos. No iba maquillada y su cabello estaba desarreglado.

Iniciamos la entrevista en una banca del parque, solicité su autorización para grabarla en audio y aceptó sin problema alguno.

Mencionó que hace diez años, su ocupación laboral era la de secretaria en una instancia gubernamental, en la cual llevaba ya dieciocho años (aparentemente empezó a los catorce años a trabajar), pero su hijo enfermó y tuvo que dejar dicho trabajo (para ese momento ella contaba con treinta y dos años, ya tenía a sus cuatro hijos y el hijo que enfermó fue el que ahora tiene dieciséis). Decidió dedicarse al sexoservicio por ser una actividad que se adecuaba más a la situación que estaba viviendo.

T. platicó que durante tres años estuvo casada con el padre de su primer hijo, pero al tercer año de su hijo, su esposo fue asesinado. Vuelve a casarse y engendra a su segunda hija, pero la relación con esta segunda pareja no era buena, era problemática al grado de llegar a términos legales para poder quitarle a la niña. Ella comenta que en esos pleitos, su esposo la demanda y ella es internada en la cárcel por casi dos años. Mientras ella estaba en la cárcel, su expareja se lleva a la niña a Estados Unidos. Cuando ella sale libre, se va en busca de su hija y pelea la patria potestad, allá inicia un juicio y la corte estadounidense decide sustraer la hija a ambos, por lo que es internada en un asilo para menores, lugar donde vive desde hace aproximadamente veinte años. Posteriormente, se unió a una tercera pareja, con quien engendró dos hijos más, cinco años después de tener a su hija, y recuerda que él fue una persona muy agresiva y viciosa, por lo que decide también dejarlo. A la fecha no tiene contacto con ninguno de esos dos hombres. Actualmente tiene una pareja, diez años menor que ella, con quien lleva una relación de nueve años; él trabaja como estríper. T. vive sólo con sus dos hijos menores pues el hijo mayor vive sólo aparte y la hija sigue en Estados Unidos. En cuanto a su familia de origen, la madre de T. muere cuando ella tenía veintiún años (ella ya tenía a sus dos primeros hijos, el mayor de cuatro y la hija uno), respecto a su padre, comenta que los dejó desde muy chicos, y que ella lo conoció sólo una vez cuando tenía diez años, pero jamás lo volvió a ver. No platica nada de sus hermanos, ni cuántos son ni con quién tiene relación. Sólo comenta entre líneas que uno de ellos ya falleció y que otro estuvo metido en alcoholismo y drogas, pero dice que actualmente cada quién de los hermanos anda por su lado.

Ante las preguntas de la entrevista, ella se mostró segura de lo que respondía y hacía pausas al reflexionar sus respuestas. También se mostró amable y no incomodada ante las preguntas, demostrando confianza al hablar. Su lenguaje era escaso, denotando un nivel académico bajo, utilizaba palabras de manera incorrecta, fonéticamente hablando, y muletillas como “*pus*”, “*este*”. Durante la entrevista, solamente una vez dijo una palabra soez, pero con un poco de pena

hacia la entrevistadora. Sin embargo, toda su imagen analógica proyectaba a una mujer cansada y triste, como con un desgaste físico y de fatiga emocional.

Análisis

Cómo conseguir a la posible participante de la entrevista, fue una dificultad que estuvo presente a lo largo de la investigación. Ésta surgió del hecho de que acercarse a algunas mujeres de esta población, implica una serie de riesgos para quienes no las abordan con el objeto de solicitar sus servicios, es decir, como clientes. Es sabido que en este ambiente de la prostitución surgen personajes que las custodian y vigilan, para verificar que se encuentran en la labor de conseguir clientes y recaudar ganancias, personajes llamados proxenetas, lenones y madrotas²⁷, quienes se asumen como jefes y/o dueños de estas mujeres y no permiten ningún acercamiento que no sea el lucrativo. Y en segundo plano, la expectativa prevaleciente era que la probable informante rechazara la entrevista.

De esta manera, para lograr el contacto con alguna de ellas, inicialmente pensé en dirigirme a un centro de apoyo llamado “*Centro María Antonia*”, dirigido por una congregación de religiosas denominada Monjas Oblatas, destinado al apoyo de mujeres sexoservidoras y ubicado en la calle Soledad en el Centro Histórico de la ciudad. En ese espacio, el acceso a alguna de las mujeres que atienden fue negado, arguyendo que no permitían ese tipo de contacto con las usuarias del centro. Posteriormente recurrí a la oficina de Vinculación de la **Comunidad con Asociaciones Civiles y ONG’s de la Facultad de Psicología**, ahí me fue proporcionado el dato de una psicóloga social perteneciente a dos asociaciones civiles, CASI (Centro de Atención Integral y Servicios) y APADI (Asociación Para el Desarrollo Integral, A.C.). Con ella se pudo entablar una conversación en la que

²⁷ El padrote o proxeneta es una figura paradójica, ya que hay una relación racionalmente económica y de protección, pero la mayoría de las veces fincada en lo afectivo; la madrota o lenona, es una mujer que ha sido prostituta y que asume cierto poder sobre otras mujeres, para llevar a cabo una explotación económica-sexual. Ambos personajes se valen de chantajes afectivos, amenazas y golpes, para retener a las mujeres a su servicio (Bautista y Conde, 2006).

explica su experiencia en el trabajo con mujeres sexoservidoras y también advierte de la dificultad de entrevistarlas. Finalmente logré abordar de manera directa a una chica sexoservidora, (informante de éste análisis) de la zona del metro San Cosme, de las autonombradas *“independientes”* por estar ahí de manera voluntaria e independiente de alguna persona. Afortunadamente aceptó participar en la entrevista. Al inicio fue un poco complicado el acercamiento ya que ella se encontraba en un horario de trabajo, al acercarme, le expliqué el motivo de mi presencia ahí y la invitación para permitirme realizarle una entrevista. T. accedió proporcionando un número de celular para poder hacer una cita fuera de sus horas de trabajo.

Análisis de la entrevista²⁸

Como fue descrito, las mujeres sexoservidoras juegan otros roles en la sociedad, los cuales no están a la vista; de entre esos roles muchas de ellas son madres que ven la prostitución como la alternativa económica para sacar adelante a una familia. Algunas de éstas mujeres ocultan la actividad a los hijos y familia de origen, en cambio, en el Área en relación al sexoservicio nos encontramos sorprendentemente con que T, es una mujer que no se siente avergonzada de realizar tal actividad, como ella lo define:

“es un trabajo como cualquier otro”.

Su actitud hace suponer que ella no percibe estar infringiendo alguna regla social por lo que no tiene temor ni vergüenza de que sus hijos lo sepan:

”Yo se los comenté a ellos...siempre he sido una persona con muchas libertades y no me gusta andarme escondiendo de nadie, ellos saben desde hace mucho tiempo,

²⁸ Los fragmentos de la entrevista fueron editados para su mejor comprensión, respetando el lenguaje de la informante.

casi desde que empecé”. “Saben donde trabajo porque de hecho, hay ocasiones en que ellos han ido para allá”.

Su autopercepción está cimentada en el hecho de que esta actividad es válida como forma de ganarse la vida:

”Mi madre siempre nos inculcó ser independientes y este... pues de lo que trabajáramos, siempre y cuando fuera un trabajo honrado... y pues yo pienso que no es ninguna vergüenza dedicarse a esto ¿no? Porque mucha gente piensa que es fácil, pero no, no es fácil, es, es un oficio muy, muy difícil”.

Pareciera que el argumento de T. para mirar con normalidad la prostitución, deviene del hecho en que ella hace un intercambio comercial voluntario, su sexualidad a cambio de dinero; al equipararlo con algo *“honrado”*, parece percibir que ella no está violando alguna norma social, aunque ella misma ha comentado que es una actividad de riesgos. Inclusive, pensar en que es una actividad que la hace ser una mujer *“independiente”*, da la percepción de sentirse empoderada en su papel de mujer adulta.

T. naturaliza esta actividad como un trabajo, pero como madre y jefa de familia, argumenta que ésta es una manera en que ha sacado adelante a sus hijos, ha sido una opción para su economía familiar. T, refiriéndose a su cuñada, quien también es sexoservidora, señala lo siguiente: :

“es una tristeza que sus hijos no lo entiendan ¿no? o que mucha gente no lo entiendan porque... muchas lo hacemos por necesidad”, “yo me dedico a todo lo demás, lo que es la casa, este la escuela, ropa, calzado, todo lo demás”.

Esta visión da cabida a lo que plantean algunos autores en el sentido de ver que algunas mujeres dedicadas a la prostitución, son madres y encabezan un hogar con hijos, mismo del que se tienen que responsabilizar en lo económico y la prostitución es una opción laboral.

“... y pues la mejor opción para mí y para mis hijos fue el sexoservicio, más que nada porque mi tiempo lo hago a mi manera, y se gana un poco más y más rápido ¿no? Como dicen todos... sale más rápido el dinero...”.

En relación a la opinión que tienen sus hijos respecto a su actividad, particularmente la opinión de su hija, T. ha comentado que ella no le oculta su oficio, y que ella lo acepta sin cuestionar, en cuanto a la opinión de su hija comenta:

“ella me dice pues si tú lo decidiste así tus razones has de tener, o sea no se mete tampoco en mi vida”.

En esta descripción se percibe que ella y la hija están lejanas, al mencionar *“tampoco”*, aparentemente se respetan entre sí, pero pudiera deberse más al hecho de no haber una relación cercana entre ellas como para influirse mutuamente en sus decisiones. Aunque cabe señalar que la hija, al vivir lejos, en E.U., no está próxima al ambiente en que está su madre. En cambio, con los hijos varones, ella se ha mostrado muy abierta y directa hacia ellos en cuanto a su oficio, y ella considera que, si bien ellos no la señalan por su trabajo, sí le han pedido que deje esa actividad, *“¿Tus hijos te han dicho que dejes el trabajo, que ellos esperan trabajar y apoyarte a ti con los gastos?”*

“Sí, sí me lo han dicho... pero yo les digo que no, que mientras pueda yo estaré apoyándolos a ellos en lo que están haciendo que ahorita lo más importante son sus estudios”.

T. tiene muy presente que esta actividad implica riesgos físicos y de salud, donde está de por medio la vida misma, y ha intentado hacerles ver a sus hijos los riesgos de su oficio, a manera de prevenirlos de tales escenarios, pero también como parte de la educación que les imparte como madre, arguyendo que si alguno de sus hijos o su hija optara por la prostitución, no intervendría en esa decisión, ella la respetaría:

“pues trataría de que no lo hiciera, pero... si en un momento dado no tuviera otra opción pues trataría de ayudarla”.

Refiriéndose a un escenario ficticio, en que la hija se inclinara a querer prostituirse. Nuevamente vuelve a naturalizar esta actividad, sin embargo, si la hija estuviera viviendo con ella, probablemente su punto de vista sería distinto:

“en este trabajo se corre mucho peligro... es muy peligroso y pues no me gustaría que a ella le pasara nada malo... porque el hecho de tener este... o vender sexo a los hombres... pues no es nada del otro mundo... de que te lleguen a dar un mal golpe o de que te lleguen... hay compañeras que las han llegado a matar... mi preocupación sería esa, de que le pasara algo”.

En cambio, en relación a los hijos varones ella comenta:

“Ahora en la actualidad este... bueno si creo, pienso más bien que siempre ha sido así y entre más les digas a tus hijos no lo hagas más lo hacen y lo hacen a escondidas y puede ser peor ¿sí?... es mejor hablar de frente y decirles ¿no? Los riesgos que pueden correr en estas cosas”.

En cuanto a su Rol de madre, en la entrevista con T, se observa que ella se encuentra en el papel de una madre interesada por sacar adelante a sus hijos, ya que ha buscado espacios menos agresivos para su desarrollo, es visible que ha promovido la educación fuera de casa, además de darles apoyo en las metas que cada uno se va forjando:

“el de trece años pues ya sabes, ya va salir de la secundaria, el otro está en la prepa y está estudiando la computadora, y trabaja en, en un café...entonces... el otro pues está en la universidad, también estudia para los virus de la computadora, tiene un nombre ¿no? Pero la verdad ya no me acuerdo y está encargado de los baños y aparte se va a sus luchas... o sea que, pues no, así tentación por, andar en el ambiente en el que estoy no”, “... ellos están metidos en

otras cosas, en sus estudios, entrenan... el mayor está entrenando lo que es la lucha libre... los otros entrenan basquetbol, futbol”.

Aunque T. describe la actividad que hace como un trabajo como cualquier otro, sólo que en ésta tiene que haber un intercambio comercial con lo sexual, sí tiene presente que no toda la gente lo ve así, sin embargo, al ubicarse en el papel de madre, ella se apropia del rol y percibe como una mujer que saca adelante a sus hijos, los educa y los protege de cualquier peligro:

“yo pienso que... muchas veces me lo he dicho, a lo mejor yo no soy una persona normal para la demás gente ¿no? pero yo me considero que sí lo soy y pues gracias a eso ahorita mis hijos no están ni en drogas, no están en otro tipo de... no andan de mal vivientes... ni son personas que... por el hecho de ser hijos de una persona que se dedica al sexo servicio, sean groseros o que humillen a la demás gente, para nada, incluso son muy respetuosos, conocen a muchas compañeras y siempre se han dirigido a hacia ellas con respeto y ellas hacia ellos también... o sea no las hacen menos por dedicarse al sexoservicio”.

T. ha fomentado que sus hijos tengan oportunidades diferentes y más saludables que las que ella ha percibido en sus círculos cercanos,

“les he ido inculcando a ellos ora sí que, lo que está bien hacer y lo que no está bien hacer... ora sí que yo creo que ya no les puedo decir... más, no les puedo enseñar porque ellos ya saben cómo es un alcohólico, como es una persona que se droga, porque lo han vivido de cerca ¿sí? en la manera de que algunos de mis hermanos pues se dedicaron al vicio y ya se rehabilitó hace algunos años pero... ellos lo llegaron a ver... y pues han vivido todo tipo de cosas”.

Del mismo modo que T. educa a sus hijos, también provee momentos de esparcimiento y convivencia con ellos:

“nosotros convivimos mucho, o sea no creas que por su actividad o por la mía están solos, no... siempre estamos unidos, nos vamos a comer juntos, la mayor

parte del tiempo comemos en la calle ¿no?, luego cocino en la casa... depende lo que a ellos se les antoje, porque a veces no quieren que les haga de comer, a veces se inclinan por una pizza, por hamburguesas, en fin... “.

Aunque no muy explícito, se encontró en mínimos fragmentos de la entrevista, que T. sí ha podido generar vínculos afectivos hacia sus hijos y entre ellos mismos:

“mis hijos me tienen toda la confianza del mundo... a pesar de que mi hijo el mayor ya está grande, tiene 25 años siempre me ha tenido mucha confianza y me ha preguntado o me ha dicho que le pasa esto que le pasa aquello... y siempre me ha tenido mucha confianza”; “¿Entre ellos que tal se llevan? se matan entre ellos ¿no?... sí... entre ellos se andan matando pero cuidado alguien les diga algo porque entonces sí se cuidan entre ellos....”.

En la educación que da T. a sus hijos, busca también transmitir disciplina y valores, y desde su entender, ella guía a sus hijos por valores de respeto hacia los demás:

“... por el hecho de ser hijos de una persona que se dedica al sexoservicio, que sean groseros o que humillen a la demás gente, para nada, incluso son muy respetuosos, conocen a muchas compañeras y siempre se han dirigido hacia ellas con respeto y ellas hacia ellos también... o sea no las hacen menos por dedicarse al sexoservicio”, “es más mis hijos no... delante de mí no te dicen ninguna grosería, no te digo que no las digan, sí las han de decir con sus amigos ¿no? Tampoco son unos santos. Pero delante de mí no. Nunca dicen una grosería... nunca te dicen malas palabras...”.

T. manifiesta que la educación que ha transmitido a sus hijos se ve reflejada en la actividad que actualmente desarrolla cada uno de ellos, por lo que ella percibe que ese camino que tienen por ahora, evita la posibilidad de que se sientan atraídos hacia el ambiente de la prostitución:

“el de trece años pues ya sabes, ya va salir de la secundaria, el otro está en la prepa y está estudiando la computadora, y te digo trabaja en un café...entonces... el otro pues está en la universidad, también estudia para los virus de la computadora, tiene un nombre ¿no?, la verdad ya no me acuerdo, y está encargado de los baños y aparte se va a sus luchas... o sea que, pues no, así tentación por andar en el ambiente en el que estoy no”

Y sobre todo en las áreas de esparcimiento, por ejemplo las deportivas, se han vuelto un bastión importante en su desarrollo:

“ellos están metidos en otras cosas, en sus estudios, entrenan, el mayor está entrenando lo que es la lucha libre, los otros entrenan basquetbol, futbol”.

Se advierte que T. busca poner límites y reglas, y el probable efecto es que los hijos de T. no se hallen en éste momento en ninguna problemática relacionada con drogas, alcohol o delincuencia, propias de los ambientes que trastoca su madre.

En lo que respecta a la Familia de origen, T. mencionó datos que hablan de una disgregación familiar, y aunque la respuesta es corta, hay un indicio de carencias de índole emocional en la infancia:

“Mis papás ya fallecieron... bueno mi mamá, mi papá pues no, yo lo llegué a conocer cuando tenía yo como 10 años... pero la verdad ni me acuerdo de él. Mis hermanos, uno ya murió y los otros, cada quien tiene su, su lugar, no somos muy unidos”.

En la relación con su familia extensa, es más notoria la indiferencia de sus vidas, que el respeto hacia las decisiones que cada uno va tomando:

“Mi madre siempre nos inculcó ser independientes y, pues de lo que trabajáramos, siempre y cuando fuera un trabajo honrado... y pues yo pienso que no es ninguna

vergüenza dedicarse a esto ¿no? Porque mucha gente piensa que es fácil, pero no, no es fácil, es, es un oficio muy, muy difícil y pues cada quien hacemos en este momento lo que queremos y nadie se mete en la vida de los demás... sí... ni yo me meto en la vida de ellos ni ellos en la mía o sea que no hay ningún problema por ese lado...”.

Se le comentó a T. que, la manera en cómo estaba educado a sus hijos, parecía muy distinta a lo que se espera encontrar en sus familias, T. asintió de manera enfática y se remitió a un ejemplo cercano:

“Sí... sí de hecho... pues con mi cuñada, ella se dedica a lo mismo y tuvo muchos problemas con sus hijos, sus hijos llegaron hasta a pegarle por lo mismo, porque ella quería corregirlos y ellos no se dejaban, porque pues según no tenía derecho por dedicarse al sexoservicio. Sí, sí lo viví de cerca con mi cuñada y ¿Cómo te podría decir?... es una tristeza que sus hijos no lo entiendan ¿no? o que mucha gente no lo entiendan porque... muchas lo hacemos por necesidad...”.

En ésta última frase de T. se alcanza a percibir un dejo de tristeza por saberse no aceptada, no entendida, que contradice sus argumentos anteriores en los que se mostraba fuerte ante las críticas a su **“actividad”**, y sale a relieve el argumento principal a su inserción en la prostitución, **“muchas lo hacemos por necesidad”**, como un recurso inmediato para salir adelante.

En lo que corresponde a la Relación de pareja, la entrevista no se enfocó de manera tan profunda en sus relaciones, por lo que obtuve una información muy superflua de las relaciones anteriores, esto es, de los padres de sus hijos,

“pues mira con mi primer esposo, él falleció... duré tres años de estar casada y a él lo mataron, el falleció. Después de esto me volví a casar pero me separé porque... él se fue y por eso la niña está allá en Estados Unidos, él me hizo una serie de cosas y nos separamos y ya no nos volvimos a ver. Otra pareja que tuve,

con el tiempo se metió al vicio y se comportó de una manera muy, muy agresiva y me separé de él... no mantengo contacto con ninguno de ellos”.

En cambio, al hablar de la pareja actual, se pudieron obtener repuestas más detalladas de la relación actual, un hombre de 28 años dedicado a trabajar como estríper:

“en una ocasión se lo dije ¿oye qué haces conmigo? Pudiendo tener una persona más adecuada a tu edad, que compartan muchas cosas... y este dice no por que... no me gusta la forma de ser de las chicas de mi edad porque piensan en diferentes cosas, sin embargo pues tú ya eres una mujer centrada... y por lo que he vivido contigo... ahora sí que la que me va enseñando eres tú. Tú me vas abriendo paso de cómo debo yo de tratar o de ser con mis hijos- y pues la verdad nos llevamos bien, ya tenemos una relación de nueve años”.

Por lo que comentó T., en esta relación, su pareja está enterada de que ella se dedica al sexoservicio y entiende y acepta su actividad, puesto que ella considera que *“pertenecen al mismo ambiente”*.

T. ha ido involucrando a su actual pareja en su ambiente familiar, una manera que comenta es en la convivencia y esparcimiento,

“compartimos mucho, mi pareja es mucho más chico que yo, te digo es estríper, él tiene... 28 años... acaba de cumplir 28 años, sí ha convivido con mis hijos, hay ocasiones en que nos vamos a la feria o nos vamos a bailar con los más grandes o nos vamos al parque... o sea compartimos todo... no ha habido ningún tipo de problema entre ellos”.

También observé que ella confía en la buena relación de su pareja hacia sus hijos y viceversa, hay un acercamiento como consejero:

“me apoya mucho cuando he tenido problemas de enfermedad de mis hijos... porque uno de ellos se me enferma mucho... entonces...no se mete... al contrario, cuando hay algo que, pues que tal vez yo no pueda darles un consejo a mis hijos en ese momento, él les da un consejo... entonces ya cuando llego del trabajo o me habla por teléfono y me dice oye pasa esto... y.... pues ya me lo comenta ¿no?... más que nada es como un amigo más de ellos, sí, le tienen mucha confianza, se platican muchas cosas y pues no, no ha habido ningún problema en eso”.

Finalmente, pero no menos importante, en el área abordada en relación a su Visión a futuro, T. se ha planteado diversos proyectos de vida, para sus hijos no visualiza cómo estarán en un futuro, pero observé que ella los apoya para que en este momento ellos tengan un ambiente más sano y fuera del riesgo que implica su trabajo, *¿tu esperas que tus hijos tengan proyectos a futuro, que tengan otras alternativas?*

“Pues sí lo más que puedan, pues el hecho de estudiar, de entrenar, de hecho el mayor tiene la ilusión de irse a Estados Unidos a la W²⁹ que está allá... y ya hizo una audición y ya lo aceptaron y es donde está entrenando ahorita... aquí en México pero está entrenando con uno de la W³⁰ de allá de Estados Unidos... los otros en el básquet... el más pequeño todavía no se decide tanto por el básquet o por el futbol, le gustan los dos, aunque ya lo entrenan profesionalmente”.

En este plan de ella a futuro, también está contemplado como parte importante su pareja actual, *¿han pensado en planes o proyectos más formales para su relación?*

“Sí... de hecho lo hemos planeado y este... y pues sí hemos estado comprando cosas porque queremos poner un negocio”;

²⁹ T. quiso mencionar el nombre de una liga de lucha libre profesional de Estados Unidos, pero no recordó las siglas.

³⁰ Ibid.

El negocio en referencia es un restaurante. Cabe resaltar que, en lo que respecta a ella, aún se percibe un tiempo más en el sexoservicio como un apoyo económico para sacar adelante otros planes, *¿en cuanto tiempo aproximadamente estás pensando que se haga el negocio?*,

“Pues esperemos que... un año, un año y medio más y ya... sí porque no nada más es de, de ya me salgo y no... por que... pues un negocio tienes que acreditarlo y mientras lo acreditas tienes que sacar dinero de otro lado... bueno esos son los planes ¿no?... ora sí que, si Dios nos presta vida se hará y si no pues ni modo...”

Con esta aseveración, T. demuestra no tener tan cimentado un proyecto a futuro, aunque es un plan que ha estado diseñando junto con su pareja, no está tan afianzada a él como para plantearlo de manera certera, dejándolo a decisión de un pensamiento mágico, donde ella no tiene injerencia de acción, más que en lo inmediato, lo cotidiano.

Discusión

Lagarde (2005), expone que en la ideología de la femineidad, al pensar en las prostitutas, no se les vincula con el concepto de maternidad, sin embargo, la mayoría de ellas son madresposas y tienen hijos. Por lo que en el presente estudio, mi intención fue conocer cómo se da la dinámica familiar dentro de un núcleo donde la jefa de familia es sexoservidora, quien compone una familia uniparental, con cuatro hijos y ella a la cabeza de la familia. Esta condición derivó en la inquietud de conocer cómo es tratado el tema de la prostitución en una familia nuclear de una sexoservidora, si se habla de este tema de manera abierta y si los hijos tienen conocimiento de la actividad del sexoservicio a la que se dedica su madre, pues en un estudio realizado con mujeres sexoservidoras de la zona de la Merced, Bautista y Conde (2006), señalan que en la generalidad de los casos, se observa un esfuerzo generalizado por ellas para no permitir que su familia se entere, o por lo menos retrasar ese momento el mayor tiempo posible.

Bautista y Conde, comentan que en las mujeres entrevistadas en su estudio, se observa un sufrimiento y decepción derivado de la vida oculta que llevan y la falta de comprensión familiar, particularmente de la esperada por sus hijos, puesto que ellas argumentan que si se han mantenido en la prostitución, justamente ha sido por la manutención de éstos; y se aprecia un cierto grado de alivio cuando finalmente se hace pública dicha condición y deja de ser una actividad oculta. En el caso de T. pude observar que ella considera que se ha manejado sin tabúes en su familia. La acción de prostituirse es algo que sus hijos saben y que en palabras de ella **“no cuestionan”**. Posiblemente ésta sea una de las causas por las que ella demuestra cierta tranquilidad hacia hecho de que sus hijos estén enterados, pues siguiendo a las autoras, el que ella no tenga que ocultar su condición, la hace sentirse comprendida por ellos.

El que los hijos de T. sepan la actividad de su madre, no necesariamente ha implicado que, por el momento, sea un camino a seguir por ellos. Aunque no deja de haber un riesgo en el hecho de que además de que estén inmersos en un ambiente con características antisociales, T. ha naturalizado dicho contexto. Este dato me resultó bastante llamativo, ya que Maldonado (2012), menciona que muchos de los hijos de las prostitutas dan visos de desórdenes de conducta en la escuela, y en la comunidad donde viven, pues están expuestos a ejercer actividades ilícitas como el robo, y/o venta y/o consumo de alcohol y drogas. Sorpresivamente, los hijos de T. se encuentran en escenarios más saludables, como la escuela y el deporte. Sin embargo, la pregunta es, ¿Qué tanto podrán en un futuro deslindarse del ambiente en el que han crecido?.

Tal pregunta viene a colación retomando a McGoldrick y Gerson (1985) quienes mencionan que, existen ciertas pautas familiares que pueden ser transmitidas de generación en generación, ya sea en el funcionamiento, en las relaciones y/o en la estructura. En lo que compete la historia de T., ella viene de una familia desintegrada, donde su madre muere, hay ausencia del padre, ella se desliga de sus hermanos y actualmente no subsiste un vínculo cercano con ellos.

Con este antecedente se puede señalar que, aunque ella ha permanecido como figura materna ante sus hijos, se repite la ausencia de un padre, pues su actual pareja funge como amigo de ellos; en el holón fraterno (Minuchin y Fishman, 1984), se empieza a observar un alejamiento entre ellos, ya que el hijo mayor vive aparte, la hija vive en Estados Unidos, y ella vive con los dos hijos siguientes.

La información en relación a su familia de origen es escueta, sin embargo, al referirse ella a **“hermanos”**, podría inferirse que se refiere a varones, lo cual remite a la coincidencia de ser ella la única mujer entre los hermanos, y además alejada de éstos, patrón que se repite con su propia hija. En este tenor de pautas, hay un riesgo constante en el que la hija pueda repetir el mismo destino de la madre, inclinándose al sexoservicio, ya que T. asume que su madre les inculcó **“ser independientes y en un trabajo honesto”**, y ella misma plantea como no prohibitiva dicha actividad para su hija.

En cuanto a los hijos, existe el riesgo constante de adentrarse al mundo de la madre, ya que además de que T. ha normalizado dicho contexto, también ha mencionado que entre sus hermanos hubo episodios de alcoholismo y drogadicción. Es de esperarse que si en un futuro alguno de ellos se dedicara a alguna actividad relacionada a la prostitución (desde su propia prostitución, hasta el papel de proxeneta), no se percibirían, al igual que T., infringiendo una regla o conducta social. En todo caso, como lo marca McGoldrick, se percibe una repetición de pautas funcionales familiares en la dinámica que llevan los hijos de T. en relación a la familia extensa de ella.

Welldon (1993), menciona que las prostitutas, a pesar de todas sus privaciones emocionales y su incapacidad para crear un ideal del yo femenino, algunas han logrado crear un yo ideal materno; que por muy inconsecuente y erróneo que sea, se torna redentor en su papel de madres. Es por ello que aún con las consideraciones anteriores, no deja de ser importante señalar que T. ha procurado promover una vida distinta en sus hijos, y nos topamos con que ella

reivindica para sí misma este rol materno y se presenta como una madre que ha sabido guiar a sus hijos, procurándoles alternativas socialmente aceptadas y saludables. Sin embargo, es discutible que la visión de T. sea que, para alejar a sus hijos de ese medio, lo muestre a sus hijos como un modo normal de vida, puesto que en todo momento está presente la consigna de que el sexoservicio y el ambiente que lo rodea, es un medio económico aceptable. La entrevista corrobora los datos hallados por Maldonado (2012), en los que hay mujeres dedicadas a la prostitución como una forma de sostener a sus familias, como el apoyo económico mediante el cual pueden sacar adelante a sus hijos.

Siguiendo los datos hallados por Bautista y Conde, ellas hacen mención acerca de que en las prostitutas, existe una preocupación por dar educación a los hijos, aunque no perciben un proyecto a futuro para ellos, sino que se reducen a la inmediatez de la subsistencia de éstos. En este momento T. está conforme, y hasta pareciera orgullosa, con el hecho de que sus hijos estén estudiando, trabajen y se dediquen al deporte; por lo que en su relato, ella no hace alusión a cómo visualiza a sus hijos en un futuro. Sin embargo, considero que esta imposibilidad cognitiva de mirar hacia el futuro tanto en los proyectos propios como en los de los demás vínculos cercanos, no es privativo de las prostitutas.

Considero importante de señalar que, en esta familia, T. ha convivido más con sus tres hijos varones, hacia quienes aparentemente no tiene secretos de su actividad, y parece estar muy clara en que ellos no la juzgan, además de estar tranquila porque ellos están haciendo su vida de otra manera. En cambio, aunque con la hija, aparentemente tiene la misma actitud de apoyo y franqueza hacia su oficio, la lejanía física las mantiene en una relación distinta, no de tanta confianza como lo demuestra con los hijos, por lo que ¿Será de esperar que, a partir del momento en que vivieran juntas o la relación fuera más cercana, la dinámica entre ellas y la percepción de T. hacia su hija cambiaría? Bautista y Conde (*op. cit.*) mencionan al respecto que, la opinión que tienen las sexoservidoras ante la pregunta acerca de *“¿la probabilidad de si sus hijas se dedicaran al medio?”*, ellas

dieron respuestas de “deseabilidad social”, aduciendo que estaría bien que estudiaran y que tuvieran otro tipo de trabajo, aunque indicaban que tener un trabajo como el de la prostitución, tiene muchas ventajas. Su respuesta en la misma pregunta, pero hacia los hijos varones, se observa diametralmente opuesta, ya que ellas opinaron que sí los veían en el medio sin inconveniente alguno. Esta diferencia de opiniones hacia hijos e hijas, demuestra una imagen estereotipada de lo que “socialmente” está permitido para los hombres, sin obstáculo alguno, y lo que desearían que fuera para las mujeres, lo cual remite a estereotipos de género.

Alonso y Román (2005 en Mestre *et al.*, 2005), mencionan que los padres que transmiten apoyo y afecto a sus hijos, desarrollan la comunicación en el ámbito familiar, establecen normas familiares y el cumplimiento de las mismas utilizando el razonamiento inductivo como técnica de disciplina, educan con mayor probabilidad hijos sociables, cooperativos y autónomos. Algunas investigaciones han demostrado que los estilos de crianza tienen un impacto en el desarrollo de la personalidad del niño. Baumrind, definió tres estilos de crianza por parte de los padres: autoritario, permisivos y estricto (Baumrind, 1971 en Papalia, 1992) y menciona que, los padres *estrictos* combinan un alto grado de control con la aceptación y estímulo a los hijos, ponen límites pero explican éstos, además están dispuestos a escuchar objeciones. Como efecto los hijos son más adaptados, más seguros y competentes socialmente, desarrollan una autoestima más alta y se desempeñan mejor en la escuela. Lo anterior permite observar que T. se acerca a un estilo de crianza de *madre estricta*, puesto que se advierte que ella es capaz de combinar reglas con la aceptación y estímulo a sus hijos y a sus actividades, como las escolares, deportivas y laborales.

Muestra de lo anterior es que los tres hijos varones aún permanecen en la escuela en niveles de secundaria, preparatoria y universidad, respectivamente. Los que viven con ella tienen un trabajo legalmente aceptado y los tres practican deportes; sólo que el mayor se dedica a las actividades deportivas en un tono más profesional, dado que intenta entrar a una liga norteamericana de lucha libre y por

el momento se presenta a luchar en pequeños foros donde se aparece como luchador amateur.

En este momento considero importante aterrizar las características de la familia que ha conformado T., ya que retomando a Minuchin (1979), las familias tienen configuraciones y estructuras diversas y ésta forma influirá claramente sobre la función. En este caso, nos encontramos ante una mujer que ha conformado una familia con diversas características y que atraviesa por varias estructuras a la vez; por supuesto, con sus respectivos bemoles. Cambiante, donde en tres diferentes momentos, ha incluido una pareja que a su vez se ha vuelto progenitor, pero no permanece dentro del núcleo familiar. Esta característica me hace suponer que los hijos han carecido de una figura paterna, han tenido que construir y romper lazos emocionales hacia diferentes personajes que aparecen como padres de alguno de sus hermanos. Claramente, en esta inestabilidad, corren el riesgo de no generar vínculos emocionales fuertes, ya por la experiencia, les son arrebatados, lo cual puede minimizar su capacidad de generar redes de apoyo extra familiares.

Bajo esta condicionante, en este momento T. se halla encabezando una familia monoparental (ó monomarental), (Cortés y Cantón, en Arranz y Oliva, 2010), en la que ella es responsable en solitario de sus hijos menores o dependientes. Encuentro que esta característica es la que sustenta, desde su visión y coincidiendo con algunas de las autoras presentadas, su inserción en el sexo servicio, dado que ha sido el medio para hacerse cargo de tal responsabilidad, sobre todo en lo instrumental, pero aparentemente sin hacer a un lado lo afectivo y emocional. Sin embargo, estamos rodeados de historias en las que las mujeres trabajadoras jefas de familia, no sólo las prostitutas, tienen menos presencia con los hijos en cuanto a la convivencia, y al desarrollo de afectividades y emociones; sin embargo, a pesar de esta particularidad, T. argumenta que actualmente sí destina espacios de convivencia y enseñanza a sus hijos, situación que de ser llevada a cabo como ella lo manifiesta, resulta admirable en una mujer con una doble función, la de ser sexoservidora y además jefa de familia.

Sin hacer a un lado el antecedente de la inserción de T. al sexoservicio, Maldonado (2012) comenta que las conductas antisociales son el resultado de un desarrollo emocional deficiente o inadecuado en la infancia, y en la historia de T. me encontré con que su origen, es de una familia desligada, con padres ausentes, lo que podría decirnos que T. no tuvo una guía ni una red social para su educación, y al parecer tampoco hubo un acercamiento afectivo entre los hermanos fraternos, al grado de ahora no contar con ellos como red de apoyo.

Finalmente, el estereotipo de género lleva a pensar a muchas mujeres en concepciones muy rígidas acerca de los roles femeninos y masculinos, y como mujeres, se definen a sí mismas cumpliendo dos roles primordiales: el deber de ser madres y esposas (Bautista y Conde, 2006). Con T. se confirma tal descripción, ya que el ser madre, justifica su inserción en la prostitución.

Antes de realizar la entrevista, existía una predisposición a encontrar a una mujer llevando una doble vida, donde tuviera que ocultar su oficio a los hijos y familia, además de defender a toda costa que los hijos no fueran a caer en lo mismo, y también existía el prejuicio de encontrar a una sexoservidora madre de familia con problemáticas en los hijos, ya fuera de delincuencia, drogadicción o embarazos no planeados. Sin embargo, me resultó muy interesante el haber podido recuperar la voz de una mujer que se mira a sí misma con la fortaleza de guiar a sus hijos por un camino que aparentemente es distinto, donde abre otras posibilidades de llevar una vida sin riesgos ni fuera de las conductas socialmente aprobadas y esperadas; aunque difícilmente se podrán hacer conjeturas de sus vidas futuras, por el momento están siendo orillados a tener una gama más amplia en su desarrollo como individuos.

Realizar esta investigación, me permitió conocer la vida de una mujer sexoservidora más allá de su actividad y del medio en el que trabaja, puesto que es común encontrar datos acerca de ello, ya sea que partan como estadísticas o como estudios de caso, donde se habla en demasía acerca del ambiente de riesgos al que

se exponen como mujeres en una actividad desaprobada socialmente, y la explicación de cómo y por qué se insertan en este ambiente. En cambio, en esta entrevista, indagué conocer la visión de una mujer que desempeña su papel como madre, conforma una familia, y es proveedora de educación y protección a los hijos; intenté obtener información de cómo percibe haber transmitido educación a sus hijos y cómo ha lidiado con su estigma y el que sus hijos se introduzcan en el medio; rastree con qué recursos cuenta para generar futuros diferentes en sus hijos, sin dejar de señalar la posible diferencia en la transmisión de educación y valores hacia sus hijos o hacia su hija.

No deja de ser relevante señalar que ella se autodenomina como mujer independiente, honesta, trabajadora, responsable en el rol de madre, respetuosa de la actividad de sus compañeras de trabajo, etc. y espera que sus hijos tomen estas actitudes como un ejemplo a seguir.

Retomando datos anteriores, en los que se plantea que las mujeres sexoservidoras se limitan al ejercicio de la prostitución cuando sus hijos son pequeños para evitar una condena moral, llama la atención que por el contrario, T. ha extendido este espacio de tiempo, ya que cuenta con hijos adultos jóvenes y adolescentes y en la percepción de ella, ninguno la juzga; además de mencionar que piensa poner un límite a su ejercicio de la prostitución, mientras tanto lo utilizará como medio para un proyecto propio, debido a que ella se propone planes a futuro, en los que tendría una manera distinta percibir ingresos que la apoyen en su economía. Sin embargo es un plan no muy bien cimentado ya que, aunque mencionó estar ya en la búsqueda de artefactos para un negocio de comida, aún así piensa “*...si Dios nos presta vida se hará, si no, pues ni modo*”, aunque este pensamiento pareciera girar en torno a la posibilidad de llevar a cabo un plan con fortaleza y buena salud, también se le puede entender como una mirada de indolencia hacia un plan a futuro, en el que desde este momento no se siente comprometida como para buscar a toda costa llevarlo a cabo.

Conclusiones

Desafortunadamente, el estudio no tuvo la oportunidad de concretar una entrevista más profunda con T., donde se pudieran obtener más datos que ayudaran a armar el rompecabezas de cómo una mujer dedicada al sexoservicio, intenta guiar a su progenie a un camino distinto, ni cómo genera esos cercos para evitarlo. Tampoco se pudieron realizar más entrevistas que arrojaran el abanico de posibilidades de cómo las sexoservidoras madres fungen éste papel con sus hijos.

Como sugerencias de estudio sería interesante profundizar en la historia de T. y saber más acerca de cómo tomó la decisión de trabajar como sexoservidora, que otras opciones laborales y de vida tuvo antes de ésta, cómo ingresó a éste medio, etc.; también saber más del tema de pareja, cómo fueron sus relaciones anteriores, las relaciones con los padres de sus hijos, que problemáticas se presentaron como para alejarse de ellos, que ha encontrado en esta actual pareja que le ha permitido tener una relación tan duradera; también en el tema de su familia de origen, investigar si hubo algún abuso, como fue la relación con los hermanos y hermanas, si es que las hay, a que se dedican cada uno de ellos y conocer un poco de sus vidas, y continuar investigando de una manera más profunda la relación con los hijos, antes, ahora y después, así como indagar en las relaciones sociales y otros contextos de los hijos. Otra sugerencia del estudio es, entrevistar a más mujeres sexoservidoras, recoger otras voces para tratar de buscar que tantas diferencias, similitudes u otros temas, son arrojados en entrevistas, y que en esta investigación no se vislumbraron con respecto al rol de madre; y profundizar en los mismos temas, para saber más acerca de cómo despliegan su rol de madre las mujeres insertas en este ambiente.

Como mencioné anteriormente, una gran cantidad de estudios realizados en relación a las sexoservidoras, abordan el tema en relación a su actividad, cómo se iniciaron, los riesgos a los que se someten, en sí el medio en el que se implantan; si bien, no deja de ser importante conocer éstas experiencias e historias, considero

que poco se ha abarcado sobre el papel que desempeñan y el cómo lo desempeñan en su rol como madres.

Creo que éste conocimiento sensibilizará a la sociedad para darles también un trato digno como mujeres que juegan diferentes roles en la vida, entre ellos el de madres, no muy distinto al rol de una madre no dedicada a la prostitución. El estudio si logró conocer la historia de una mujer, más allá del estigma social en donde han sido colocadas las mujeres dedicadas al sexoservicio, donde son vistas como mujeres perversas y sin escrúpulos.

3.5. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento.

En este punto se hará una breve reseña de cómo desde nuestro papel de alumnos y terapeutas en formación, diseñamos diversos proyectos para difundir los conocimientos en la maestría, pasando por compartir lo aprendido a los propios compañeros de maestría mediante los productos tecnológicos contenidos de información útil para su propio aprendizaje, o el diseño de talleres para contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas.

De igual importancia, se menciona las distintas formas de las que participamos de los conocimientos del Enfoque Sistémico, más allá del espacio académico de las aulas de la Facultad de Psicología. Se hablará de la asistencia a diversos foros y conferencias relacionados con temáticas de la familia, sus cambios, sus conflictos, sus organizaciones, y temáticas acerca del campo de la terapia familiar sistémica, donde estuvo incluida la posibilidad de observar y escuchar a los grandes terapeutas, psicólogos, académicos, etc., iniciadores en el área; y la propia presentación de nuestros trabajos en algún foro académico.

3.5.1. Productos tecnológicos.

En este apartado me di a la tarea de diseñar dos herramientas que pudieran ser un asequible recurso terapéutico.

ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS:

“Tarjetas Con Frases Terapéuticas” y “Textos Para Meditación Guiada”, basados en el trabajo de Virginia Satir³¹.

Introducción

En el presente trabajo, realicé una serie de recopilaciones de escritos de Satir, utilizados en sus prácticas terapéuticas; a la vez que rindo un pequeño homenaje a una de las mujeres pioneras en el área de Terapia Familiar, quien además, durante la Maestría, resulta escasamente reconocida en su trabajo y aportes.

Al finalizar los talleres de terapia para grupos, Virginia dedicaba un espacio a meditaciones o procesos en los que le pedía a los asistentes ponerse cómodos, cerrar los ojos y relajarse. En estos momentos, ella hablaba un poco de su trabajo y del por qué de sus técnicas y daba paso a una serie de *meditaciones* que no llegaban al trance hipnótico, pero que exploraban los *recursos*, las herramientas con las que según Satir, contamos todos los seres humanos para crecer y sortear obstáculos, esto con la finalidad de conocerse a sí mismos y a la propia conducta. Ella argumentaba que ese conocimiento alentaba la autonomía para actuar y sentir positivamente para generar cambios beneficiosos y establecer contacto con uno mismo y con los demás.

³¹ Para tener acceso a las tarjetas del material contactar en edexes@hotmail.com.

Establecer estos contactos es una forma de mantener la integridad, alimentar la autoestima y a la larga fortalecer las relaciones consigo mismo y con los demás. Esta labor fomentará la posibilidad de sentirnos amados, de estar sanos y de aprender a resolver los problemas con mayor eficiencia. (*Escritos en las contraportadas de los libros Satir, 1994, 1996a, 1996b, sin autor*).

Tanto los escritos como los pensamientos, son frases recopiladas de tres libros de Virginia Satir (1994, 1996a, 1996b); uno de ellos fue a su vez recopilado por sus seguidores de conferencias, artículos, fragmentos de sus talleres u otras actividades habituales de Satir.

Virginia Satir nació el 26 de junio de 1916 en Neillsville, Wisconsin y falleció el 10 de septiembre de 1988. Trabajadora Social y Psicoterapeuta estadounidense, se licenció en Educación en 1936, y fue profesora en Wisconsin, Michigan, Louisiana y Florida. Fue pionera en el campo de la *Terapia Sistémica Familiar*, comenzó a desarrollar sus prácticas clínicas en 1951, trabajando con familias en el Dallas Child Guidance Center y en el Illinois State Psychiatric Institute (Lecturalia, 2013). Junto a Don D. Jackson, al doctor Jules Riskin y Janet Beavin (Jackson, 1977) inicia en el proyecto del Mental Research Institute MRI de Palo Alto, California, en el año de 1959, donde ofreció el primer programa de entrenamiento en terapia familiar. Es doctora honoris causa por la Universidad de Wisconsin-Madison y por el Professional School of Psychological Studies.

Justificación

Dos de las principales innovaciones llevadas por el MRI a la terapia sistémica y a la práctica clínica en relación con las demás formas de psicoterapia son, el uso del espejo unidireccional (con un respectivo interfono de ambos lados) y la grabación de las sesiones en video. Estas dos herramientas utilizadas principalmente por Virginia Satir para sus grupos en formación, permitieron la corrección metodológica y epistemológica del enfoque sistémico, tanto en la

investigación como en los procedimientos de intervención terapéutica (Nardone y Watzlawick, 1992).

Al dedicarse a la formación de terapeutas, Virginia se encontraba muy al pendiente del avance que presentaban sus alumnos, pero no sólo en el área académica, sino además en el área del desarrollo humano personal. Ella impulsaba que sus alumnos hicieran uso de sus propias herramientas y recursos como personas, por lo que buscaba la manera de que éstos encontraran dentro de sí mismos, los recursos que como personas, los inspirarían a ser buenos terapeutas.

La realización de los presentes productos tecnológicos, surgió de la idea de promover que dentro del espacio de terapia, los terapeutas puedan hallar tanto en las frases como en las lecturas, estrategias para suscitar la posibilidad de sembrar en los pacientes palabras que se volvieran una analogía y que él mismo intentara descifrar y aplicar en su propia experiencia de vida. De este modo, su utilidad es llevar al paciente al terreno de la reflexión y colaborar con él para construir alternativas y/o soluciones a sus particulares dificultades, respetando su interpretación de las tarjetas y la meditación guiada, sus propios lenguajes y conceptos.

Aunque la utilización de las frases y lecturas están dirigidas en primer momento a los pacientes, su función es también ser una herramienta de reflexión para la persona del terapeuta. Ya que buscan que él mismo haga uso de ellas para reflexionar acerca de su propia vida de profesionista o personal.

Ambos trabajos, *Tarjetas con frases terapéuticas y Textos para meditación guiada*, surgen de la experiencia propia en el transcurso de algunas sesiones propias, y de sesiones observadas con colegas, en las que el paciente redonda en los temas de sesión, resultando entrampado en círculos viciosos del lenguaje, que a su vez entrapan al terapeuta. Estas dificultades que llegan a suceder en terapia limitan el trabajo óptimo en las sesiones, y la finalidad de los presentes trabajos es

que el terapeuta pueda tener una herramienta a la mano, que le pueda ser útil en el momento que él lo decida. De ahí también cabe señalar que las tarjetas pueden utilizarse en cualquier modelo terapéutico, pues sólo son una herramienta para el quehacer del terapeuta.

Objetivo

Dotar al terapeuta de estrategias que pueda tener a la mano en donde se presente un impasse que provoque que el terapeuta divague y/o que el paciente refiera no estar avanzando en el proceso terapéutico.

Procedimiento para “Tarjetas con frases terapéuticas”

En este trabajo se presenta una serie de 30 tarjetas con frases y pensamientos de V. Satir. La intención de su manejo es libre, puesto que pueden ser utilizadas dentro del espacio de psicoterapia en el trabajo con pacientes, para realizar alguna directiva, como tema de inicio de sesión, como frase a reflexionar al final de sesión, etc., o también por el mismo terapeuta en un contexto no clínico, para su propia meditación.

El terapeuta tendrá a la mano el mazo de tarjetas, y cuando la sesión esté resultando tediosa, sin colaboración del paciente, o que el paciente mismo refiera estar atorado en la dirección que deberá de seguir, el terapeuta deberá sugerirle al paciente tomar las tarjetas, barajarlas y tomar una al azar. El terapeuta junto con el paciente, definirá si se trabaja con esa frase en sesión o si se la lleva el paciente como una prescripción a revisar en la sesión próxima.

Instrucciones para el paciente:

“Te voy a dar estas tarjetas, te voy a pedir que las barajees sin leerlas y que elijas una al azar en el momento que tú lo decidas. Ahora que elegiste una, te diré

que vamos a hacer con ella...” (En este momento aplican las ideas generadas del terapeuta acerca de cómo utilizar las tarjetas).

La función que tienen para el terapeuta, es que, puede seleccionar una tarjeta que considere adecuada al caso y paciente en cuestión y con ella diseñar la sesión o una prescripción para casa; pero también puede tomar el mazo de tarjetas, barajarlas, tomar una al azar y darle sentido para su propia experiencia personal.

Instrucciones para el terapeuta:

“Tú como terapeuta, tomarás el mazo de tarjetas y las barajarás sin mirarlas, mientras piensas cómo te puede ser útil la frase que aparezca en la tarjeta que elijas. Toma una al azar y adáptala a la finalidad que tenías en mente”.

Procedimiento para “Textos para meditación guiada”

En este producto, se encuentran escritos seis diferentes textos en tarjetas independientes, encaminados a la relajación y descubrimiento de recursos en las personas.

La utilización de estas tarjetas es un tanto más compleja, ya que la lectura de éstas deberá de ser personalizada ya sea al paciente, al grupo, ó al caso en cuestión. El terapeuta deberá de seleccionar la tarjeta que mejor se adapte para tal caso y buscará el momento adecuado de la sesión para darle lectura, ya sea al inicio, a la mitad o al final de la sesión. La lectura, si bien no es una inducción al trance formal, sí es una inducción a la relajación, por lo que es importante administrarse con las herramientas adecuadas, como el tono de voz, velocidad y ritmo adecuados para la lectura, transmisión de confianza y amabilidad en la facilitación del texto, y sobre todo, la elección adecuada del texto según la necesidad del trabajo terapéutico o de grupo.

Instrucciones para el paciente:

El terapeuta elegirá previamente, una de las 6 tarjetas de la meditación a leer, esto basándose en las características del paciente y/o del caso y en los recursos que quiera fomentar en la meditación. Se le darán las siguientes instrucciones al paciente: “ponte cómodo en tu asiento y cuando estés listo te voy a pedir que cierres los ojos, que respires de manera lenta y te sientas tranquilo, y que le pongas atención a mi voz y a lo que a continuación te leeré...”. Estas instrucciones y la lectura de la tarjeta deberán de decirse con un tono de voz suave y lenta para conseguir un buen efecto en el paciente.

Al igual que las tarjetas con frases terapéuticas, pueden ser utilizadas por el terapeuta mismo para un proceso de meditación y autoconocimiento como persona y como profesional.

Instrucciones para el terapeuta:

El terapeuta dará lectura para sí mismo a la tarjeta que mejor le parezca en el momento que considere necesario, decidirá si lo quiere hacer en voz alta, en silencio, dentro del consultorio, en casa, etc.

Sugerencias

Las sugerencias de uso de los productos tecnológicos son tantas quiera el terapeuta; en estos párrafos se plasma la idea general con la que fueron diseñados, pero no se soslaya la posibilidad de que el terapeuta pueda hacer uso de su improvisación y/o espontaneidad para adaptarlas a las situaciones que crea convenientes, de las maneras que también considere adecuadas.

3.5.2. Programa de intervención comunitaria: Los cuentos que yo cuento

Durante el IV semestre, la materia de Intervención Comunitaria nos demandó diseñar y aplicar un taller donde destináramos algunos de los conocimientos hasta éste momento acumulados en la maestría y cómo profesionistas. Tanto el diseño como la aplicación del taller y fueron de libre decisión por parte de nosotros alumnos, por lo que nuevamente decidí trabajar con la población de la 3ª edad, en conjunto con mi compañera Mónica Reyes Cárdenas. A continuación una breve descripción del taller, el escenario y población donde lo llevamos a cabo y los resultados.

“Los cuentos que yo cuento: trabajando con mis historias de vida”

Autoras: Edmí Penélope Exzacarías Esquivel, Mónica Reyes Cárdenas.

Resumen: El taller se llevó a cabo en y con los residentes de la casa de retiro “Teodoro Gildred”, ubicada en la delegación Azcapotzalco y perteneciente a la Fundación Bringas-Haghenbeck, mediante la cual pudimos tener acceso a dichas instalaciones. Tuvo una extensión de 5 sesiones en los días 20, 26 y 27 de abril y 3 y 4 de mayo de 2010; por la tarde de 4:00 a 6:00. El taller estuvo dirigido a adultos mayores de 60 a 85 años que supieran leer y escribir y que pertenecieran a los residentes de la casa de retiro Teodoro Gildred. Se acordó considerar 10 personas como número mínimo de participantes, y 15 como número máximo. Los objetivos del taller fueron que los participantes trabajarán con algunas historias de su vida, alrededor de las cuáles reconocerán sus valores, recursos y habilidades; y reflexionarán sobre cómo éstos pueden ser herramientas útiles para su crecimiento personal.

Justificación.

Debido al cambio sociodemográfico que estamos viviendo en México, observamos que la edad de la población está avanzando, por lo que se deben de empezar a considerar retos que ofrece el trabajo con las personas adultas mayores. Para ello, Rodríguez (1999) señala ciertos lineamientos importantes a nivel mundial para el tratamiento y la atención de las personas mayores, priorizando el

hacer más visibles los temas de las personas adultas mayores, de ahí parte hacia ir modificando la actitud social ante la senectud y disminuyendo el negativismo ante ésta, buscando la autonomía de las personas y promoviendo un envejecimiento activo y participativo además de hacer énfasis en lo preventivo más que en lo curativo.

Garrido, Ramírez y Gómez (1999) señalan que las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida cotidiana son dos componentes que miden autonomía en el adulto mayor, señalándose que el 1% no es capaz de vestirse, alimentarse y bañarse por sí mismo. Este resultado indica que existe un grupo de ancianos más frágiles a los que se les debe dar prioridad mediante el fortalecimiento de las redes sociales y fomentando intervenciones de salud que permitan mantener por más tiempo su autonomía funcional.

En este sentido, los profesionales de la salud podemos tomar un rol activo en la participación social para la consecución de algunos objetivos, como la promoción de un envejecimiento activo y participativo, sobre todo en el nivel preventivo, en este caso, por medio de la impartición de talleres dirigidos a esta población.

Mi compañera de trabajo y yo, coincidimos en el hecho de que las personas adultas mayores son un grupo poco valorado y además discriminado por ya no contar con las características de energía, fuerza, habilidad, agilidad, salud, etc., adjudicadas a las poblaciones jóvenes. Socialmente son consideradas como una población que está en un proceso de deterioro desde el ámbito que se observe. En este contexto, los mismos adultos van construyendo una identidad en la que dan más peso a sus carencias y ellos mismos hacen a un lado sus experiencias y aprendizajes de vida, hasta autoexcluirse de un entorno en el que ya no se sienten útiles.

Es por ello que decidimos realizar este taller dirigido a dicha población con la finalidad de desdibujar esas historias que ellos mismos se cuentan y les impiden

revalorarse como personas; todas las personas tenemos relatos de nosotros mismos, que al intercambiarlos con otros, pueden reforzarse o reconstruirse. Los relatos que permanecen por más tiempo, llamados *relatos dominantes*, dan un significado a nuestras vivencias e historias.

La principal intención del taller es que los participantes trabajen con algunas historias de su vida, las que consideraran alegres, tristes, de triunfos, de fracasos, de enseñanzas y de aprendizajes; alrededor de las cuáles reconozcan sus valores, recursos y habilidades, que les permitan reflexionar sobre cómo éstos pueden ser herramientas útiles para su crecimiento personal.

A la vez, buscamos compartir con los adultos mayores los aprendizajes adquiridos en la maestría, particularmente con la aplicación del enfoque Narrativo, a la vez de colaborar con ellos para esta redefinición de historias, de valores, fortalezas, de familia, de amistad y de enfermedad, en las que desde la narrativa, es posible construir y deconstruir de maneras distintas su pasados para tener una calidad de vida en su presente.

Marco teórico

Watzlawick (2000) menciona que la narrativa es el medio para generar la identidad y ésta se produce en los intercambios entre personas, las narraciones del yo, remiten a las relaciones sociales, más que a una elección individual. Suárez (2004) señala que somos coautores de identidades, de las narraciones que se transforman en nuestro sí mismo; somos la historia de un pasado narrado en múltiples contextos de construcciones narrativas.

Para Suárez (2004), la manera en como narramos nuestra vida depende de acuerdos sociales, los cuales pueden presentar un hecho como verdadero o falso. Sin embargo, es el significado que las personas le atribuyen a los hechos lo que determina el comportamiento. Es así como la analogía del texto se convierte en un

abordaje que posibilita conocer la distinción entre un relato dominante y un relato alternativo y a la vez sitúa los eventos en el tiempo. En los relatos, se ubican espacios que las personas deben llenar para representarlos, en cada nuevo relato surge uno distinto que contiene al anterior y lo supera. Es como si las personas reescribieran sus vidas.

White (2002b) menciona que las personas tienen vivencias que dan significado a sus narraciones y a sus vidas, además tienen el poder de representar sus relatos gracias al conocimiento que tienen de ellos mismos. Las historias constituyen a las personas mediante las verdades normatizadoras. La mayoría de las personas dispone de relatos de sí mismos, de los demás y de sus relaciones; el relato que prevalezca a la hora de asignar significados a los sucesos de la vida, determinará en gran medida la naturaleza de las propias vivencias y acciones. Si predomina una historia saturada de problemas se representará de modo habitual la misma vieja y problemática historia. De esta forma, gran parte de la experiencia vivida queda en el trasfondo, relegada por la narración dominante; esto es lo que hace tan relevante la exploración de los relatos alternativos.

Con cada representación de las narraciones, las personas reescriben sus vidas y sus relaciones, cada relato se cierra sobre sí mismo y se vuelve algo más que el relato anterior. Tanto la evolución de las vidas como las relaciones de las personas, son semejantes al proceso de reescritura, por el cual atraviesan las personas al entrar en las historias al entrar con toda su experiencia y su imaginación, al proceso de adueñarse de esas historias y hacerlas propias (Epston, White y Murray, 1996)

Las historias se vuelven doblemente importantes por que es mediante las historias que los acontecimientos extraordinarios o las excepciones producen relatos alternativos. Al reflexionar sobre las historias alternativas, a las personas se les abre la posibilidad de identificar valores y compromisos preferidos para la vida (White, 2002b).

White y Epston (1990) consideran que la gente se enfrenta a dificultades cuando se vive con historias dominantes que están saturadas del problema, pues resultan ser restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan hacia conclusiones negativas sobre su identidad. De entre los distintos métodos de trabajo que ha desarrollado el modelo narrativo, se encuentran descubrir los acontecimientos excepcionales, pues estos sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas. Una vez que se ha detectado y explorado a detalle, se empieza a averiguar sobre épocas o eventos en la vida del cliente, que contradigan esa historia dominante. Se trata de encontrar dentro de la propia narración de las personas, sobre su vida, evidencia de otras posibles historias o narrativas sobre su identidad. Por lo tanto los acontecimientos excepcionales sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas.

Cuando se ha logrado identificar estos acontecimientos excepcionales, es importante que se investiguen con cuidado para aprender sobre su historia y el significado que estos eventos tuvieron para la persona en un determinado momento, lo que significaron para otras personas importantes en su vida y lo que el recordarlos significa para él en la actualidad (Tarragona, 2006)

La narrativa parte de la idea de que se le da sentido a las experiencias organizándolas como historias o narraciones; como se mencionó, algunas historias se vuelven relatos dominantes en la vida de las personas, por lo tanto al encontrar historias o tramas alternativas es necesario fortalecerlas y engrosarlas para que adquieran mayor significancia y peso para la persona. White le llama a estas conversaciones <<conversaciones de reautoría>>, pues reescriben las historias que constituyen la identidad.

White y Epston (1990) consideran que la mayoría de los documentos y escritos que ellos realizan sobre las personas, ofrecen un contrapeso a las descripciones de los diagnósticos basadas en un lenguaje de déficit y patologías;

estos documentos como cartas, certificados, diplomas, etc., fortalecen las historias alternativas que surgen en las personas.

Una faceta más del trabajo desde una postura narrativa es la importancia de trabajar con testigos externos, que tiene que ver con la importancia de contar y recontar las historias para construir la identidad propia, se pueden implementar las denominadas ceremonias de definición que contribuyen a validar y fortalecer las historias de las personas. La finalidad es contar las historias frente a testigos externos que al estar presentes vuelven más significativa dicha historia (White, 2002a).

White (2002a) considera que las terapias narrativas abren un espacio para que las personas tomen una postura con respecto a los problemas de sus vidas, a los acontecimientos y a los actos que contradicen los relatos de incompetencia e inadecuación asociados a problemas; y a los conocimientos sobre las soluciones que son identificados mediante una exploración de esas contradicciones. Estas prácticas les permiten a las personas: a) negociar y renegociar los significados atribuidos a esos problemas y a esas contradicciones; b) hacer el mapa de los efectos de esos problemas sobre sus vidas; c) hacer una evaluación de los efectos del problema y de las consecuencias de las contradicciones y los conocimientos sobre soluciones que se identifiquen; y d) establecer justificaciones pertinentes para esas evaluaciones. Al justificar esas evaluaciones, las personas se descubren manifestando descripciones claras de sus intenciones y objetivos preferidos, así como de los valores y compromisos que defienden.

Desde las terapias postmodernas, se valora el concepto de polifonía, que es la capacidad de sumar diferentes voces o posturas a las conversaciones, lo cual se facilita cuando se trabaja en grupo.

Anderson (2005, p. 59) narra que ella usa el término *polifonía* como metáfora para describir el tipo de relaciones y conversaciones que más valora:

“aquellas en las que las diferencias y la diversidad son bienvenidas, respetadas y consideradas relevantes”. Menciona que de la heterogeneidad, multiplicidad y divergencia de múltiples voces emerge lo novedoso. Comenta que al unir diferentes voces, cada voz sigue siendo la misma y lleva su propio significado, pero al unirse con las otras forman un nuevo campo de significados, conexiones e interacciones inesperadas.

Por eso en su trabajo se pregunta cómo organizarse para unir fragmentos de de distintas voces y generar algo nuevo y cómo crear como terapeutas los tipos de conversaciones con los clientes que permitan que ambos accedan a su creatividad y se desarrollen posibilidades.

Este concepto está fundamentado en una de las bases de la Postmodernidad, que tiene que ver con el concepto de que existe multiplicidad de voces o perspectivas (Tarragona, 2006). De esta manera, cada escuela de terapia busca diferentes formas de incorporar estas voces a través de preguntas, equipos terapéuticos o testigos externos.

Actividades del taller

Las actividades que serían llevadas a cabo durante el taller, fueron plasmadas en una carta descriptiva, la cual contenía de manera explícita los objetivos por sesión, las actividades y dinámicas a realizar y los tiempos y materiales para su consecución.

Para la realización del taller se utilizaron diversas técnicas y recursos didácticos, en su mayoría creados por nosotras³².

³² Ver anexo III

Resultados del taller.

Al taller asistieron participantes con un promedio de edad de 84 años de nivel socioeconómico bajo. Aunque todos los participantes sabían leer y escribir, 2 participantes requirieron ayuda para hacerlo, uno recientemente había perdido la vista, y otra se encontraba debilitada por una enfermedad en el aparato respiratorio.

Los logros que se obtuvieron del taller fueron que los participantes trabajaron en temas en los que ellos pudieron identificar las historias de vida agradables y desagradables y extrajeron sus principales elementos. Contaron algunas de las historias de vida con sus compañeros del grupo, lo que les permitió identificar sus habilidades y valores en estas historias y además reflexionaron sobre los recursos redescubiertos y su aplicación en nuevos proyectos.

Los participantes dieron retroalimentación sobre el taller, los resultados más relevantes fueron que todos coincidieron en que el taller les resultó útil para reflexionar o para aprender algo nuevo, ya que consideraron que los temas fueron útiles, principalmente los de valores, fortalezas y amistad. También comentaron que las estrategias de trabajo les parecieron útiles fueron y las que más gustaron fueron trabajo en equipo, rompecabezas, canto, crucigramas y dinámicas donde tenían que recordar.

También calificaron nuestro desempeño como instructoras y mencionaron que fue bueno porque fuimos respetuosas y claras al exponer los temas.

En cuanto a sus sugerencias para mejorar el taller, ellos dijeron que sería útil convencer más a los que no participaron en dar su opinión, poner música de fondo, trabajar con un poco más de tiempo, hacer algunos ejercicios de forma individual, ir más seguido y seguir preparándonos más.

Conclusiones.

Este taller se realizó como parte de nuestra formación profesional, la cual se basa en la adquisición de habilidades profesionalizantes. Una de ellas es la capacidad de desarrollar talleres que tengan un impacto en comunidades con diferentes deficiencias ó problemáticas en nuestra sociedad, al mismo tiempo, poner al servicio de la sociedad los conocimientos adquiridos.

El trabajo con la gente de la tercera edad me parece importante porque ésta es una población que tiende a ser descuidada por las instituciones y organismos encargados de vigilar el desarrollo social del país.

Al dar el taller adquirimos más habilidades para diseñar, poner en práctica y evaluar un taller, además de que pudimos incidir en una comunidad de residentes de la tercera edad de una casa de retiro con el impacto antes mencionado.

El trabajo con comunidades de distintas características sociales, físicas, académicas, culturales, etc., siempre resulta una experiencia satisfactoria, y en este caso nos fue útil para constatar el valor de la población de la tercera edad y para observar puestas en práctica algunas de las intervenciones que plantea el trabajo con terapia narrativa.

3.6. Asistencia a foros académicos, congresos y talleres

Durante la maestría tuve la posibilidad y el interés de asistir a diversos espacios y foros académicos, donde di continuidad a mi formación como terapeuta fuera de las aulas, y además pude escuchar de viva voz de los expertos de la terapia familiar, sus teorías, técnicas, los avances, las críticas y las nuevas posturas acerca de la terapia³³.

³³ Ver Anexo IV.

- ✓ **“XI Congreso Nacional de Terapia Familiar”**. Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C. Noviembre 2008, Querétaro, Querétaro.
- ✓ **”Taller Teórico- Práctico: El niño maltratado y su familia” Por el Dr. Stefano Cirillo**. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C. Abril 2009. Cd. de México.
- ✓ **“Taller: entre la violencia y el amor”**. Por el Dr. Juan Luís Linares. Escuela de Terapia Familiar Sistémica de México, A.C. Septiembre 2009. Santiago de Querétaro, Querétaro.
- ✓ **“Terapia Sistémica: Historia, tradición y perspectiva”**. Escuela de Terapia Familiar Sistémica de México, A. C. Septiembre 2009. Santiago de Querétaro, Querétaro.
- ✓ **“Seminario de Terapia Dialógica con el Dr. Paolo Bertrando”**. Centro Milanés de Terapia de la Familia cede México. Octubre 2009, Cd. de México.
- ✓ **“XVIII World International Family Therapy Association IFTA”**. Marzo 2010, Buenos Aires, Argentina.
- ✓ **“Terapia Breve del siglo XXI: la improvisación creativa para el cambio”**. Por Dr. Bradford P. Keeney y el Dr. Wendel A. Ray. Centro de Solución de Problemas y Academia para la Formación, Investigación y Práctica de las Psicoterapias Sistémicas. S. C. Mayo 2010, Ciudad de México.
- ✓ **“Taller teórico-práctico, Salvador Minuchin: su trabajo hoy”**. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A. C. Junio 2010, Ciudad de México.

Participación como difusora en foros académicos.

- ✓ **“Intervention with Haley Strategic Model: A Single Case”**. Presentado en el XVIII World International Family Therapy Association (IFTA). Buenos Aires, Argentina. Marzo 2010

- ✓ **“Los cuentos que yo cuento: trabajando con mis historias de vida”**. Presentado en Casa de retiro Teodoro Gildred de la Fundación Bringas Haghenbeck IAP. Mayo 2010
- ✓ **“El Camino del Empoderamiento: análisis de caso”**. Presentado en la V Jornada Clínica de la Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología. UNAM. Junio 2010.
- ✓ **“Estancia Académica”**. Escuela de Terapia Familiar de la Universidad Autónoma de Barcelona, con sede en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Julio 2010, Barcelona, España, a cargo del Dr. Juan Luís Linares.

3.7. Habilidades de compromiso y ética profesional

La profesión del terapeuta, al igual que cualquier profesión que esté encaminada al trabajo directo o indirecto con los seres humanos, tiene por obligación mantener una actitud de respeto a los derechos y dignidad de las personas.

Sea donde fuere que se encontrase el psicólogo, el trato digno a las personas será fundamental, desde el trabajo con grupos de investigación, en comunidades o de manera individual, hasta el espacio más común del terapeuta, el contexto terapéutico.

Al respecto, los psicólogos debemos de mostrar un compromiso de responsabilidad hacia el bienestar de los individuos y sus familias, concediéndoles los derechos básicos de privacidad, confidencialidad, autonomía, trato justo, igualdad y sobre todo, el derecho a decidir de manera libre aceptar, rechazar o dar por concluida una relación terapéutica.

Cabe mencionar que si bien en nuestro país, diversas asociaciones se han dado a la tarea de intentar delimitar y definir la ética del psicólogo, el principal eje de éstos es siempre el respeto al bienestar de los sistemas consultantes. Uno de los

escritos con mayor aprobación y difusión en México es el *“Código ético del psicólogo”*, elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), cuyo principal propósito es garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos y el actuar de los psicólogos, además de ofrecer un apoyo en la toma de decisiones y en los casos concernientes a dilemas éticos.

La Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (AMTF) también ha generado un Código Ético en el cual los principales puntos son: responsabilidad con los pacientes, confidencialidad, capacidad e integridad profesional, responsabilidad con estudiantes supervisados y otros subordinados, responsabilidad con los participantes en investigaciones, responsabilidad a la profesión, arreglos financieros y promoción de servicios o publicidad.

Al trabajar con las familias nos enfrentamos a sistemas que contienen sus propias creencias, valores, cultura, ideas, predilecciones políticas y sociales y es nuestro deber mantener una relación terapéutica respetuosa de las características de cada uno de ellos, de sus diferencias, de sus capacidades y de su individualidad. Es por ello de suma importancia que, durante la maestría, se busque no sólo fomentar las competencias profesionales y habilidades desde un marco epistemológico definido, sino también las que atañan el respeto y compromiso hacia la sociedad.

Ética y dilemas en la formación

En el transcurso de la maestría, tanto en las sesiones de terapia, como en clases con profesores y compañeros, se presentaron algunos escenarios en los que llegué a no estar de acuerdo en forma y contenido.

Uno de los principales dilemas al que me enfrenté fue la formación distinta con la que llegamos a la maestría. Particularmente en mi caso, desde la licenciatura, empecé a involucrarme del tema de la terapia sistémica, así que para la

maestría ya traía conocimiento de antecedentes y premisas teóricas, situación muy distinta en relación a la gran mayoría de mis compañeros; así que durante las sesiones de terapia, algunos de ellos utilizaban técnicas e intervenciones de otras escuelas y su visión hacia el caso era también desde otras perspectivas terapéuticas. Para mí fue muy disruptivo escuchar interpretaciones al caso que nada tenían que ver con el enfoque sistémico y algunas veces me frené a realizar comentarios disonantes, pues la mayoría del tiempo, en el grupo en general colocamos por encima el respeto a las diferencias, aunque algunas veces se salieron de las manos en planos personales. Esta misma sensación de discrepar me sucedió con algunos profesores y profesoras, ya que claramente su formación no era sistémica, sin embargo tenían que intentar entrarle al tema con esa perspectiva. Similar a como actué con mis compañeros, en algunos momentos consideré necesario si hacer explícitos mis cuestionamientos, en otros no.

En relación a las terapias, los dilemas que se me presentaron partían más de mi relación con el equipo terapéutico, pues obviamente mi visión dentro del consultorio era diferente al otro lado del espejo. Cuando llegó a haber sugerencias o cuestionamientos a mi actuar en el consultorio, caía en cuenta que tenía que entender que por un lado algunos de ellos tenían una visión distinta, y por otro, al estar del otro lado del espejo ellos observaban cosas que salían de mi alcance, así que preferí enriquecer mi formación con estas miradas e incluirlas en las sesiones a mi cargo. A la inversa, creo que mis señalamientos como parte del equipo terapéutico, algunas veces fueron incomprendidas, pero me limité a no entrar en discusiones y preferí que quedaran como comentarios al aire; aunque en mi análisis de momento pudieron evitarse errores en las sesiones.

Afortunadamente, las herramientas del enfoque me han permitido ser consciente de las diferencias, incluyente a diversas opiniones y sobre todo, respetar a otros sistemas en sus explicaciones de mundo.

*Galeones en vientos alisios perdidos en el mar,
sé que un tesoro me está esperando,
oro y plata en las montañas de España.
-Spanish Caravan, James Douglas Morrison-*

Capítulo IV

Consideraciones finales



Una de las finalidades del Programa de la Residencia en Terapia Familiar es que al egresar, los alumnos cuenten con habilidades y competencias de un terapeuta sistémico, que pueda intervenir en diversas problemáticas del ser humano dentro de sus respectivos contextos, desde una perspectiva abarcadora e interaccional. En el presente y último capítulo, se presentarán las reflexiones de las diferentes maneras en las que la Maestría en Terapia Familiar, influyó en el proceso de aprendizaje de diversos conocimientos, el desarrollo de habilidades y su aplicación en el ámbito psicosocial, así como la influencia que tuvo en la personalidad del terapeuta.

4.1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas

Aunque desde la Licenciatura ya contaba con una formación y conocimiento acerca de la terapia sistémica, durante la Residencia de Terapia Familiar tuve la posibilidad de poder reafirmar dichas enseñanzas y aprender más acerca de los modelos y sus fundamentos y sobre todo, conté con la gran posibilidad de llevarlos a su aplicación en las intervenciones terapéuticas, bajo la supervisión de diversos expertos que en sus respectivos momentos tuvieron a bien corregirme y fortalecer mis habilidades como terapeuta sistémica.

Durante los cuatro semestres, el programa de maestría me dio la posibilidad de atravesar paso a paso por los diversos modelos, e ir consolidando las herramientas que cada uno de ellos posee para el trabajo clínico. Sin dejar de mencionar la importancia de haber tenido revisiones exhaustivas acerca de los fundamentos.

Las habilidades terapéuticas adquiridas van desde mantener siempre una postura de respeto hacia los pacientes y los sistemas, entender y aceptar sus descripciones desde sus particularidades, y escuchar todas las voces, fincar mis observaciones en las interacciones y en los diversos contextos donde se desarrollan; hasta poder manejar las estrategias e intervenciones adecuadas durante el proceso,

que lleven a los pacientes a cambios en sus vidas cotidianas, donde por indudables razones, también como terapeuta y persona, yo estoy en continua transformación junto con el paciente.

En el afinamiento de estas habilidades clínicas, me fue muy importante el estar bajo la supervisión de un terapeuta experto, y un equipo de terapeutas en formación, que me apoyaron para realizar análisis en cada caso y en cada sesión. Lo que me permitió escuchar la multiplicidad de voces dentro del contexto terapéutico y sensibilizarme ante las diferentes opiniones; situación que en su conjunto, fue trasladada a los procesos de terapia con los pacientes para concluir los casos en buenos términos.

Cabe señalar que las habilidades y aprendizajes que adquirí, no solo se centraron en el área clínica. También se expresaron hacia afuera del consultorio.

Tal es el caso de la elaboración de dos investigaciones de diferentes cortes, el cuantitativo y cualitativo. Éstas, me dieron la oportunidad de acercarme al quehacer del investigador y generar conocimiento al servicio de la sociedad; así como aprender sus respectivas herramientas para plantear, diseñar y aplicar proyectos de investigación y difusión del conocimiento.

Con la aplicación de un taller a la comunidad, adquirí una manera distinta de trabajar con los miembros de una familia, en mi caso, con gente de la tercera edad. La herramienta aprehendida partió del cómo simplificar la teoría, particularmente el enfoque Narrativo, y cómo entregársela a los asistentes para que les fuera útil en su proceso de vida.

Entre otras habilidades y competencias, la elaboración de dos productos tecnológicos, basados en el trabajo de Virginia Satir, fueron un cauce para la creatividad e inventiva que es relevante desarrollar como terapeuta, trabajo el cual espero resulte útil y de apoyo, para otros compañeros terapeutas en formación.

En cuanto a la participación en foros y otros entornos académicos, he tenido a bien comprometerme con mi formación como terapeuta sistémica, y me he dado a la tarea de participar en diversos congresos y conferencias, donde he podido escuchar, de voz de los originales, los diversos avances, aplicaciones y transformaciones de la terapia sistémica. Este compromiso con el aprendizaje, me llevó a buscar la participación en el **“XVIII World International Family Therapy Association (IFTA) Congress”**, en Buenos Aires, Argentina, donde participé con la presentación de un caso en modalidad de cartel. En dicho congreso reporté el análisis de un caso que atendí en coterapia, desde el Modelo Estratégico de Jay Haley; reportando el proceso, las intervenciones realizadas y el resultado. Dicho caso fue atendido en el Centro Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología.

Al finalizar la maestría, tuve la posibilidad de realizar una estancia académica corta, de un mes, en la Universidad Autónoma de Barcelona, España, bajo la supervisión del Dr. Juan Luís Linares. La estancia me concedió continuar con mi formación como terapeuta al poder observar *in situ* el trabajo del Dr. Linares, el Dr. Ricardo Ramos y la Dra. **Iolanda D’ Azcenzo**. Con esta experiencia pude conocer y tener un acercamiento de la sociedad de Cataluña, y las problemáticas que aquejan a las familias que llegan a consulta al Hospital de la Santa Creu, sede de la UAB. Mi participación fue como equipo terapéutico del otro lado del espejo, colaborando en la construcción de intervenciones y aportando mis **perspectivas a los casos. En el trabajo con la doctora D’ Azcenzo, se me asignó la** tarea de realizar la transcripción de una sesión de primera vez. Labor que me fue muy útil para ir entendiendo y analizando las intervenciones de la Dra.

Ambas experiencias fueron enriquecedoras a mi acervo como terapeuta sistémica, pero también a mi persona, puesto que aprendí no sólo de otras culturas en contextos académicos o clínicos, sino que también me permití convivir y empaparme de su cotidianeidad.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

Vivimos en una sociedad cambiante, en constantes movimientos económicos, políticos, culturales y sociales, que influyen de manera determinante en las familias mexicanas; y las repercusiones en éstas, a su vez influyen a esos cambios. Es preciso no dejar de lado que, los sistemas familiares, atraviesan por sus propios ciclos y movimientos internos, por lo que ambos elementos intra y extra sistema, complejizan las relaciones al interior de la familia, y le exigen respuestas de afrontamiento, de muy diversas características. Hay sistemas que lo logran, otros no. En este tenor, considero que para el terapeuta sistémico, es vital tener una visión abarcadora de los sistemas, que se encuentran inmersos en otros sistemas.

Con estas complejas crisis y movimientos, es como se acercan a los espacios de psicoterapia de la facultad las familias o integrantes de éstas, solicitando los servicios de atención a diversas problemáticas difíciles de resolver con sus propios medios. Como mencioné capítulos atrás, durante el programa de residencia, tenemos la posibilidad de acercarnos a la práctica clínica, en los espacios de atención vinculados a la Facultad de Psicología, lugares donde son remitidos los pacientes que solicitan la psicoterapia. Sin embargo, quiero hacer énfasis en el hecho de que, no por ser estudiantes y terapeutas en formación, el compromiso ético, profesional y social, se haga a un lado. Una vez estando dentro del consultorio, asumí la responsabilidad y el compromiso participar como un ente generador de cambios en un sistema terapéutico.

Haber realizado las investigaciones y haber participado en la impartición de un taller de intervención comunitaria, fue también una oportunidad de incidir en el campo psicosocial, ya que tuve acercamiento a dos tipos de poblaciones con características sociales y estigmas particulares, como la marginación, la vulnerabilidad, la exclusión social. A quien me refiero es a la gente de la tercera edad, con quienes realicé la investigación de corte cuantitativo, buscando conocer

qué pasa cuando, ya siendo gente adulta, en una posible fase de reencuentro y vejez, no se han desprendido del todo del rol de ser padres y madres, aún con ánimos de educar. Con esta población también participe impartiendo un taller desde una perspectiva Narrativa, invitando a los asistentes a deconstruir y reconstruir sus historias que les dan identidad. Con la investigación cualitativa, tuve la experiencia de entrevistar a una mujer sexoservidora, buscando saber qué características contiene su rol de madre y cómo son llevadas al seno de su familia.

4.3. Reflexión, análisis de la experiencia e implicaciones en la persona del terapeuta

Mi paso por la Residencia en Terapia Familiar, fue una experiencia que rindió frutos de diversas maneras. He afianzado una epistemología sistémica, y la he vuelto más que una perspectiva en mi quehacer como terapeuta, en una filosofía de vida, que me permite observar interacciones y colocarme desde diferentes lugares para conocer a los diversos sistemas de los que formo parte; entiendo la influencia de mi participación en esos sistemas y los alcances que tienen los pequeños cambios en cualquier interacción.

Me inserté y aprendí de un sistema académico con sus particularidades, compañeros y compañeras alumnos con quien compartí experiencias y conocimiento, y también profesores y profesoras, de quienes aprendí las diversas maneras de hacer terapia familiar. Pude contar con la colaboración de estos sistemas, para enriquecer mis habilidades y herramientas como terapeuta, para lograr un mejor desempeño en mi labor clínica. Así como también recibí señalamientos que me ayudaron a trabajar sobre mis lados débiles y puntos ciegos, difíciles de hallar en ejercicios de autocrítica.

Entendí la responsabilidad que recae en el terapeuta al aparecer frente a la familia consultante, observada principalmente mediante el uso del lenguaje y la construcción o deconstrucción de síntomas. Es de uso común y de enfoques con

tendencias médicas, patologizar, diagnosticar y etiquetar los diversos síntomas que aparecen en las problemáticas. Por lo tanto, como terapeuta sistémico, considero que es importante, no utilizar dichos términos a la ligera, dado que fincaríamos problemas en las familias y las volveríamos estáticas, en vez de mirar y fortalecer los recursos con los que cuentan y moverlas hacia ese bienestar.

Finalmente, pero con la misma importancia que los puntos anteriores, consolidé más del bagaje sistémico y sus fundamentos, lo que me permite sustentar teóricamente el trabajo que realizo como terapeuta, las intervenciones y la postura con la que me planto dentro del contexto de terapia, lo cual considero le da una credibilidad y profesionalización a mi quehacer como Psicóloga Clínica.

*Algunos han nacido para el dulce placer.
Algunos han nacido para el dulce placer.
Algunos han nacido para la noche infinita.
-End of the night, James Douglas Morrison-*

Referencias



Bibliografía

Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.

Arranz, E. y Oliva, A. (2010). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En S. McName y K. Gergen (Ed.) (1992) *La terapia como construcción social* (pp.45-59). Barcelona: Paidós.

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

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (1982). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.

Bateson, M. C. (1984). *Como yo los veía*. España: Gedisa.

Beltrán, L. (2002). *La construcción de realidades alternativas en las interacciones verbales. Análisis de la conversación terapéutica*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Beltrán, L. (2004). *El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos*. En L. Eguiluz (comp.) (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp. 197-223). México: Pax.

Berg, I. y Miller, S. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol: Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Barcelona: Gedisa.

Bertalanffy, L. von (2006). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

- Beyebach, M. (2006). *24 Ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder
- Bollini, M. (1994). *La Teoría General de los Sistemas y el origen olvidado de una Psicología Sistémica*. Argentina: Editorial Lumen.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (1995). *Actos de significado, más allá de la revolución cognitiva*.
- Cade, B y O' Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós
- Cirillo, E., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Cubero, R. (2005). *Perspectivas constructivistas. La intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. España: Grao.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa
- Eguiluz, L. (comp.) (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Editorial PAX.
- Eguiluz, L (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM-FESI-UAT.
- Erickson, B. A. (1988). *Los mitos familiares y la realidad: abordajes ericksonianos de la familia de origen*. En Zeig, J. y Gilligan, S. (comps.)(2004). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. (1992). *El hombre de febrero*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Espinosa, S. (2004). *El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones*. En Eguiluz, L. (comp.) *Terapia familiar: su uso hoy en día*. (p. 115-138) México: Editorial PAX México.

Esteinou, R. (2008). *La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX*. México: Ed. Porrúa-CIESAS.

Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio: como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética. Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.

Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.

Galicia, I. (2004). *Terapia estratégica*. En L. Eguiluz (comp.). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. (p. 81-113) México: Editorial PAX México.

García, M. (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología* México: Miguel Ángel Porrúa en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Giberti, E. (2005). *La familia a pesar de todo*. Argentina: Novedades Educativas NOVEDUC.

González, M. (2004). *El modelo de hipnosis de Milton Erickson*. En Eguiluz, L. L. (comp.) (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Páx México.

Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.

Haley, J. (1959). *The family of the schizophrenic: A model system, Journal of nervous and Mental Disease*, nº 129, págs. 357-364, en P. Bertrando y D. Toffanetti (2004) *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

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

Haley, J. (1980b). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1996). *Una postura reflexiva para la terapia familiar*. En S. McNamee y K. Gergen (Ed.) *La terapia como construcción social* (pp. 25-43). Barcelona: Paidós.

Jackson, D. D. (comp.) (1977). *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Johansen, O. (1982). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. México: Editorial Limusa.

Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM-PUEG-CEIICH.

Lax, D.W. (1996). *El pensamiento posmoderno en la práctica clínica*. En S. McNamee y K. Gergen (Ed.) *La terapia como construcción social* (pp.93-110). Barcelona: Paidós.

Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Loría Saviñón, Cecilia (1997). *Mujeres y hombres en la escuela y la familia. Estereotipos y perspectiva de género. Guías para talleres breves*, SEP/Comisión Nacional de la Mujer, México, 1997.

Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva: una guía práctica*. Barcelona: Paidós.

Mc Namee, S. y Gergen, K. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

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

Minuchin, S. y Nichols, M. P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. España: Paidós.

Nardone, G. (2007). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.

Ochoa, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

O' Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas*. Buenos Aires: Paidós.

O' Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993) *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

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

Pakman, M. (1996). *Construcciones de la experiencia humana Vol. I*. Barcelona: Gedisa.

Papalia, D y Wendkos, O. (1992). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.

Rodríguez, G. C. (2004). *La escuela de Milán*. En L. Eguiluz (comp.) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Páx México.

Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Satir, V. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Satir, V. (1994). *En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás*. México: Árbol editorial.

Satir, V. (1996a). *Vivir para amar. Un encuentro con los tesoros de tu mundo interior*. México: Editorial Pax México.

Satir, V. (1996b). *Vivir para crecer. Un viaje maravilloso al mundo de tus posibilidades*. México: Editorial Pax México.

Satir, V. (1999). *Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial Pax.

Selvini, M. Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). *Elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión*. Publicado en *Family Process*, 19, 1, 1980, págs. 7-19, en Selvini, M. (comp.) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós

Selvini, M. (comp.) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M., Cirillo, E., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1993). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. 2ª Edición. México: Trillas.

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

Thompson, K. (1988). *La metáfora: un mito con un método*. En Zeig, J. y Gilligan, S. (comps.) (2004). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Umbarger, C. C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires:

Vargas, P. (2004). *Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica* en Eguiluz, L. L. (comp.) (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Páx México.

Vargas, P. (2007). *La visión orientada a los sistemas de interacción: El Centro de Terapia Breve del MRI* en García, M. M. (comp.) (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y Editorial Porrúa.

Vega, J. y Bueno, B. (1995). *Desarrollo Adulto y envejecimiento*. España: Síntesis.

Watzlawick, P. (1995). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P. (2002). *La coleta del Barón de Münchhausen: Psicoterapia y realidad*. Barcelona: Herder

Watzlawick, P. y Krieg, P. (comp.) (1998). *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

Zeig, J. (1980). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Zeig, J. y Gilligan, S. (comps.) (2004). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

En la web

Ariza, M. (2004). *Obreras, sirvientas y prostitutas. Globalización, familia y mercados de trabajo en República Dominicana*. Estudios Sociológicos, vol. XII, núm. 1, enero-abril, 2004, pp. 123-149, El Colegio de México. Recuperado el 27 de enero de 2013 en: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/598/59806405.pdf&embedded=true>

Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997). *Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. Recuperado el 25 de abril de 2013 en: http://amtf.com.mx/codigo_etico/codigo_etico.html

Berumen, B. (2004). *La Migración*. En *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, número 36. Recuperado el 17 de febrero de 2014 en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/mebb-migra2.htm>

Bolaños, A. (2006). *La prostitución desde una perspectiva de los derechos humanos*. Ponencia para la Comisión mixta Congreso-Senado. Médicos del Mundo- España. Recuperado el 3 de febrero de 2013 en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1166017160_Prostitucion_perspectivaddhh.pdf

Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas (2009). Recuperado el 28 de enero de 2012 en <http://relap.cucea.udg.mx/articulos/3/familias.pdf>.

FBH (2011). *Fundación Bringas-Haghenbeck*. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: <http://www.fbh.org.mx/index.html>

IFAI. (2012). *Instituto Federal de Acceso a la Información Pública Portal de Obligaciones de transparencia*. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: http://portaltransparencia.gob.mx/pot/servicio/consultarServicio.do;jsessionid=WG8FQrnVWVrZtqW6JS6R2zBnzwwK4pqSpRJ2MgmcQsgOT8vXV17!1004202839?method=edit&idServicio=SAP-0001&_idDependencia=12

INEGI (2012). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 28 de febrero de 2013 en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

INEGI (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 18 de enero de 2014 en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P>

Iniciativa Ciudadana para la promoción de la cultura del diálogo, A. C. (2009) Recuperado el 18 de enero de 2014 en: <http://www.iniciativaciudadana.org.mx/images/stories/diagnosticodf.pdf>

INMUJERES. (2004). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. Recuperado el 8 de abril de 2013 en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf

Konvalinka, A. (2012). *UNED Nuevas formas de familia: familias tardías*. Audio recuperado el 8 de abril de 2013 en: http://www.ivoox.com/uned-nuevas-formas-familia-familias-tardias-audios-mp3_rf_1450023_1.html?autoplay=true&fromnext=1450023

La Jornada. (2012). *Economía: Aumentó en 10 años el hacinamiento por deterioro económico de las familias: Inegi*. Recuperado el 8 de abril de 2013 en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/03/02/economia/027n1eco>

Lecturalia. (2013) *Virginia Satir*. Recuperado el 2 de marzo de 2013 en: <http://www.lecturalia.com/autor/748/virginia-satir>

Maldonado, S. (2012). *La prostitución en México, problema de conducta social en Congreso de la República Amorosa*. Recuperado el 10 de octubre de 2012 en: <http://congresorepublicaamorosa.wordpress.com/2012/03/23/la-prostitucion-en-mexico-problema-de-conducta-social-por-guadalupe-maldonado-santoyo/>

Mercado, A., Zárate, A. (2009). *Algunas consecuencias de la migración de México a los Estados Unidos*. *Revista Vinculando*. Recuperado el 18 de enero de 2014 en: http://vinculando.org/articulos/sociedad_mexico/algunas_consecuencias_de_la_migracion_de_mexico_a_estados.html

Mestre, M., Tur, A., Samper, P., Nácher, M., y Cortés, M. (2005). *Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. vol.39 no.2 Bogotá May/Aug. 2007. Recuperado el 20 de abril de 2013 en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342007000200001&script=sci_arttext

Musto, C. y Trajtenberg, N. (2011). *Prostitución y trabajo sexual: el estado de arte de la investigación en Uruguay*. *Revista de ciencias sociales* N° 29. Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay. Recuperado el 23 de enero de 2013 en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc%2029-8.pdf>

Novelo U., Federico. (2004). *Situación actual y perspectivas de la migración México-Estados Unidos* en Observatorio de la Economía Latinoamericana N° 28, julio.

Recuperado el 17 de febrero de 2014 en:
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2004/fn-migra.htm>

Psicología, UNAM. (2012). ***División de Estudios Profesionales CCSCUSS***. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: <http://www.psicoloia.unam.mx/pagina/es/112/centro-de-servicios-psicologicos-dr-guillermo-davila>

Psicología, UNAM. (2012). ***División de Estudios Profesionales CCSCUSS***. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/122/centro-comunitario-dr-julian-macgregor-y-sanchez-navarro>

Psicología, UNAM. (2012). ***División de Estudios Profesionales CCSCUSS***. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/123/centro-comunitario-de-atencion-psicologica-los-volcanes>

Rodríguez, J. y Gaona, R. (2010). ***Breve ensayo sobre la precarización del empleo, desempleo y migración internacional en México 1995-2010***. Recuperado el 17 de febrero de 2014 en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1256/empleo-desempleo-migracion-internacional-mexico.html>

Rushing, R., Watts, C., Rushing, S. (2005). ***Living the Reality of Forced Sex Work: Perspectives From Young Migrant Women Sex Workers in Northern Vietnam***. *Journal of Midwifery & Women's Health*, Vol. 50, No. 4. En Musto, C. y Trajtenberg, N. (2011). ***Prostitución y trabajo sexual: el estado de arte de la investigación en Uruguay***. Recuperado el 23 de enero de 2013 en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc%2029-8.pdf>

Sandoval de Escurdia, J. y Richard, M. (2006) ***La salud mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social***. Cámara de Diputados LIX Legislatura. Recuperado el 17 de febrero de 2014 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

SIDESO (2009). ***Sistema de Información del Desarrollo Social Ley de Sociedad de Convivencia para el Distrito Federal***. Recuperado el 5 de enero de 2013 en: http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/legislacion/ley_de_sociedad_de_convivencia_para_el_distrito_federal.pdf

Trueba, C. (1993). ***La mujer y el trabajo en México***. Recuperado el 16 de abril de 2013 en: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras33/notas2/sec_1.html

UNAM a. (2012). ***Programa de Maestría y Doctorado en Psicología***. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 en: <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/punto02.pdf>

UNAM b. (2012). ***100 Años Universidad Nacional Autónoma de México 1920-2010***. Recuperado el 20 de noviembre de 2012 en:

http://www.100.unam.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=114&lang=es

Valladares, G. (2008). *La familia. Una mirada desde la Psicología*. Recuperado el 30 de abril de 2012 en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>

Anexos



ANEXO I

“Tabla de respuestas a los reactivos del instrumento de evaluación del rol parental en el adulto mayor en relación con su familia nuclear”

CREENCIAS	CONDUCTA DEL ADULTO MAYOR	CONDUCTA DEL HIJO/A	EXPECTATIVAS	AFECTOS
Consideran que sus hijos sí son capaces de resolver sus problemas de pareja sin la ayuda de sus padres 80.9%.	Ayudan a su hijo/a si éste tiene un problema de salud 80.9%.	Abrazan a sus padres 80.9%.	Esperan que su hijo/a respetará sus decisiones de salud 82.4%.	Les alegra pasar tiempo con sus hijos 91.2%, no se enojan cuando ellos los visitan 94.9%.
Creer que deben poder resolver sus problemas sin la ayuda de su hijo/a 59.6%.	Visitan a sus hijos 54.4%, algunos aclararon que los visitan solo cuando son invitados.	Cooperan con su economía 42.6%.	La relación con su hijo/a cada vez será mejor 70.6% y que la relación no decaiga 77.2%.	Les agrada la relación con su hijo/a 81.6%.
Puede pedir ayuda económica a su hijo/a 50.7%, pueden pedir ayuda a sus hijos para otros hijos 44.9%. Por el contrario, no piden ayuda económica 60.3% ni solicitan ayuda para otros hijos 45.6%.	Cooperan cuando pueden con la economía de su hijo/a 50%, este porcentaje sube a 57.4% si su hijo/a tiene un problema económico	Los hijos se acercan a pedir consejos 50.7%. Los hijos escuchan cuando les dan un consejo 64%.	Esperan que su hijo/a los escuchará 73.5%.	Se alegran porque sus hijos han sido buenos con ellos 94.1%.
Consideran que sí deben ayudar sus hijos cuando tienen un problema con sus propios hijos 44.1%.	Aconsejan a sus nietos 58.1%, pero consideran que no participan en la educación de sus nietos 58.8%.	Los hijos sí siguen los consejos de sus padres 28.7%.	Si le falta dinero su hijo/a lo ayudará 66.9%, su hijo sí se hará cargo de ellos 65.4%, y su hijo/a atenderá todas sus quejas 43.4%.	Les satisface la frecuencia con la que los visitan sus hijos 74.3%.
Ser guía moral para su hijo/a 71.3%, lo cual indica que aún consideran que son personas que pudieran dar un ejemplo a seguir.	Aconsejan a su hijo/a cuando él lo pide 70.4%, sobre salud 64.7% y sobre economía 44.1%, pero no sobre sus relaciones de	Los hijos no aconsejan a sus padres sobre cuestiones domésticas 61%, ni sobre economía 62.5%, pero sí sobre salud 66.2%.	Podrán resolver sus problemas de salud sin la ayuda de su hijo/a 56.6%.	Les agrada que sus hijos les platicuen sus problemas 70.6%. Les gusta que les pidan consejos 76.5%. 22.8% dijo sí angustiarse si sus hijos les piden ayuda pues no siempre tienen manera de

	pareja 69.1%.			solucionarles sus problemáticas.
Son capaces de enseñarle cosas a su hijo/a 61.3% y el 44.9% cree que debe seguir enseñando cosas a su hijo/a.	Un 56.6% habla con su hijo/a para resolver sus problemas y un 50% deja pasar el tiempo hasta que se calme la situación.	No les piden que cuiden a los nietos 46.3%.	Podrán ayudar a su hijo/a 61.8%.	Les gusta que su hijo coopere con su economía 58.1%, pero solo el 42.6% reportó que su hijo/a sí lo hace.
El 41.9%, cree que sigue siendo responsable de la familia, aunque algunos mencionaron que sólo se sienten responsables de los miembros de la familia que aún viven en casa.	No se mete en los problemas de su hijo/a 65.4%.	No los maltratan 96.3%. No insultan a sus padres 93.4%. No deciden por ellos 82.4%. No ignoran a sus padres 74.3%.	Saben cada cuándo los va a visitar su hijo/a 58.1%.	No les molesta tener que dar dinero a su hijo/a 77.2% ni tener que ayudar a su hijo/a en sus problemas 76.5%.
Su papel más importante en la familia es el de ser padre/madre 69.12%, mientras que la importancia atribuida al papel de abuelo/a es de 63.2%.	No dan consejos si su hijo no los pidió 38.2%, frente a un 36.8% que sí lo hace.	La pregunta sobre el maltrato tuvo un alto porcentaje de respuesta negativo, pero si se desglosa el maltrato, el porcentaje de respuesta afirmativo aumenta. Así, se obtuvo que están total o parcialmente de acuerdo con: El hijo/a maltrata 2.2%. El hijo/a insulta 3.7%. Si pide ayuda le ignora 5.1%. Le ignora 11%. Le lastima que le ignore 32.4%.	No consideran que si le dicen a su hijo/a cómo educar al nieto los vayan a obedecer 89%.	No tienen miedo de alejarse de su hijo/a 44.9% pues consideran que es parte de un proceso normal del ciclo vital. Un 42.6% sí tienen miedo de alejarse de su hijo/a.
El 85.3% cree que su papel como	No solicitan ayuda a sus		No esperan que si le dicen a su hijo/a	Les gusta que les dejen a cargo a los

padre/madre sí es diferente a cuando sus hijos eran pequeños.	hijos para sus otros hijos 45.6% ni sobre economía (60.3%).		que su pareja no les agrada la vayan a dejar 89%.	nietos 39.7%.
No creen que deban seguir ayudando a su hijo/a como cuando era niño 63.2%. Pero resalta que un 22.1% contestó que sí debe seguir ayudando a su hijo/a como cuando era niño.			No esperan que si dan una orden su hijo/a la acate 34.6%.	Le lastima que su hijo/a lo ignore 36.8%. No siente que sus hijos los ignoren 74.3%.
No creen que deban cuidar a sus nietos 41.2%. Al 39.7% no le gusta que le dejen a cargo a sus nietos.			El 32.4% sí sabe que su pareja seguirá apoyando a sus hijos si ellos faltan.	
No deben meterse en los problemas de su hijo/a 76.5%.			21.3% mencionó que si le dice a su hijo/a que deje de tomar alcohol le va a obedecer.	
No es normal tener problemas con su hijo/a 44.1%, no creen tener algún problema grave con su hijo/a 85.3%.				

ANEXO II

Formato de la entrevista cualitativa

Áreas en relación al sexoservicio

- Información a los hijos (as) acerca de su actividad de sexoservidora
 - ¿Ellos saben de tu trabajo, a lo que te dedicas?
 - ¿Y ellos te preguntan en dónde trabajas, saben en dónde trabajas?
 - ¿Hablas de una manera abierta con tus hijos en relación a tu trabajo?
- Opinión de los hijos (as) acerca de su actividad de sexoservidora
 - ¿Ellos que opinan de la actividad a la que te dedicas?
 - ¿Cómo crees lo toma tu hija?
- Opinión acerca de si alguno de sus hijos (as) se dedica a la actividad del sexoservicio.
 - ¿Has pensado que harías o qué dirías si alguno de tus hijos decidiera dedicarse a lo mismo que tú haces?
- Autopercepción en el sexoservicio.
 - ¿Tú cómo le llamas a esta actividad?
- Problemáticas de la actividad del sexoservicio.
 - ¿Qué te motivaría para evitar que ella se dedique a lo mismo?
- Percepción de la salud en el sexoservicio.
 - ¿La sexualidad es un tema prohibido en tu casa?
- Apreciación económica y de presupuesto en el sexoservicio.
 - ¿Tus hijos te han dicho que dejes el trabajo, que ellos esperan trabajar y apoyarte con los gastos?

El rol de madre

- Relación con los hijos (as).
 - ¿Tus hijos cooperan contigo en los gastos de la casa?
 - ¿Frecuentas a tu hija de manera constante?
 - ¿Hablas de una manera abierta con tus hijos en relación tu trabajo?
- Transmisión de afecto.

¿Entonces tú te has preocupado por darles una protección a tus hijos, como una fortaleza?

- Transmisión de disciplina.

¿Y tú si le diste permiso?

- Transmisión de valores.

¿Les ha llamado la atención el deporte?

¿Has buscado que el tema de la sexualidad no se hable como algo malo o prohibido en casa?

¿Entonces has enseñado a tus hijos a no menospreciar a las personas?

- Creación de opciones de vida para los hijos (as).

¿Parece que has hecho que tus hijos sean diferentes?

¿Esperas que tus hijos tengan proyectos a futuro, que tengan otras alternativas?

¿Ninguno de ellos ha tenido problemas de drogas o alcoholismo?

- Momentos de convivencia.

¿Llegan a salir juntos, pasear o hacer actividades en familia?

¿Entre hermanos que tal se llevan?

Familia de origen

- Conocimiento de la familia de origen acerca de la actividad de sexoservidora.

¿Y tu familia, tus papás, hermanos, saben de tu trabajo?

- Relación con la familia de origen.

¿Alguno de ellos ha cuestionado a lo que te dedicas?

- Apoyo de la familia de origen hacia la sexoservidora.

¿Ellos respetan tu trabajo, no se meten?

Relación de pareja

- Relación actual de ella.

¿Ahorita tienes pareja?

¿Él sabe a lo que te dedicas?

¿Qué piensa tu pareja de cómo educas a tus hijos?

- Historia de sus relaciones de pareja.
 - ¿Vives con el papá de tus hijos?
 - ¿Ellos son del mismo papá?
- Estabilidad en la relación de pareja.
 - ¿La relación con él es más formal?

Visión a futuro

- Permanencia en la actividad del sexoservicio.
 - ¿En algún momento has pensado en dejar la actividad en la que trabajas?
- Proyecto en el plano laboral.
 - ¿Tu proyecto de negocio tiene que ver con eso que te gusta?
 - ¿En cuánto tiempo aproximadamente estás pensando que se haga ese negocio?
 - ¿Este proyecto de negocio no es tan lejano?
- Proyecto en el plano familiar.
 - ¿Esperas que tus hijos tengan proyectos a futuro, que tengan otras alternativas?
- Proyecto en el plano emocional y de pareja.
 - ¿Han pensado en planes o proyectos más formales para su relación?

ANEXO III

Tabla descriptiva de sesiones del taller

“Los cuentos que yo cuento: trabajando con mis historias de vida”

SESIÓN 1

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS	TIEMPO
Bienvenida y Presentación.	Conocer a los integrantes del taller y a las instructoras.	Presentación cruzada por parejas.	20 m.
Presentación del taller y encuadre.	Mencionar los contenidos y alcances del taller y hacer encuadre del mismo.	Expositiva.	10 m.
Herramienta de trabajo del taller.	Entrega del manual del participante	Descriptiva.	10 m.
Expectativas.	Identificar las expectativas de los participantes en el taller y compromisos.	Lluvia de ideas.	10 m.
Tema: Valores y principios.	Definir qué son los valores y principios desde la Terapia Narrativa.	Expositiva.	10 m.
Lectura y reflexión: “la Isla”.	Reflexionar sobre los diferentes puntos de vista acerca de los valores.	Narración de una historia y debate en grupo.	20 m.
Receso.			10 m.
Tema: Historias de vida.	Identificar qué es una historia de vida, cómo se crea, quiénes influyen, principales elementos.	Expositiva.	10 m.
Tema: “Mi lista de eventos importantes”	Dar continuidad al taller entre sesiones.	Tarea	10 m.

SESIÓN 2

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS	TIEMPO
Rompecabezas	Iniciar la sesión de una forma amena y propiciar la interacción grupal.	Dinámica de apertura.	20 m.

Selecciona un evento significativo.	Retomar la tarea, introducir la siguiente actividad y fomentar que los participantes compartan sus historias con el grupo.	Selecciona un evento significativo.	20 m.
Nutriendo mis historias.	Dar continuidad al tema de historias de vida y engrosar la historia que cada participante haya elegido.	Engrosamiento de historias.	30 m.
Receso.			10 m.
¿Yo que te cuento?	Propiciar un clima de acercamiento y confianza entre los participantes y las instructoras.	Dinámica	20 m.
Cierre de sesión	Expresar lo que cada quien se lleva de la sesión.	Lluvia de ideas.	10 m.

SESIÓN 3

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS	TIEMPO
Si no vienen a verme, ¿es porque no importo?	Analizar una dramatización desde diversos puntos de vista y extraer de ésta los valores y recursos que la protagonista pone en consideración.	Dramatización de una historia donde las participantes son una abuela, su nieta y una entrevistadora.	30 m.
“La caja de sorpresas “	Reflexionar sobre las diferentes formas en que se puede evaluar una característica considerada inicialmente como indeseable.	Reflexión grupal.	30 m.
Receso			10 m.
“Esta noche se improvisa”	Realizar una actividad lúdica que les permita recordar diferentes canciones de antaño y propiciar una forma de participación más activa en el taller.	Lúdica.	30 m.

SESIÓN 4

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS	TIEMPO
“Antes y ahora”	Realizar una actividad de caldeamiento que también les permita reflexionar sobre cómo y en qué ha cambiado la vida de las personas con el paso del tiempo.	Dinámica de caldeamiento.	30 m.

Reflexionando sobre mis recursos y habilidades.	Invitar a la reflexión de cómo cada persona ha ido construyendo sus recursos y habilidades a lo largo del tiempo.	Expositiva.	5 m.
“Mis recursos y habilidades”.	Identificar en grupo recursos que ellos consideren poseer y encontrarse reflejados con los compañeros en cuanto a similitudes o diferencias.	Dinámica.	30 m.
Receso			10 m.
“Volando con la imaginación”	Trabajar el tema de duelo con una metáfora.	Imaginería guiada.	35 m.
“La leyenda de un triunfo”	Elaborar una historia externalizante y reforzar el tema de sus propios recursos y habilidades.	Tarea.	5 m.

SESIÓN 5

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS	TIEMPO
“Los diez pasos para convivir y vivir mejor”.	Los participantes expresarán ideas para vivir mejor dentro de la residencia.	Lluvia de ideas.	20 m.
Mis valores, fortalezas y habilidades: mis tesoros”	Escuchar múltiples voces sobre la forma en que las instructoras y los demás miembros del grupo ven a cada participante para así engrosar su identidad relacional.	Dinámica y reflexión grupal.	30 m.
Receso			10 m.
¿Qué me llevo del taller?	Hacer una retroalimentación general sobre la utilidad del taller en su vida.	Ronda de preguntas.	20 m.
Evaluación del taller.	Realizar una evaluación escrita del taller y sus diversos aspectos.	Evaluación escrita.	10 m.
Entrega de diplomas.	Dar cierre al taller representando los logros obtenidos.	Uso de documentos narrativos.	20 m.



Instituto Latinoamericano
de Estudios de la Familia, A.C.

Otorga la presente

Constancia

a **Edmi Penélope Exzacarías Esquivel**

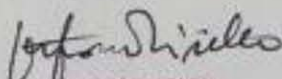
Por su asistencia al Taller Teórico - Práctico

“El Niño Maltratado y su Familia”

Ponente: Dr. Stefano Cirillo

Equivalente a 12 horas

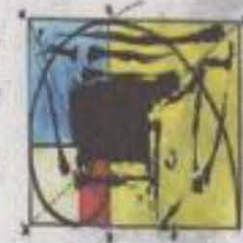
El presente se otorga en México, D.F. a los 4 días del mes de abril del año 2009.


Dr. Stefano Cirillo
Ponente


Dra. Esther Althaus R.
Directora de Educación

escuela de
terapia familiar
sistémica de méxico

investigación | formación | consultoría | psicoterapia



Otorga la presente

CONSTANCIA

a: *EDMI PENÉLOPE EXZACARIAS ESQUIVEL*

Por asistir a la *1era. Jornada Académica Internacional*

“TERAPIA SISTÉMICA: HISTORIA, TRADICIÓN Y PERSPECTIVA”

y haber participado en el *Taller: “ENTRE LA VIOLENCIA Y EL AMOR”*, impartido por el Dr. Juan Luis Linares; realizados del 03 al 06 de septiembre de 2009, en la Ciudad de Santiago de Querétaro, Qro. México, con una duración efectiva de 24 horas.

DR. JUAN LUIS LINARES FERNÁNDEZ
Presidente de la Red Española y Latinoamericana de
Escuelas Sistémicas (RELATES)

PSIC. JUAN MANUEL FLORES SANTIAGO
Presidente de la Escuela de Terapia Familiar
Sistémica de México A.C.

IL CENTRO MILANESE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA Y
SU REPRESENTANTE EN MÉXICO.



CENTRO MILANESE DI
TERAPIA DELLA FAMIGLIA

OTORGAN EL DIPLOMA A:

EDMI PENELOPE EXZACARIAS ESQUIVEL

Por su participación en el seminario de

TERAPIA DIALÓGICA

The Dialogical Therapist

Impartido por el Doctor Paolo Bertrando

Octubre 2009
(16 Horas Clase)

Dr. Paolo Bertrando
Co-Director del Centro Milanés
Sede de Turin

MTRO. Hugo Ricardo Rosas Peña
Representante en México del
Centro Milanés



**XVIII World International Family
Therapy Association (IFTA) Congress**

17-20 March 2010, Panamericano Hotel, Buenos Aires, Argentina

Certificate of Attendance

Presented to

Edmi Penelope Exzacarias Esquivel

In recognition of participation in the

XVIII World-IFTA Congress

March 17-20, 2010, Argentina

William C. (Bill) Nichols
President and Congress Chair

Ruth Casablanca
Coordinator of Scientific Committee

Argentina, 2010

Otorgan el presente

Diploma

a

Edmi Penélope Exzacarias Esquivel

Por haber cursado el taller de

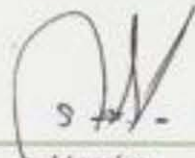
"Terapia Breve del siglo XXI"

"La improvisación creativa para el cambio"

Con una duración de 21 hrs. México, D.F. a 15 de mayo, 2010



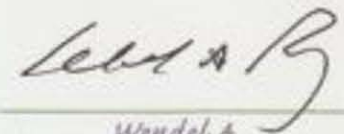
Maestra
Patricia Cadena
Caipsi



Maestro
Sergio Mandujano
Afippsi



Bradford P.
Keeney Ph. D.



Wendel A.
Ray Ph. D.



Instituto Latinoamericano
de Estudios de la Familia, A.C.

Otorga la presente

Constancia

A Edmi Penelope Exzacarías Esquivel

Por su participación en el taller: teórico práctico

“Salvador Minuchin: su trabajo hoy”

Impartido por Dr. Salvador Minuchin

Equivalente a 12 hrs. de entrenamiento.

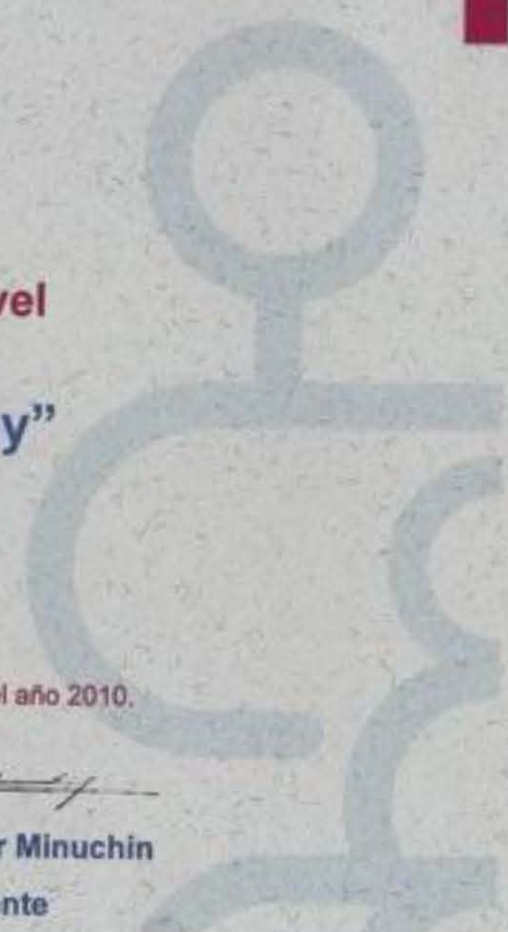
El presente se otorga en México, D.F. a los 12 días del mes de junio del año 2010.

T.F. Bárbara Amunátegui

Presidenta del ILEF

Dr. Salvador Minuchin

Ponente



Intervention with Haley Strategic Model: A Single Case

Edmi Exzacarias, Liliانا Paredes, Luz Rocha

Program of psychology Masters and PhD, Family Therapy Residency, Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Mexico, Mexico

Peter L. who has 39 years old, came very depressed asking for help to forgive his wife Sandra for being unfaithful. He also wanted to achieve security in himself, to make decisions and begin a new life. He ruled out any marital therapy because she was not interested in continuing a couple relationship. The hypothesis was that Peter was acting immature and liabiliment letting Sandra take the relationship control. This caused him depression and anger to his wife, who took distance being unfaithful while his son Mauricio, showed anger to avoid his parents breakdown. The treatment lasted 8 sessions conducted with strategic interventions, using metaphors to enhance managerial abilities, decision-making and setting limits. Was worked in co-therapy, with therapeutic team, Gesell chamber, dividing each session in: pre-session, inter-session and post-session, meetings. During the process, Peter became able to make decisions and to set limits to Sandra, capacity that he had not before the therapy. He mentioned his mood got better, and that he achieved to get emotionally divorced from Sandra, seeing her just like his sons' mother. He also could held firm decisions about his relationship with his ex wife, began to change his habits, starting to share activities with his child and going out with coworkers. He was able to negotiate with Sandra about Maurice housing, who wanted to live with him. He could asked her to leave the house and reached agreements about his son education. Finally at the last meeting he said that he felt like another person, safe and willing to start a new life project with his son.



San Lorenzo
CENTRO COMUNITARIO
FUNDACIÓN BRINGAS HAGHENBECK, IAP
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA


Otorgan la presente Constancia a:

Psic. Edmi Penélope Exzacarías Esquivel

Por su participación como instructora en el Taller
"Los cuentos que yo cuento"

Con una duración de 10 horas

Directora


Lic. Carmen Bulos Méndez

Coordinador


Psic. Disraeli López Ramos

México D.F. Abril de 2010

1935193035 FBH



El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología,
Residencia en Terapia Familiar



otorga la presente

Constancia

a: PSIC. EDMÍ PENÉLOPE EXZACARIÁS ESQUIVEL

por su participación como ponente en la *V Jornada Clínica*, de la Residencia
en Terapia Familiar, llevada a cabo el 2 de junio del 2010.

Mtra. Silvia Vite San Pedro

Responsable de la Residencia en Terapia Familiar

Juan Luis Linares Fernández, Profesor Titular de Psiquiatria de la Universidad Autònoma de Barcelona, Jefe de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Director de la Escuela de Terapia Familiar.

CERTIFICA

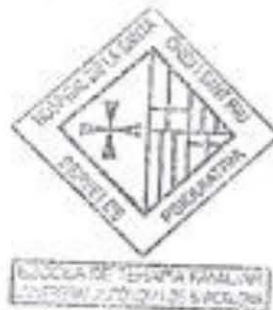
Que **Edmí Penélope Exzacariás Esquivel** ha sido aceptado para realizar una estancia de formació desde el 1 de julio hasta el 31 de agosto de 2010.

Asistirà a todos los cursos del Master en Terapia Familiar Sistèmica del Hospital de Sant Pau. Dichos cursos estàn organizados con una jornada semanal (20h):

Espacio clínico

Espacio teórico-práctico

Seminarios teóricos de fin de semana



Barcelona, 27 de abril de 2010

Fdo. Dr. Juan Luis Linares Fernández

*Este es el final,
maravillosa amiga.
Este es el final,
mi única amiga,
el final.
Duele verte libre
pero tú nunca me seguirás.
El final
de risas y suaves mentiras,
el final de noches que intentamos morir.
Este es el fin.*

-The End, James Douglas Morrison-

Agosto 2014