



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

LA TERAPIA SISTÉMICO DIALÓGICA DE MILÁN Y EL ENFOQUE DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES PARA EL ABORDAJE DE PROBLEMAS RELACIONALES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

ELIA CECILIA FAJARDO ESCOFFIÉ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

Presidente: Mtra. Silvia Guadalupe Vite San Pedro

Vocal: Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez

Secretaria: Mtra. Susana Eguía Malo

Suplentes: Mtra. Miriam Zavala Díaz

Mtra. Nora C. Rentería Cobos



**Facultad
de Psicología**

México, CDMX, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a mi familia, por su apoyo incondicional. En especial a mi mamá y a mi papá, porque con su palabra y ejemplo han impulsado mi crecimiento personal, académico y profesional.

Gracias a mi generación de la Maestría, porque sin sus aportaciones, su apoyo y su amistad, esta experiencia no hubiera sido tan enriquecedora y gratificante como lo fue para mí.

Gracias a mis maestros y supervisores, por compartir sus valiosos conocimientos y experiencias.

Gracias a los consultantes, por permitirme transformar sus experiencias de vida en aprendizajes para mi formación como terapeuta.

Índice

RESUMEN	Pág. 6
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	Pág. 8
1.1 Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados	Pág. 9
1.1.1 Características del campo psicosocial	Pág. 9
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias	Pág. 15
1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	Pág. 16
1.2. Descripción de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico	Pág. 32
1.2.1. Instituto Nacional de Rehabilitación	Pág. 32
1.2.2. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Pág. 33
2. MARCO TEÓRICO	Pág. 35
2.1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna, que sustentan los casos presentados.	Pág. 36
2.1.1. Modelo de Terapia Sistémico Dialógica de Milán	Pág. 36
2.1.2. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	Pág. 52
2.2. Análisis y discusión del tema que sustenta el caso presentado	Pág. 68
2.2.1. Familia y enfermedad: accidente cerebral vascular	Pág. 68
3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	Pág. 80

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas	Pág. 81
3.1.1 Casos Atendidos	Pág. 81
3.1.2. Caso 1: Familia Álvarez Moreno	Pág. 85
3.1.2.1. Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en las que se atendió como terapeuta.	Pág. 85
3.1.2.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas.	Pág. 101
3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	Pág. 126
3.1.3. Caso 2: Esteban y Jimena	Pág. 128
3.1.3.1. Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en las que se atendió como terapeuta.	Pág. 128
3.1.3.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas.	Pág. 149
3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	Pág. 158
3.2 Habilidades de investigación	Pág. 160
3.2.1. Reporte de investigación con metodología cuantitativa	Pág. 160
3.2.2. Reporte de investigación con metodología cualitativa	Pág. 174
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	Pág. 209

3.3.1 Productos Tecnológicos	Pág. 209
3.3.2 Programas de intervención comunitaria	Pág. 210
3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos.	Pág. 212
3.3.4. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos	Pág. 213
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional	Pág. 215
3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional	Pág. 215
4. CONSIDERACIONES FINALES	Pág. 219
4.1 Resumen de habilidades y competencias adquiridas	Pág. 220
4.2 Reflexiones y análisis de la experiencia	Pág. 223
5. REFERENCIAS	Pág. 226
6. ANEXO	Pág. 237

Resumen

En este trabajo, se expone un marco teórico acerca de las características que conforman a las familias mexicanas en relación al contexto social actual.

Se presentan dos casos; el de la Familia Álvarez Moreno, muestra el análisis y la intervención bajo la Terapia Sistémico Dialógica de Milán, en una familia con un miembro que sufrió un evento cerebral vascular. Se trabajó para que la familia se adapte a una nueva organización a partir del evento ocurrido, así como para que haya una reconfiguración de las identidades y roles de cada miembro familiar.

El segundo caso, el de Esteban y Jimena, es un ejemplo de la aplicación de la teoría del Enfoque Breve Centrado en Soluciones en un proceso terapéutico de pareja. Los consultantes llegan al Centro debido a que tenían fuertes discusiones al intentar solucionar sus diferencias y llegar a acuerdos. El trabajo terapéutico estuvo encaminado a encontrar las excepciones al problema, así como a reforzar los recursos con los que contaban los consultantes para construir un modo de relación que les brindara mayor bienestar.

De igual modo, se incluyen dos investigaciones. La primera, “Método de evaluación de la percepción de riesgo en el adolescente”, con metodología cuantitativa; el objetivo de dicho estudio fue evaluar la validez de constructo de un instrumento desarrollado para medir conductas de riesgo en adolescentes; los resultados sugieren que el instrumento presenta propiedades psicométricas aceptables. La investigación reportada con metodología cualitativa es “La coterapia como método de enseñanza en la formación de terapeutas familiares”; ésta tuvo el objetivo de conocer la experiencia de los estudiantes y los supervisores de la Maestría en Terapia Familiar de la UNAM, en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de coterapia.

Abstract

In this paper, it is presented a theoretical framework about the characteristics that make up Mexican families in relation to the current social context.

Two cases are presented. The one of the Alvarez Moreno Family, shows the analysis and intervention under the Systemic Dialogical Therapy of Milan, in a family with a member who suffered a vascular cerebral event. Work was done to allow the family to adapt to a new organization due to the event, as well as to reconfigure the identities and roles of each member of the family.

The second case, the one of Esteban and Jimena, is an example of the application of the Brief Approach focused on Solutions in a therapeutic process of a couple. The consultants arrive at the Center because they had strong arguments in trying to solve their differences and reach agreements. The therapeutic work was aimed at finding the exceptions to the problem, as well as to reinforce the resources that the consultants had to build up the kind of relation that would provide them with greater well-being.

Similarly, two investigations are included. The first, "Method of assessing the perception of risk in the adolescent", with quantitative methodology; the objective of this study was to evaluate the construct validity of an instrument developed to measure risk behaviors in adolescents; the results suggest that the instrument has acceptable psychometric properties. The research reported with qualitative methodology is "Co-therapy as a teaching method in the training of family therapists"; this study had the objective of knowing the experience of the students and the supervisors of the Master in Family Therapy of the UNAM, in relation to the therapeutic work under the modality of co-therapy.

1.
INTRODUCCIÓN
Y
JUSTIFICACIÓN

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

1.1.1. Características del campo psicosocial

La familia es el modo de organización social básica para el ser humano; consituye el medio en el que los individuos nacen y se desarrollan, adquiriendo las normas básicas de la cultura y el comportamiento social, así como un sentido de identidad y pertenencia.

En las últimas décadas, la familia mexicana ha experimentado transformaciones importantes en las condiciones sociodemográficas. De modo específico, cambios en el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad, la migración interna e internacional, una mayor inserción en el mercado laboral de las mujeres, variaciones en las tendencias de la nupcialidad y disolución conyugal, entre otros, han influenciado la evolución en la composición y estructura de las familias (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

Pese a lo anterior, la convivencia en hogares de tipo familiar se mantiene como la forma de organización predominante de la población. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el 96.8% de la población habita en hogares familiares, es decir, en grupos donde los miembros tienen alguna relación de parentesco con el jefe del hogar, mientras que sólo el 2.7% de la población permanece sola y el 0.5% restante reside en la misma vivienda con otras personas sin mediar una relación de parentesco (INEGI, 2014).

La clasificación que se hace del conjunto de hogares familiares se divide en nucleares (integrado por un jefe(a) y cónyuge sin hijos o un jefe(a), cónyuge e hijos; o bien, un jefe(a) con hijos) que representan un 72.1%; los ampliados (se compone por un hogar nuclear y al menos otro

familiar o un jefe(a) con al menos otro familiar) que conforman el 24.1% y los compuestos (se constituye por un hogar nuclear o ampliado y al menos otro miembro sin parentesco familiar) que abarcan el 3.8% (INEGI, 2015).

En el total de los hogares del país, el 73.6% tienen como jefe a un varón y el 26.4% a una mujer. Ser jefe de un hogar supone que sus miembros reconocen, sobre la base de una estructura de relaciones jerárquicas, a la persona más importante del grupo, es decir, quien está presente regularmente en el hogar y quien es, además, la persona con mayor autoridad en la toma de decisiones o el principal soporte económico (INEGI, 2016).

Sin embargo, la proporción de hogares encabezados por una mujer continúa en incremento, pues pasó del 17.3% en 1990 a 26.4% en 2014. Entre los principales factores sociodemográficos que explican este aumento destacan: la viudez como resultado de una mayor sobrevivencia y en consecuencia una mayor esperanza de vida en las mujeres; el incremento en el número de las separaciones y divorcios; el aumento de madres solteras; y la acentuación de migración mayoritariamente masculina (INEGI, 2016).

El sexo del jefe muestra diferencias en los arreglos que adoptan las parejas para proveer al hogar de bienes y servicios. Cuando el jefe es hombre, es más común que él sea el que labora, mientras que entre las parejas con jefa es más frecuente la forma de organización donde ambos trabajan, así como la participación de la mujer en el medio laboral (INEGI, 2012). Aún cuando su distribución sea desigual, estas labores se comparten cada vez más entre las parejas; en 1990 la condición de actividad económica activa de las madres de los nacimientos registrados fue de 15.2%, mientras que en 2013 fue de 21.4% (INEGI, 2014).

Siguiendo con lo anterior, según datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al tercer trimestre de 2015, del total de hogares con jefatura masculina, 85% tiene jefe

económicamente activo y solamente 15% de los casos el jefe no realizó actividad económica ni buscó trabajo en la semana de referencia. La tasa de participación de las jefas en la actividad económica es de 53.4%, inferior a la que reportan los jefes, pero superior a la Población Económicamente Activa femenina del país en su conjunto, que es de 42.4% (INEGI, 2016).

Por otro lado, como parte de los cambios sociodemográficos que han influido en las familias mexicanas, se ha observado un aumento constante en la tasa de divorcios, al pasar de 52, 358 en el año 2000 a 86, 042 en 2010; actualmente se dan 17 divorcios por cada 100 matrimonios (INEGI, 2012). Aunado a lo anterior, el aumento de la esperanza de vida y la disminución del número promedio de hijos de las mujeres, han generado nuevos modos de convivencia familiar. Entre ellos destacan los hogares monoparentales (conformados por el jefe(a) e hijos(as) y no cuentan con un cónyuge, en el que puede haber o no otros integrantes en el hogar), los cuales conforman el 18.5% de los hogares familiares del país. La mayor parte de los hogares monoparentales son encabezados por mujeres, siendo un 84% del total, mientras que aquellos que son dirigidos por un hombre constituyen un 16% (INEGI, 2010).

La situación de las familias mexicanas mantiene una relación directa con la situación política, social y económica del país. La pobreza en México es una de las principales problemáticas sociales, imponiendo graves limitaciones en el desarrollo físico, intelectual y social de quienes la padecen. Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), para el 2012, del total de la población estimada (117.3 millones de personas) el 45.5% (53.3 millones) vivían en situación de pobreza, es decir, con al menos una carencia social y disponían de un ingreso insuficiente para adquirir la canasta básica. De ese total, el 9.8% (11.5 millones) correspondía a pobreza extrema (población que padece tres o más carencias sociales y cuyo ingreso es inferior a la línea de bienestar mínimo) y el 35.7% (41.8 millones) a pobreza

moderada (población cuyo ingreso es mayor o igual a la línea de bienestar mínimo pero inferior a la línea de bienestar y padece al menos una carencia social; o la población cuyo ingreso es inferior a la línea de bienestar mínimo y padece una o dos carencias sociales).

Asimismo, en el 2012 se registraron en el país 4, 916, 678 hogares en condiciones de pobreza alimentaria (incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar en comprar sólo los bienes de dicha canasta); 7, 188, 073 hogares en condiciones de pobreza de capacidades (insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más que para estos fines) y 14, 173, 714 hogares en condiciones de pobreza de patrimonio (insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar fuera utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios) (INEGI, 2013).

La violencia doméstica es otra de las problemáticas que atañen a las familias mexicanas. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), realizada por el INEGI en el 2011, el 44.6% mujeres casadas o unidas, de 15 años y más, reportó haber vivido al menos un incidente de violencia hacia ellas a lo largo de su relación con su última pareja. Del total de mujeres violentadas, un 25.8% reportó haber sido víctima de violencia física (uso intencional de la fuerza para perjudicar la integridad corporal, en un intento de intimidar y controlar a la mujer), un 11.7% de agresiones sexuales (sometimiento a través de la utilización de su cuerpo, atentando contra su libertad sexual, y comprenden el contacto abusivo, la presión para que participe en un acto sexual en contra de su voluntad y la tentativa o consumación de tales actos), un 56.4% de violencia económica (negar el acceso o control de los recursos monetarios básicos, el chantaje

o manipulación económica, limitar su capacidad para trabajar, o apropiarse y despojarla de sus bienes) y un 89.2% de violencia psicológica o emocional (formas insidiosas de tratar a la mujer con el fin de controlarla o aislarla, de negarle sus derechos y/o menoscabar su dignidad). Cabe destacar que dichas cifras no son excluyentes en sí mismas de los distintos tipos de violencia, si bien pueden ocurrir en diferentes momentos, y eventualmente de manera aislada, lo más común es que se experimenten combinadas.

De igual modo, las cifras muestran altos índices de maltrato infantil en México, siendo miles de niños y adolescentes los que crecen en un contexto de violencia cotidiana, dejando secuelas en su desarrollo físico, psicológico y social. Según la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (PRODEMEFA), en el 2011 se denunciaron 21, 031 casos de maltrato infantil, de los cuales únicamente 1, 666 fueron denunciados ante el Ministerio Público (Desarrollo Integral de la Familia [DIF], 2011).

Es importante notar que la violencia sobre los hijos es más frecuente cuando la mujer es violentada por su pareja. Los resultados de la ENDIREH muestran que el 38.6% de las mujeres de 15 años y más, unidas o alguna vez unidas (separadas, divorciadas o viudas) ejercían violencia física hacia sus hijos cuando ellas sufrían algún tipo de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses; mientras que en las mujeres sin incidentes de violencia este porcentaje disminuye a 21.5% (INEGI, 2011).

A pesar de que en México la información estadística respecto al abuso sexual infantil es escasa, se sabe que la frecuencia de casos de este tipo de maltrato es cada vez mayor. Del total de denuncias realizadas ante el DIF, del año 2000 a junio de 2005, las presentadas por abuso y violencia sexual infantil representan el 4.86%, lo que corresponde a 7, 823 casos (Red por los Derechos de la Infancia en México [REDIM], 2005).

Según datos del Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX), el 78.56% de los niños y niñas que sufren abuso sexual conocen a su agresor, y son personas cercanas, cuyo vínculo de confianza aminora la posibilidad de realizar cualquier tipo de denuncia (REDIM, 2005). Lo anterior es importante, no solo porque implica que las estadísticas que deberían de reflejar la incidencia de estos casos en México de algún modo está sesgada, sino porque muestra que en la gran mayoría de las relaciones de abuso sexual se dan en el contexto familiar.

Otra de las problemáticas que se da en México, en relación a las familias, es la alta incidencia de embarazos adolescentes. Según el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza un 23%, con una proporción mayor en hombres, con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Del total de mujeres adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012). Del total de nacimientos registrados en el 2013, el 19.4% fueron de madres menores de 20 años (INEGI, 2014).

En los últimos años se ha observado un incremento importante en el consumo de sustancias en el país, tanto de alcohol como de drogas ilícitas, situación que impacta invariablemente a las familias de los consumidores. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), publicada en 2011, se reporta un incremento estable de las drogas ilícitas a partir del año 2008, siendo las más consumidas la marihuana y la cocaína. La edad de inicio se encuentra entre los 20 años para las mujeres y 18 años en los hombres. La prevalencia más alta de consumo se observa en las personas de 18 a 34 años de edad (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2011).

Respecto al abuso del alcohol en la población, incrementó del 4.1% en el 2002 a 6.2% en el 2011, lo que equivale a 4.9 millones de personas; por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 10.8% en hombres y de 0.6% a 1.8% en mujeres). En cuanto a grupos de edad,

dicha dependencia aqueja al 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos del país (CONADIC, 2011).

Los datos referidos anteriormente muestran la necesidad de intervenciones psicosociales para mejorar la calidad de vida de la población mexicana. En el presente trabajo se presenta el abordaje de la Terapia Familiar, como una alternativa para trabajar con dichas problemáticas.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias atendidas

En los diferentes espacios de supervisión se atendieron una gran cantidad de casos de distintos tipos de problemáticas. Entre las temas más frecuentes se encontraron problemas de pareja por infidelidad y reconstrucción de la confianza; violencia de género; abuso sexual; problemas familiares en la educación y crianza de los hijos; abuso del alcohol; casos de duelo; así como la reorganización familiar a raíz de la presencia de una enfermedad en algún miembro de la familiar.

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

Si bien existen diversas teorías y modelos de intervención en Psicología Clínica, la familia conforma cada vez más un elemento central en el abordaje de muchas problemáticas psicológicas, pues constituye la organización social básica en la que los individuos se desarrollan, teniendo así fuertes implicaciones en el campo de la salud mental. En este sentido, la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna propone que los individuos y sus problemas están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia.

El surgimiento de la Terapia Familiar se da a principios del siglo XX, cuando el intento por explicar el comportamiento sintomático adopta una nueva epistemología, representada por la idea de circularidad. Así, se comienza a dejar de lado el modelo médico y el modelo psicodinámico, que consideran el mal sintomático como una malfunción debida a causas biológicas o fisiológicas, o un acontecimiento reprimido del pasado. Después de varias décadas, se empieza a considerar que el comportamiento de los pacientes era tan solo una parte de una problemática familiar más amplia, y se comienza a ver las comunicaciones y comportamientos de todos los miembros del sistema (Hoffman, 1987).

Investigadores como Nathan Ackerman (en Nueva York), Murray Bowen (en Washington D.C); Carl Whitaker (en Atlanta); Salvador Minuchin y E.H Auerswald (en Nueva York); Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haely, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir (en California) comienzan a poner énfasis en el estudio de las propiedades de la familia como “sistema”, cuyos elementos se relacionaban entre sí y mantenían equilibrio através de interacciones disfuncionales (Hoffman, 1987).

A través del tiempo, la epistemología de la Terapia Familiar se ha nutrido de distintas teorías y movimientos sociales, siendo las más relevantes la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, los estudios de Gregory Bateson, la Teoría de la Comunicación Humana, el Constructivismo, las ideas del Construccinismo Social y la Posmodernidad, las cuales se describirán a continuación.

Teoría General de los Sistemas

A finales de siglo XX se desarrolla un nuevo paradigma científico: la perspectiva sistémica. Se pasa así de la visión mecanicista a una concepción orgánismica, que consistía en no aislar a los elementos estudiados, sino relacionarlos para observar la interacción entre ellos (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El principal representante de esta teoría es Ludwing von Bertalanffy, quien en 1968 en su obra “Teoría General de los Sistemas”, propone principios unificadores para las ciencias naturales y sociales, siendo la meta una integración de la instrucción científica.

Bertalanffy (1968) describe un sistema como un complejo de elementos en interacción y distingue los cerrados de los abiertos. Los sistemas cerrados se consideran aislados del medio circundante; mientras que los abiertos presentan intercambio con el medio, implicando importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes, existiendo una tendencia hacia niveles de mayor organización mediante un equilibrio dinámico (homeostasis).

Asimismo, Bertalanffy (1968) postula que todo organismo vivo es un sistema abierto. De este modo, se puede considerar a la familia como un sistema abierto, formado por varios elementos que se relacionan por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, que están en continua interacción entre sí y con el exterior (Andolfi, 1992).

Ochoa del Alda (1995), partiendo de las teorías sistémicas, describe que en un sistema familiar se pueden observar las siguientes propiedades:

- *Totalidad.* La conducta del sistema familiar es más que la suma de las conductas de sus miembros, implica también las relaciones existentes entre ellos.
- *Causalidad circular.* Las relaciones familiares se describen como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo que lleva a la noción de secuencia de conductas.
- *Equifinalidad.* Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas.
- *Equicausalidad.* La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
- *Limitación.* Cuando el sistema se habitúa a una determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo.
- *Regla de relación.* En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes y el modo en que encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- *Ordenación jerárquica.* En toda organización existe una jerarquía, de modo que ciertos miembros poseen más poder y responsabilidad que otros.
- *Teleología.* El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Éste se da a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: morfostasis y morfogénesis. Se llama morfostasis u homeostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio. La tendencia del sistema a cambiar y a crecer recibe el nombre de morfogénesis; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas

habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre los miembros de la familia.

Por otro lado, Andolfi (1992) expone tres aspectos de la teoría sistémica aplicadas a la familia:

- *La familia como sistema en constante transformación.* Con el fin de dar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros, la familia es un sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (Minnuchin, 1977, en Andolfi, 1992).
- *La familia como sistema activo que se autogobierna.* A través de reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo, los miembros de la familia experimentan lo que está permitido y lo que no está, hasta llegar a una definición estable de la relación, misma que es susceptible de nuevas formulaciones y adaptaciones. De esta forma, todo tipo de tensión, provenga del interior de la familia o del exterior, tendrá un efecto en el sistema del funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación.
- *La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas.* Las relaciones interfamiliares se dan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales, las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante.

Así, la Terapia Familiar adopta los principios básicos de la Teoría General de los Sistemas, postulando lo siguiente (Sánchez y Gutiérrez, 2000):

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas, donde los elementos de organización son necesariamente independientes.
- La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas; los límites entre éstos serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.

- Los patrones que rigen el sistema familiar son circulares y no lineales.
- Los subsistemas mantienen su estabilidad por el mecanismo de la homeostasis, siendo la tendencia de los sistemas mantener el equilibrio. Los sistemas abiertos, como lo son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
- La evolución y los cambios son inherentes a los sistemas abiertos.

La Cibernética

Con el desarrollo de la Cibernética, la Terapia Familiar toma una visión de los fenómenos como hechos circulares en lugar de lineales y se comienza a establecer el síntoma en la familia y no en el individuo. De acuerdo con sus postulados teóricos, la Cibernética se divide en: Cibernética de 1º orden (de los sistemas observados) y Cibernética de 2º orden (de los sistemas observantes) (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Sluzki, 1987).

Cibernética de 1º orden (de los sistemas observados).

El sistema observado se considera fuera del observador. De este modo, el terapeuta se mantiene fuera del sistema, como observador del fenómeno. Permanece la relación terapeuta-paciente, enfermo-sano (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En una primera etapa, alrededor de 1948, representada por Norbert Weiner, los estudios se centraron en los proceso de corrección de la desviación, es decir, en la retroalimentación (feedback) negativa, postulando cómo los sistemas operan para mantener su organización y el equilibrio (homeostasis), a través de procesos auto-correctivos. Los trabajos en el campo de la

Terapia Familiar de ese primer periodo ponen énfasis en la negentropía (retroalimentación negativa), trabajando con las reglas y mitos familiares, así como con patrones interactivos (Sluzki, 1987).

La retroalimentación positiva había sido considerada desde el punto de vista de sus efectos destructivos sobre un sistema determinado. Sin embargo, Magoroh Maruyama, junto con otros teóricos sistémicos, como Walter Buckley y Albert Speer, comienzan a creer que tal desviación podía tener un valor positivo, pudiendo aumentar el potencial de supervivencia de un sistema determinado (Hoffman, 1987).

Cibernética de 2º orden (de los sistemas observantes).

En 1963 se comienza una segunda etapa en los estudios de la Cibernética, en los que el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva, y los procesos sistémicos de cambio (morfogénesis), centrándose en la homeodinámica de los procesos sistémicos y la dialéctica estabilidad-cambio (Sluzki, 1987).

En 1972, el curso de las ideas de la Cibernética experimentó un cambio radical, cuando el interés por el estudio de los procesos recursivos llevó a incluir a la misma Cibernética entre los objetos de estudio. La presidenta en ese entonces de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, la tituló “Cibernética de la cibernética”; posteriormente Heinz von Foerster la nombra “Cibernética de segundo orden” o “Cibernética de los sistemas observantes” (Sluzki, 1987).

Con estas nuevas ideas, se considera al observador parte de la realidad observada. Así, el terapeuta se involucra con las familias a través de diálogos y significados; es receptor de la realidad

de la familia y únicamente sugiere nuevas perspectivas para alcanzar la meta terapéutica. Es la propia familia la que soluciona sus problemas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Esta nueva epistemología es introducida a la Terapia Familiar por Salvador Minuchin y Carl Whitaker, aplicando técnicas provocativas para movilizar al sistema, sacarlo de las crisis y posteriormente ofrecerles una nueva realidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000). La actividad terapéutica pasa de ser una actividad interventiva a una actividad dialógica, en la que de manera activa el terapeuta busca insertarse en una visión del mundo aportada por la familia, para generar propuestas de punto de vista alternativos y/o con nuevas connotaciones con las que se desarrollan nuevas perspectivas que no traen consigo comportamientos sintomáticos o problemáticos (Sluzki, 1987).

Aportaciones de Gregory Bateson

Los estudios de Gregory Bateson tuvieron una fuerte influencia en la epistemología de la Terapia Familiar. En 1936, en su obra “Naven”, partiendo de su investigación de la cultura Iatmul, Bateson expone el concepto de cismogénesis, al explicar la dinámica del equilibrio social de dicha cultura. Esta obra marcó los comienzos del análisis interaccional del comportamiento humano. La cismogénesis se refiere a un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos (Hoffman, 1987).

Se puede diferenciar la cismogénesis simétrica de la complementaria. La primera se da en relaciones de igualdad, donde el comportamiento de un individuo es el reflejo en un espejo del otro. La complementaria se da en relaciones desiguales, siendo el comportamiento de un individuo o de un grupo de individuos el complemento del otro (Wittezaele y García, 1994).

Con el concepto de cismogénesis, Bateson toma en cuenta el análisis interaccional del comportamiento humano, de modo que se pasa de una visión intrapsíquica a una consideración del sistema relacional del individuo, siendo la unidad de análisis la interacción (Witzeaele y García, 1994).

Igualmente, Bateson se interesó por la reflexividad de la tarea del terapeuta, al proponer que, como sucede en los otros campos científicos, era necesario que la psiquiatría incluyese al observador y al teórico en el sistema estudiado (Witzeaele y García, 1994).

Años más tarde, Bateson, en conjunto con John Weakland, Don Jackson y Jay Haley, en su obra “Hacia una teoría de la esquizofrenia” (1965), explica la esquizofrenia como un fenómeno comunicativo y producto de las relaciones familiares, introduciendo el concepto de doble coacción (Witzeaele y García, 1994).

La doble coacción implica un tipo de comunicación a niveles contradictorios, en la cual, cuando una persona comunica a otra mensajes de niveles diferentes, que se califican el uno al otro y que están en conflicto, la persona que recibe el mensaje se encuentra en una situación tal que no puede responder a ellos sin violar una u otra de las órdenes, estando pues siempre en el error, de modo que en una demanda manifiesta, un nivel es anulado o contradicha en otro (Hoffman, 1987; Witzeaele y García, 1994).

La doble coacción implica los siguientes elementos (Witzeaele y García, 1994):

1. La participación de dos personas o más; una será llamada víctima y la otra persona coaccionante.
2. Una experiencia repetitiva; debe ser un tema recurrente en la vida relacional de la víctima, de manera que esta estructura sea habitualmente esperada.

3. Una orden negativa primaria; “no hagas esto, si no, te castigaré”, o “si no haces esto, te castigaré”.

4. Una orden secundaria que entra en conflicto con la primera, pero a un nivel más abstracto y que, como la primera, es sancionada con castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia.

5. Una orden negativa terciaria, que impide a la víctima escapar de la situación.

6. No es necesario que se reúnan todos los componentes anteriores una vez que la víctima ha aprendido a estructurar su mundo a partir de los esquemas de doble coacción.

Para responder al mensaje de una doble coacción, se debe señalar cuán imposible es burlarse de ella o abandonar el campo. Si no es posible las opciones anteriores y cuando se impone confusión en la mente del receptor del mensaje, pueden surgir graves dificultades (Hoffman, 1987).

Otra aportación importante de Bateson (1985) es la idea de que existen distintos niveles de aprendizaje que se pueden construir de acuerdo a una clasificación jerárquica de los tipos de error que deben corregirse en los diversos procesos de aprendizaje, mismos que serán descritos a continuación:

- En el nivel más básico está el “aprendizaje cero”, que implica una simple recepción de información procedente de un ambiente externo y que, a diferencia de los siguientes niveles, no implica la corrección por ensayo y error, sino simplemente la especificidad de la respuesta.
- En un ordenamiento superior estaría el Aprendizaje I, que implica un cambio en la especificidad de la respuesta mediante la corrección de los errores de elección dentro de un conjunto inmodificado de alternativas.

- El Aprendizaje II (nombrado también deuteroprendizaje, aprender a aprender, aprendizaje de conjuntos) es el cambio en el proceso de Aprendizaje I, que conlleva a la revisión del conjunto dentro del cual se hace la elección, es decir, un cambio en la manera como se puntúa la secuencia de experiencias. Según Bateson, lo que se aprende en este nivel no puede verificarse por contraste con la realidad, pues es una manera de puntuar los acontecimientos, puntuación que no es ni verdadera ni falsa. En este sentido, introduce la noción de contexto como aspecto fundamental de toda comunicación e interpretación, pues la puntuación que se haga de los hechos dependerá en gran parte de éste.
- Así sucesivamente, posterior al Aprendizaje II existen otros niveles de aprendizaje que implican un ordenamiento jerárquico superior.

Partiendo de sus conocimientos sobre la Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la información, en su obra “Pasos hacia una Ecología de la mente”, Bateson (1985) propone que el concepto de mente es inmanente no solo al cuerpo humano, sino a todo el sistema social y al contexto del ser pensante, es decir, el hombre más el ambiente. Concibe que la mente procesará la información que recibe (definiendo un “bit” de información como la diferencia que hace una diferencia) y actuará de forma autocorrectiva, ya sea hacia un punto homeostático óptimo o hacia la optimización de ciertas variables.

Teoría de la Comunicación Humana

La Terapia Familiar recibe también gran influencia de la Teoría de la Comunicación Humana, la cual lleva a cambiar al sistema familiar organizando a los miembros para que se comuniquen de un modo distinto, poniendo más atención a la comunicación analógica que a la digital (Madanés, 1982).

La Teoría de la Comunicación Humana pone énfasis en el aspecto interaccional de la comunicación, describiendo que un mensaje se convierte en información únicamente cuando tiene un efecto sobre el organismo, generando una diferencia, teniendo en cuenta los límites de los órganos sensoriales (Wittezaele y García, 1994).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) describen un mensaje como “cualquier unidad comunicacional singular” (p.49) y una interacción como “una serie de mensajes intercambiados entre personas” (p.49). Todo mensaje que viaja en un circuito sufre transformaciones; a este proceso, en el que los acontecimientos del mundo exterior son convertidos en informaciones simbólicas transmisibles, se le llama “codificación”. Para obtener un mensaje codificado adecuado, es necesario que se preserven las relaciones formales existentes entre los diversos elementos de los acontecimientos transmitidos (Wittezaele y García, 1994).

Wittezaele y García (1994) mencionan que todo mensaje debe ser considerado en referencia a un conjunto, del cual depende la información transmitida. El conjunto de referencia es una noción subjetiva y es el punto de vista del emisor del mensaje el que permite precisar este conjunto.

A continuación se describen los cinco axiomas de la comunicación postulados por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967).

1. *Es imposible no comunicarse.* Si se acepta que toda conducta es una situación de interacción que tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que uno no puede dejar de comunicar.

2. *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional, de forma que el segundo clasifica al primero, y es, por ende, una metacomunicación.* El contenido se refiere al aspecto referencial del mensaje que transmite información, a los datos de la comunicación; mientras que el aspecto relacional define la interacción entre los comunicantes, así como qué tipo de mensaje

debe de entenderse. La metacomunicación se explica como la información que circula acerca de la información.

3. La naturaleza de la comunicación depende de la puntuación, es decir, del significado que se dé, de las secuencias de comunicación, entre los comunicantes. Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios entre los comunicantes. La puntuación organiza los hechos de la conducta, y por lo tanto, resulta vital para las interacciones.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, donde el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carente de una semántica adecuada en el campo de la relación, en tanto que el lenguaje analógico posee la semántica pero no la sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. La comunicación digital se refiere a la información verbal, que transmite lo relativo al contenido. La comunicación analógica hace referencia a lo no verbal y transmite predominantemente el aspecto relativo a la relación.

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia. En las relaciones simétricas los participantes tienden a igualar su conducta recíproca; mientras que en las complementarias la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

Constructivismo

Alrededor de los años 80's autores como Heiz von Foerster, Ernst von Glasersfeld, Gregory Bateson, Jean Piaget, Paul Watzlawick, Humberto Maturana, Francisco Varela, Warren McCulloch y Erwin Schrodinger, comienzan a cuestionar que el ser humano pueda “descubrir” la realidad,

para afirmar que ésta más bien se construye. Es así como se empieza a hablar del Constructivismo (Segal, 1986).

El Constructivismo postula que la estructura de nuestro sistema nervioso impide que alguna vez podamos conocer lo que “realmente está allá afuera”, por lo que cada individuo lo construye en función de su sistema perceptivo, la experiencia y el lenguaje. Así, esta corriente propone cambiar la idea de que el ser humano puede conocer la verdad objetiva sobre los otros y sobre el mundo, por la idea de que sólo se puede conocer nuestras propias construcciones sobre los otros y sobre el mundo. No interesa que nuestras percepciones sean idénticas a los objetos que se encuentran en el medio ambiente, si no que encajen lo suficiente como para asegurar nuestra supervivencia (Hoffman 1989; Watzlawick, 2000).

Desde esta postura, se afirma que el observador participa activamente en la construcción de su realidad, pues aquello que uno percibe es resultado de la forma en la que uno participa en dicha percepción, así como del contexto social en el que se encuentra. En este sentido, se dice que cualquier descripción que una persona hace acerca de algo o alguien, revela más acerca del sujeto y de su contexto que acerca del contenido de lo descrito, es decir, cualquier descripción sobre el otro o sobre algo, es una descripción sobre el observador (Keeney, 1987).

Maturana (1970, 1976, en Sobremonde de Mendicuti, 2012) introduce el término de “determinismo estructural” para proponer que los cambios que se producen en los seres vivos están determinados por su estructura. Lo anterior lleva a explicar la imposibilidad de la interacción instructiva, es decir, que lo dicho u observado procedente del ambiente externo no determinará lo que el otro va a comprender y aprender, sino que lo hará la estructura de cada sujeto. Se propone en lugar de la interacción instructiva, el “acoplamiento estructural”, es decir, la interacción entre las estructuras de dos organismos y su acoplamiento para poder comprenderse y transmitir el

aprendizaje; esto implica aceptar la construcción de la realidad del otro y entablar un proceso de diálogo para irse modificando a sí mismo.

Desde esta perspectiva, la psicoterapia está dirigida a lograr la reestructuración de la visión del mundo del consultante, a través de la construcción de otra realidad, que se asume no es la única ni verdadera, pero si más útil y menos dolorosa que la anterior (Watzlawick, 2000). En este sentido, la psicoterapia bajo un enfoque constructivista reconoce el papel de la autorganización en la formación del significado, por lo que respeta el sistema de conocimiento personal de sus consultantes, partiendo de éste para proporcionar nuevas perspectivas que lleven a una novedad experiencial (Neymer, 1998).

De modo más específico, se puede hablar de las repercusiones que el Constructivismo generó en la Terapia Familiar. Por un lado, se comienza a cuestionar la idea de que existe una patología objetiva, pues se considera que el terapeuta no puede pretender tener una visión objetiva de estructuras o secuencias familiares que se necesitarían cambiar. Así, se reconoce que los problemas existen, aunque solamente en el dominio del significado (Hoffman 1989).

Asimismo, se cuestiona el usar intervenciones estándar para situaciones estándar y se comienza a dar una tendencia a inhibir la directividad e intencionalidad del terapeuta, para abrir paso a una relativa ausencia de jerarquía, de modo que las nociones de poder y control pierden fuerza (Hoffman 1989).

Construccionismo Social y la Posmodernidad

En las últimas décadas del siglo XX, comienza a ponerse en duda los fundamentos del mundo modernista, para dar lugar a una multiplicidad de voces y perspectivas que cuestionan la existencia

de una realidad objetiva. Es en este marco, que se da el surgimiento de la cultura posmoderna y el Construccinismo Social.

En 1966 los sociólogos Peter Berger y Thomas Luckmann, en su libro “La Construcción Social de la Realidad”, presentan un análisis sociológico, cuestionando la existencia de una única realidad, al postular que ésta se construye socialmente. Establecen que existen realidades múltiples, entre las cuales una tiende a presentarse como la realidad por excelencia, constituyendo lo que dominan “realidad de la vida cotidiana”, asumiéndose como la realidad objetiva para una sociedad determinada. Esta realidad es presentada como un mundo intersubjetivo, de modo que es compartida y validada por los otros (Berger y Luckmann, 1966).

El lenguaje que se utiliza para describir las experiencias personales toma como referencia la realidad de la vida cotidiana; en este sentido la expresión del individuo está limitada por los significados compartidos por su sociedad. Por lo tanto, la comprensión del lenguaje es esencial para la comprensión de la realidad de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 1966).

Kenneth Gergen es otro de los principales precursores del Construccinismo Social. Plantea que las palabras no reflejan la verdad como tal, sino que son más bien expresiones de determinados grupos sociales, que reflejan sus valores, posturas políticas y estilos de vida (Gergen, 1991; 2001). Para los miembros de dichos grupos, tales maneras de hablar adquieren una “realidad local”, del mismo modo que Berger y Luckmann hablan de la construcción de “la realidad de la vida cotidiana” para un grupo social.

El Construccinismo Social y el surgimiento de la cultura posmoderna han permeado la Psicología y específicamente, la práctica terapéutica individual y familiar, al considerar que no existe una única realidad, sino que ésta es construida a través de un proceso relacional. Así, se

comienzan a dar cambios en el modo en el que se concibe el proceso terapéutico, tanto en la postura del terapeuta, como en el modo de percibir al cliente.

Se deja de trabajar bajo el supuesto de un fundamento o teoría que determina el comportamiento humano y que guían al terapeuta a encontrar “la verdad” acerca de lo que le ocurre al cliente. En lugar de ello, se abre paso a una flexibilidad de perspectivas y discursos múltiples, en la que tanto el cliente como el terapeuta construyen el conocimiento y con ello el proceso terapéutico (Andersen y Goolishian, 1988; Gergen y Warhus, 2001). La terapia se asemeja al círculo hermenéutico, pues se conceptualiza como un proceso dialógico, en el que terapeuta y cliente se retroalimentan mutuamente, avanzando y retrocediendo dentro del círculo del significado que va emergiendo (Andersen y Goolishian, 1996).

Se abandona la jerarquía que posiciona al terapeuta por encima del cliente, ubicando a ambos en una estructura horizontal y de colaboración, donde cada uno juega un papel igual de importante. El terapeuta trabaja desde una actitud de ignorancia, en la que sus acciones demuestran una genuina curiosidad por mantenerse informado, reconociendo que es el cliente el que sabe de su propia vida, por lo tanto él es el experto de su propia historia y el terapeuta se une a él para poder comprender su experiencia (Andersen y Goolishian, 1996; Biever, Bobele, Gardner y Frankilin, 2005; Gergen y Warhus, 2001).

La práctica terapéutica concebida como una construcción social, considera que el mundo se construye a través del lenguaje. Lo anterior ha provocado que se preste especial atención al discurso, e incluso considerar el proceso terapéutico como una conversación. Así, se percibe que el significado no está ubicado dentro de la mente del cliente, sino que se construye continuamente dentro de la relación cliente-terapeuta (Anderson y Goolishian 1996; Gergen y Warhus, 2001).

Se abandona el diagnóstico tradicional que parte de un consenso que establece qué es lo “adecuado” y qué es lo “inadecuado”, para pasar a una definición colaborativa del problema, que no se forma a partir de la observación del terapeuta, sino con el acuerdo comunicativo entre él y el cliente. Si se trabaja con familias o con grupos, las definiciones de los problemas deben de ser comprensibles y tener un significado para todos los miembros del sistema, de modo que todos puedan participar en el significado cambiante de éste (Anderson y Goolishian, 1988).

1.2. Descripción de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

1.2.1. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR)

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es un organismo de asistencia pública, desconcentrado de la Secretaría de Salud. Abre sus puertas en el año 2000, con el nombre Centro Nacional de Rehabilitación, tras la fusión del Instituto de Medicina de Rehabilitación, el Instituto de Comunicación Humana y el Instituto Nacional de Ortopedia. En el 2005 obtuvo la denominación actual como Instituto Nacional.

El INR busca la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de personas con capacidades diferentes, ofreciendo así un servicio integral de calidad (físico, psicológico, social y ocupacional) para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, cardiorrespiratorio, de la audición, de la voz, del lenguaje, así como lesiones deportivas. Todo esto con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad. De igual modo, el INR busca formar especialistas y desarrollar investigación científica.

Los servicios se ofrecen a la población a través de las siguientes especialidades: Audiología, Fonología y Patología del Lenguaje; Ortopedia; Medicina de Rehabilitación; Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ); Medicina del Deporte; Oftalmología; Otorrinolaringología; Anestesiología; Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Como parte de la atención integral, los pacientes pueden ser referidos al área de Terapia Familiar, desde cualquiera de las especialidades mencionadas anteriormente, así como del departamento de Psicología o Trabajo Social.

1.2.2. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El Centro inicia sus servicios en 1981; originalmente se encontraba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y es hasta 1983 que adquiere su autonomía.

Sus principales objetivos son apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños, niñas, adolescentes y adultos; en forma individual, grupal, de pareja y familiar.

Actualmente se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con una sala de espera, una recepción, diez cubículos para terapia individual y preconsulta, cuatro cámaras de gesell, equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, así como tres cubículos para retroalimentación biológica.

El nivel de intervención que proporciona esta sede es secundario y terciario. Para ser atendidas, las personas deben llenar una solicitud para tener acceso a una primera entrevista o preconsulta. Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista.

El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, dependiendo de los ingresos económicos de los solicitantes. Los servicios que ofrece son:

- Pre consulta.
- Evaluación.
- Referencia y canalización.
- Terapia: individual, pareja, familiar y grupal.
- Prevención primaria: talleres con diversas temáticas.

Los motivos de consulta que con mayor frecuencia reportan las personas que solicitan asistencia en este Centro son: ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas familiares, problemas de conducta en niños y adolescentes, esquizofrenia, trastornos alimenticios y atención psicológica para síntomas derivados de problemas de salud, como diabetes, colon irritable, epilepsia, gastritis y cáncer.

Los recursos humanos con los que cuenta el Centro para atender a la población que lo solicita, abarca desde los terapeutas asignados, los residentes de posgrado, prestadores de servicio social, los estudiantes en formación y voluntarios.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna

2.1.1. Modelo de terapia sistémico dialógica de Milán

Antecedentes del modelo

En 1967 Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil, fundó el Instituto de la Familia en Milán, junto con Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Prata. Fueron fuertemente influidos por el grupo de Palo Alto, California. En 1972 iniciaron una investigación con familias que mostraban conductas psicóticas y otras con un diagnóstico de esquizofrenia; los reportes de dicha investigación se encuentran en su libro “Paradoja y Contraparadoja” (1980). Posteriormente, influidos por Gregory Bateson, modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado (creencias) y nivel de acción (patrones conductuales) (Ochoa del Alda, 1995; Rodríguez, 2004).

Aproximadamente en 1980 el grupo se divide. Por un lado, Mara y Giuliana se trasladaron a la sede de Vialle Vittorio Veneto, en donde se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia, centrándose en “la prescripción invariable”, basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos. Ahí se conformaron dos equipos, el primero con Mara y Prata, y el segundo con Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini (Ochoa del Alda, 1995; Rodríguez, 2004).

Por otro lado, Boscolo y Cecchin enfatizan la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionan la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Actualmente, aunque siguen con algunos lineamientos de la antigua escuela de Milán, han incorporado la perspectiva del tiempo, así como técnicas que no pertenecen al modelo inicial. Su enfoque supone una evolución hacia el Constructivismo y la Cibernética de segundo orden, introduciendo la idea de que el observador es parte del sistema que observa y de la existencia de múltiples realidades (Feixas, Muño, Compañ y Montesano, 2012; Ochoa del Alda, 1995; Rodríguez, 2004). Sus ideas se han difundido en diferentes lugares del mundo a través de sus enseñanzas directas, así como al aporte de otros teóricos como Lynn Hoffman, Peggy Penn y Karl Tomm (Bertrando, 2011).

En los últimos años, Paolo Bertrando, capacitado previamente por Boscolo y Cecchin e influido por las ideas de Gregory Bateson, Michel Foucault y Mikhail Bakhtun, ha contribuido con importantes aportaciones a la Terapia Sistémica de Milán, centrando su trabajo en el uso del diálogo como unidad creativa y transformadora en terapia (Bertrando, 2011; Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica, 2017). En el 2009 fundó, en conjunto con otros colegas, La Escuela de Psicoterapia Sistémico Dialógica en Bergamo, Italia.

El presente trabajo, se centrará en los postulados del Modelo de Milán del grupo de Boscolo y Cecchin, así como en las ideas de Bertrando.

Principios básicos y conceptos del modelo

Complejidad del sistema. Las familias constituyen identidades complejas, pues están caracterizadas por la co-emergencia de diferentes procesos. El contexto familiar constituye un

importante punto de partida para extender y alargar el sentido de pertenencia, al mismo tiempo que estos individuos se forman, evolucionan y cambian en relación a múltiples sistemas interpersonales y sociales (Fruggeri, 2012). Los sistemas en esencia representan un proceso continuo de conexión siempre cambiante; es decir, se considera que el sistema existe en virtud de su complejidad cambiante (Mackinnon, 1983).

Procesualidad. Las familias, al intentar mantener sus funciones, ponen en marcha procesos adaptativos ocasionados por los cambios internos y por el ambiente a su alrededor. Es decir, reorganizan repetidamente sus relaciones en distintos momentos de sus vidas, en relación a los temas y situaciones emergentes. Dada esta procesualidad, asumen formas diferentes en momentos distintos de su historia familiar. Al mismo tiempo que los procesos organizan la cotidianidad, es la cotidianidad familiar la que permite a los diferentes integrantes de la familia estructurarse psicológicamente (Reséndiz, 2014).

Procesos familiares. Los procesos familiares implican momentos de negociación, oscilación, acomodamiento recíproco, coordinación, desestructuración y reestructuración entre sus miembros (Fruggeri, 2006, en Reséndiz, 2014).

Microprocesos. Entendidos como microtransiciones familiares (Fruggeri, 2009 en Reséndiz, 2014), son las pequeñas fases de pasaje que permiten cambiar la configuración interactiva y relacional entre sus miembros en los diferentes momentos y exigencias del día a día (Reséndiz, 2014).

Recursividad entre los diferentes niveles sistémicos. En los grupos familiares existen procesos, interactivos y simbólicos, que se pueden concebir desde distintos niveles, relativos a los individuos, a la familia o a la sociedad. Tales niveles están presentes y entrelazados siempre en los procesos familiares, por lo que es importante resaltar la “*multiprocesualidad*”, describiendo la

conexión entre comportamientos y creencias, entre procesos individuales, familiares y sociales (Fruggeri, 2012).

Contextualidad. Una de las ideas básicas del enfoque de Milán es que el significado de una acción sólo está determinado por el contexto en el que se dé; es decir “*sin contexto no hay significado*” (Boscolo, et.al, 1985). Esto quiere decir, que ningún hecho puede ser explicado sin tomar en cuenta el conjunto de circunstancias de las que emerge y se desarrolla. Este conjunto de circunstancias se identifica con el sistema de representaciones, más o menos compartidas, con base a las cuales las personas construyen su mundo y a través del cual cumplen acciones y mantienen relaciones. Asimismo, hay que tomar en cuenta que el contexto dentro del cual las descripciones de un determinado hecho asumen sentido está constituido por las premisas, los puntos de vista, los sistemas de representación y de significado de quien efectúa las descripciones (Fruggeri, 1998).

Tiempo y temporalidad. El tiempo, desde una visión sistémica y en un contexto terapéutico, se entiende como una abstracción derivada de la propia experiencia de secuencia y cambio, así como de la presencia estable de los objetos en proceso de cambio. Se considera que existe una influencia mutua entre el tiempo pasado, el presente y el futuro; el pasado define el significado del presente, pero al mismo tiempo es definido por los acontecimientos actuales, de modo que se crea un “anillo autoreflexivo” entre los tiempos, mismo que se complejiza al introducir la posibilidad del futuro, el cual puede cambiar el significado de las acciones presentes y del pasado (Boscolo y Bertrando, 1992).

Un sistema social como la familia se puede considerar como un conjunto de individuos, cada uno con sus tiempos e historias individuales, que se compenetran para construir la historia del sistema. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que, los individuos pueden tener tiempos y ritmos diferentes; en este sentido, es posible que exista una falta de coordinación entre los

diferentes tiempos individuales, familiares, sociales y culturales, lo que puede llevar a la patología (Reséndiz, 2014).

Premisas. Son los valores de referencia o las creencias estructuradas fuera del alcance de la mente consiente familiar, que funcionan como hábitos de puntuación de la realidad familiar compartida (Boscolo, et. al., 2003; Reséndiz, 2014).

Paradigmas. Se refieren a las formas en las que los miembros del sistema familiar se relacionan con y en su contexto social (Reséndiz, 2014).

Sistema significativo. Es el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado; incluye todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales (Boscolo y Bertrando, 2011; Boscolo, et.al., 2003).

Aperturas. Son las señales que la familia deja caer en el curso del diálogo terapéutico, que marcan una ruta hacia el desarrollo de una hipótesis (Boscolo, et. al., 2003).

El proceso terapéutico

Desde el punto de vista del modelo de Milán, el *problema identificado* puede verse como la mejor manera de actuar dentro de las posibilidades del sistema, en ese momento. En la epistemología actual de la familia y dentro los estereotipos rígidos y lineales de los miembros para entenderse a sí mismos, no hay un camino que los saque de la situación en la que se encuentran. El comportamiento de comunicación de los miembros de la familia y sus respuestas mantienen las reglas del sistema y por lo tanto, las transacciones en las que se incluye la conducta sintomática quedan establecidas (Mackinnon, 1983).

Para lograr un cambio en la conducta sintomática, es necesario un cambio de reglas; es decir, el cambio en el patrón de interacción rígida del sistema se realiza cuando la familia encuentra una alternativa a su epistemología actual. La tarea del terapeuta es introducir nueva información que de algún modo contradiga las premisas del sistema de creencias de los miembros. Así, el sistema comienza a hacer conexiones entre varias conductas, situaciones y relaciones en la familia y, por lo tanto, comienzan a observar otros miembros o conductas específicas diferentes y de una manera menos lineal. Cada persona se adapta parcialmente a esta nueva información y, a su vez, esto llega a ser nueva información para los otros miembros, quienes se adaptan a ello (Mackinnon, 1983).

El grupo de Milán ha dejado la actitud autoritaria para tomar una más colaborativa, no jerárquica y dialógica (Bertrando 2011). Así, postula la *no directividad del terapeuta* con respecto al cambio, por lo que el *objetivo terapéutico* consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. Se concibe que el terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser ella misma la que encuentre una solución que le resulte adecuada (Mackinnon, 1983; Ochoa del Alda, 1995).

Lo anterior se logra a través de un *diálogo* entre las ideas y emociones del terapeuta, con las ideas y emociones del cliente. Así, la Terapia Sistémico Dialógica de Milán, busca generar un diálogo abierto, comprensivo y respetuoso, en el que las visiones y experiencias del mundo del cliente y el terapeuta puedan encontrarse para llegar a la construcción de algún nuevo entendimiento o a alguna clarificación. Es importante resaltar que, si bien el terapeuta dialógico hace un esfuerzo por desarrollar su discurso sin omitir sus ideas, emociones u opiniones, no busca imponerle ni trata de influir en sus clientes (Bertrando, 2011).

Bajo este enfoque, la terapia se concibe como un proceso continuo y recursivo de negociación de significados, a partir de la presencia de diferentes perspectivas y voces, y donde cada negociación genera nuevos contextos que a su vez crean nuevos significados y así sucesivamente. Se reconoce también que, si bien son los terapeutas y los clientes los más activos en este proceso, también participan indirectamente las personas e instituciones presentes en el contexto del sistema significativo del problema (Bertrando, 2011).

Otro aspecto importante a tomar en cuenta en el proceso es la *posición del terapeuta*, es decir, estar consciente de su lugar dentro del sistema terapéutico, así como de la manera en la que su actitud influye en la posición que le es dada y cómo el contexto influye en su toma de actitud. De igual modo, es importante trabajar en *la relación terapéutica en términos sistémicos*; esto es analizar el modo en que el contexto de la terapia se construye dentro del diálogo terapéutico, así como de los efectos que este marco tiene en el mismo diálogo (Bertrando, 2011).

El terapeuta debe estar consciente de que su lectura propuesta al interior de un contexto terapéutico no es objetiva, sino que está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías (*prejuicios*). Es importante que el terapeuta tenga conciencia del problema del poder en la relación terapéutica y en las relaciones del cliente con sus sistemas de referencia y de los roles de género (Boscolo y Bertrando, 2011).

Para el grupo de Milán, trabajar de modo sistémico y dialógico requiere hacerlo desde una *perspectiva coevolutiva*, es decir, que el terapeuta evolucione junto al cliente, evitando detenerse en una imagen que cosifique el pasado o el presente, o una historia en particular. Al mismo tiempo, sus modelos deben saber evolucionar junto a los modelos sociales de los consultantes (Boscolo y Bertrando, 2011).

Estrategias de intervención.

Una estrategia de intervención de este enfoque terapéutico es la *connotación lógica*. Basándose en la “connotación positiva” (Palazzoli, et.al, 1980), que sugería la idea negativa de que el síntoma era bueno y que la familia lo necesitaba para su funcionamiento, se procede a cuestionar qué pasaría si desapareciera el síntoma actual. Entonces, desaparece la necesidad de decir que un problema es útil, basta señalar que esas personas se han habituado a él y que es difícil romper ese tipo de hábitos. De este modo, se evita aparecer aprobando un síntoma terrible, para señalar que es muy comprensible y significativo en su contexto, en ese momento. Se considera que una familia que acepta esta reflexión, le es mucho más difícil mantener intactas sus viejas ideas acerca del problema y, con frecuencia, queda en libertad para buscar una alternativa del síntoma, de un modo menos destructivo (Boscolo, et. al., 2003).

Gianfranco Cecchin, en su artículo “Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad” (1987) retoma el ensayo de los tres principios básicos para entrevistar a una familia, inicialmente expuestos por Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) y plantea una propuesta de dichos conceptos desde una evolución de los principios sistémicos originales, invitado a hacer terapia desde una *postura de curiosidad*. A continuación se describen los tres principios.

Neutralidad.

Originalmente, la neutralidad se ha entendido como el evitar la aceptación de que la posición de alguien es más correcta que la de otra. En un sentido, la neutralidad ha sido usada como una orientación para el terapeuta hacia una epistemología sistémica. Sin embargo, esta postura ha

llevado al terapeuta a un no involucramiento, a no tener opiniones fuertes y no tomar responsabilidad cuando es necesario, así como a una posición fría y demasiado relativista (Cecchin, 1989).

Con el propósito de evitar la simplificación de la idea de neutralidad, Cecchin (1989) la describe como un estado de curiosidad, que lleva a la exploración e invención de perspectivas y movimientos alternativos; así, la neutralidad y la curiosidad se convierten en un proceso recursivo, que busca nuevos puntos de vista, pero sin apearse a una posición en particular.

Esto implica una invitación a tomar una orientación polifónica, así como al desarrollo de la multiplicidad, respecto a la explicación de las interacciones, eventos e interpretaciones. A través de una postura de curiosidad, el terapeuta introduce información nueva al sistema en sus intentos de descubrir nuevas explicaciones (Cecchin, 1989).

La neutralidad y la curiosidad llevan también al concepto de *estética* (tomado de las ideas de Bateson). La estética en un contexto de terapia, se basa en la idea de que cada sistema tiene su lógica, misma que no es ni buena ni mala, sino simplemente operativa; por lo tanto, implica el respeto por la integridad del sistema. Así, la estética implica una sensibilidad al patrón del sistema, así como la multiplicidad de posibles patrones; invita al terapeuta a dejar de dirigir a las personas, así como a perder el interés en “descubrir” la mejor descripción del problema familiar, para generar curiosidad acerca de cómo se ajustan entre sí las explicaciones de los miembros del sistema familiar (Cecchin, 1989).

Es importante establecer que hay situaciones en las que un terapeuta tiene que actuar como controlador social (por ejemplo, en casos de violencia o incesto), pues no se puede ignorar que existen ciertas construcciones sociales impuestas por los sistemas legales, sociales y culturales. En

estos casos, se sugiere tomar una posición diferente frente al sistema familiar y reconocer que no se puede actuar terapéuticamente, sino legalmente (Cecchin, 1989).

Hipotetizando.

El estar constantemente elaborando hipótesis es lo que se hace para mantener una postura de curiosidad (Cecchin, 1989). Las hipótesis sistémicas utilizadas por el grupo de Milán, son definidas como esquemas explicativos en un intento de responder el por qué de la conducta sintomática; es importante señalar que se refieren a razones y no a causas (Ugazio, 1985). Se reconoce que la hipótesis no es ni falsa ni verdadera, lo importante es que ofrece al terapeuta una guía para obtener nueva información, por medio de la cual se puede confirmar, refutar o modificar (Selvini, et.al, 1980).

Partiendo de las hipótesis, el clínico puede brindar a la familia nuevas ideas, para que encuentren un modo de funcionar que le sea más útil (Cecchin, 1989). En este proceso de cambio, el terapeuta debe conectarse con el sistema familiar sin ser absorbido por él. Para ello, se requiere ofrecer argumentos que contrasten con las explicaciones familiares, pero que sean tan válidas como éstas (Ugazio, 1985).

Desde la curiosidad, el terapeuta no toma una hipótesis como la única verdad, sino que está en un proceso constante de retroalimentación, en la que la familia se hace partícipe. Así, el equipo de Milán invita a entablar un diálogo constante con la familia, desafiando constantemente las hipótesis propias y de la familia (Cecchin, 1989).

Bertrando (2011) propone construir las hipótesis a través de diálogo colaborativo entre el terapeuta (y el equipo si lo hubiera) y los clientes, de modo que ellos se sientan libres de discutir, criticar y ampliar las ideas del terapeuta, así como de aportar las suyas.

Circularidad.

La circularidad se refiere a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la retroalimentación que la familia le da en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones, y por consiguiente, acerca de la diferencia y el cambio (Penn, 1982). Implica un método interrogativo y de diálogo, mediante el cual el terapeuta crea curiosidad dentro del sistema familiar y el terapéutico, al mismo tiempo que permite el desarrollo de hipótesis y el mantener una posición de neutralidad (Cecchin, 1989).

A continuación se describe con detalle los aspectos importantes del interrogatorio circular como entrevista interventiva.

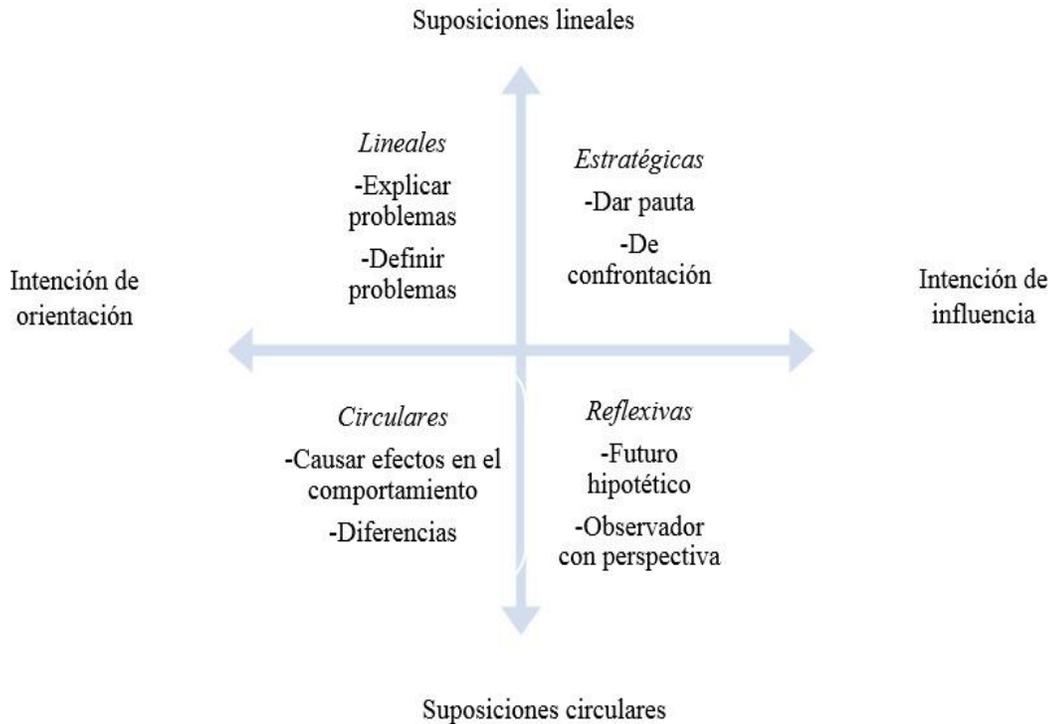
El interrogatorio circular busca información referente a las diferencias de las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del surgimiento del problema; ofrece la posibilidad de cuestionar el sistema de creencias familiares usando un lenguaje de relación, abriendo espacio para la creación de nuevas historias (Cecchin, 1989; Penn, 1982). Puede ser utilizado en diferente orden; empezando en el presente y moviéndose al pasado, o viceversa. El grupo de Milán incluye nueve categorías que conforman el cuestionamiento circular (Penn, 1982):

- Información verbal y analógica. Se deberá prestar atención tanto a los mensajes verbales como no verbales que da la familia. El terapeuta deberá atender a las palabras “señales” que de la familia, y transformarlas en planteamientos acerca de las relaciones. Asimismo, se deberá observar las miradas, cambios de postura, el tono de voz y el ritmo de las interrupciones.
- Definición del problema. Sugiere preguntar ¿cuál es el problema actual de la familia?, de modo que se logre conectar el problema presente con un momento del pasado, en el que las relaciones familiares eran diferentes.

- Alineación de coaliciones en el presente. Implica hacer preguntas cuyas respuestas muestren la definición de las relaciones entre los miembros de la familia.
- Una secuencia diferente. Consiste en hacer preguntas para rastrear la secuencia de comportamiento que está manteniendo el problema, de modo que se busque una alterna.
- Preguntas de clasificación y comparación. Se formulan para seguir los alineamientos de las coaliciones familiares.
- Preguntas sobre acuerdos. Se pregunta acerca de los acuerdos entre los distintos miembros de la familia, para jerarquizar coaliciones, en términos de su fuerza y su prioridad.
- Murmurar en presencia de otros. El terapeuta puede susurrar a algún miembro de la familia que comente sobre la relación de otros dos; posteriormente, se le puede pedir a los otros dos que comenten sobre la relación de las demás díadas.
- Comparaciones entre subsistemas. Al preguntar acerca de las comparaciones dentro y entre los subsistemas, se trazan distinciones más finas acerca de las relaciones.
- Preguntas explicativas. Este tipo de preguntas brinda información acerca de las relaciones pasadas de la familia. Consiste en preguntar cómo algún miembro de la familia explica algún suceso o relación.

Por otro lado, Karl Tomm (1988) propone, como parte de la entrevista interventiva, un esquema para pensar las preguntas en terapia de acuerdo a las intenciones del terapeuta, que toma en cuenta dos dimensiones centrales, desde los cuales se pueden originar cuatro tipos distintos de cuestionamientos (*véase figura 1*).

Fig. 1. Esquema para distinguir los cuatro tipo de preguntas principales (Tomm, 1988).



En el eje horizontal se encuentra la intencionalidad del terapeuta al hacer la pregunta, que va de un continuo desde la orientación a la influencia. Desde la primera, se busca indagar algo sobre los pacientes o sobre su situación, de modo que el lugar principal de cambio es el terapeuta y no la familia. Por otro lado, con la intención de influencia, se tienden a hacer preguntas que desencadenen el cambio terapéutico, siendo el lugar principal de cambio el paciente o la familia.

En el eje vertical está la segunda dimensión, que está relacionada con la variación de suposiciones sobre la naturaleza de los fenómenos mentales y el proceso terapéutico. En un extremo estarían las suposiciones fundamentales lineales o de causa efecto, y en el otro las suposiciones circulares o cibernéticas.

- Preguntas lineales. Se realizan con la intención de investigar. El terapeuta tiende a adoptar una posición reduccionista tratando de determinar la causa específica del problema. Si bien este tipo de preguntas tienden a expresar una actitud de juicio, son útiles para lograr delinear el origen del problema que presenta la familia; se suelen emplear más al inicio de la sesión.
- Preguntas circulares. Se realizan con una intención exploratoria. Son preguntas que se plantean para producir los patrones de interacción que vinculan al sistema en circuitos recurrentes. Tienden a caracterizarse por una curiosidad sobre la posible conexión de eventos que incluyen el problema.
- Preguntas estratégicas. Se realizan con una intención correctiva. A través de las preguntas, el terapeuta indirectamente informa a los miembros de la familia dónde tuvieron sus errores y cómo deberían de comportarse, buscando que se dé el cambio terapéutico. A pesar de que usar demasiadas preguntas estratégicas puede poner en riesgo la alianza terapéutica, son útiles cuando la familia necesita una confrontación o directriz para poder movilizarse.
- Preguntas reflexivas. Se realizan para facilitar la movilización de los recursos propios de la familia para resolver sus problemas. Son formuladas para accionar a los miembros del sistema a reflexionar sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales, y así considerar nuevas opciones. A su vez, Tomm (1987) plantea una clasificación de este tipo de preguntas, las cuales serán descritas a continuación.

1. Preguntas orientadas al futuro: pueden ser útiles para cultivar metas familiares; para explorar resultados anticipados, expectativas catastróficas o posibilidades; para sugerir una interpretación o acción futura; para incluir historias y provocar optimismo.

2. Preguntas con perspectiva de observador: pueden servir para provocar autoconocimiento, para cuestionar sobre las experiencias de otros; para explorar la percepción y la interacción interpersonal.

3. Preguntas de cambio de contexto imprevistas: se formulan para explorar el contenido, contexto o significado opuesto a la realidad que presenta la familia; explora la necesidad de mantener el status quo y puede presentar confusión paradójica.

4. Preguntas de sugerencias insertadas: pueden sugerir una reestructuración, una acción alternativa, voluntad o una disculpa.

5. Preguntas de comparación normativa: sirven para hacer comparación con la norma social, con la norma de desarrollo o con distintas culturas.

6. Preguntas para aclarar diferencias: se formulan para clarificar las atribuciones causales, ciertas secuencias de interacción o dilemas.

7. Preguntas para introducir hipótesis: sirven para revelar recursos, mecanismos de defensa, respuestas problemáticas, motivos alternativos o peligros del cambio, que formen parte de la hipótesis terapéutica.

8. Preguntas de interrupción del proceso terapéutico: pueden ser útiles para exponer el proceso actual; para reflejar la relación terapéutica con algún miembro de la familia y para facilitar una buena disposición a terminar la terapia.

Así, los principios de hipotetizar, circularidad y neutralidad, pueden ser vistos como recursivamente interrelacionados, de modo que la neutralidad provee el contexto para construir múltiples hipótesis, que lleven a una visión de los patrones circulares y al cuestionamiento circular (Cecchin, 1989).

Consideraciones finales

El Modelo de Terapia Sistémico Dialógica de Milán ofrece una compleja e interesante propuesta a nivel de análisis y de intervención para la atención de familias, parejas e individuos. Es un enfoque que invita al terapeuta a alcanzar una conciencia de segundo orden y un alto nivel de autoreflexión, que le permita mirar desde diferentes perspectivas el funcionamiento del sistema familiar y del sistema terapéutico.

Al incluir al terapeuta dentro del sistema, el modelo propone ser consciente de las posiciones que el clínico ocupa a lo largo del proceso, así como de sus propios prejuicios. Esto tiene una amplia relación con la responsabilidad terapéutica, descrita por Telfener (2014); la autora habla de varios aspectos que la conforman. Por un lado, está la responsabilidad técnica, entendida como la capacidad de considerarse competente respecto a un modelo subjetivamente elegido. Por otro lado, la responsabilidad social, determinada desde el mandato por la comunidad ampliada, que da el resultado de las propias acciones en el mantener o deconstruir estructuras de poder. También está la responsabilidad relacional, entendida como el reflexionar sobre el significado que las propias acciones tienen sobre los pacientes y sobre otros significativos en el contexto compartido, así como la capacidad de mantenerse abierto a explorar y a cambiar las propias premisas, monitoreando los propios prejuicios, a fin de no caer en patrones repetitivos y/o colusivos. Y por último, estaría la responsabilidad de la responsabilidad, una responsabilidad de segundo orden; es decir, el ser consciente de todos los aspectos anteriores, el deber rendir cuenta del proceso de construcción de la realidad social que se realizan en las interacciones con el problema presentado y su sistema de significado.

Así, el Modelo de Terapia Sistémico Dialógica de Milán, lleva al clínico a estar en constante revisión de su trabajo y de su propio saber, de modo que es una propuesta sumamente enriquecedora, tanto para los consultantes como para el terapeuta que lo utiliza.

2.1.2. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

Antecedentes del modelo y principales representantes

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones (TBCS) fue desarrollado por Steve De Shazer a fines de los años 70, quien fundó el Brief Family Therapy Center en Milwaukee, Wisconsin (EUA); mismo al que luego se incorporan Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Por su parte, O'Hanlon y Weiner-Davis (en Nuevo México, EUA) se han sumado a su labor y han contribuido a la difusión de este enfoque terapéutico, desarrollando el Modelo Orientado a Soluciones (Espinosa, 2004; Ochoa del Alda, 1995; Tarragona, 2006). En el presente trabajo se presenta la TBCS, a partir de una integración de ambas aproximaciones.

Este modelo se caracteriza por favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, por lo que durante la entrevista se emplea el menor tiempo posible en conocer el problema y las circunstancias que lo rodean. Por el contrario, el énfasis recae en indagar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los consultantes, es decir, cuáles son las excepciones a la misma (Ochoa del Alda, 1995; Tarragona, 2006).

El desarrollo de la TBCS estuvo influido en sus comienzos por la terapia del Mental Research Institute de Palo Alto, California. Steve de Shazer llevó a la máxima expresión la búsqueda de excepciones al problema esbozada por los componentes del MRI. Se ha apartado paulatinamente

de la definición del síntoma y las soluciones generadas con objeto de superarlo, para recoger información detallada de las excepciones en torno a la conducta problemática que han pasado desapercibidas para los consultantes. Asimismo, ha perfeccionado la utilización que el MRI hace de la postura de los consultantes para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que éstos colaboran, el trabajo terapéutico se optimizará. No cree que haya ningún movimiento homeostático que impida el cambio. Por el contrario, piensa que las personas están motivados para librarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor (Ochoa del Alda, 1995; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Por otro lado, este enfoque terapéutico tiene una fuerte influencia del trabajo de Milton Erickson, quien rechazaba la idea de la resistencia en los consultantes ante la terapia. Por el contrario, creía en el enfoque de “la utilización”, en el que los síntomas y todas las características de las personas se deberían de tomar en cuenta y ser utilizados como parte de la solución (Espinosa, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Bases epistemológicas del modelo

Las ideas que subyacen el trabajo de la TBCS están fundamentadas en las siguientes corrientes epistemológicas.

Teoría General de los Sistemas. La TBCS sí comparte con las demás orientaciones de terapia familiar el punto de vista contextual, es decir, la tendencia a analizar los fenómenos dentro del contexto que en el que se producen. Además, este contexto se entiende sobre todo desde el punto de vista interpersonal, poniendo énfasis en las relaciones circulares que se establecen en el presente entre las conductas de una o varias personas. Estas conductas y sus relaciones son vistas como

“sistemas abiertos”. Sin embargo, ver las situaciones en términos de sistema no exige apostar por la complejidad; se puede pensar que los problemas simplemente coexisten, sin que haya necesariamente una relación de dependencia entre ellos (Furman y Ahola, 1992, en Beyebach, 1999). Por tanto, se considera que es compatible adoptar una perspectiva sistémica sin renunciar a la idea de la simplicidad (Beyebach, 1999).

Cibernética de Segundo Orden. La TBCS considera que el consultante y el equipo terapéutico no son elementos independientes; por el contrario se atiene a la Cibernética de Segundo Orden, en la que se considera que ambos se influyen mutuamente. Es decir, que los consultantes influyen en el terapeuta y el terapeuta en ellos, en una interacción recurrente. De este postulado se deduce la necesidad de un acoplamiento entre consultante y terapeuta para que la terapia obtenga unos resultados satisfactorios (Espina y Cáceres, 1999).

Constructivismo. El Constructivismo postula que no existe una realidad verdadera, sino que cada individuo la construye en función de su sistema perceptivo, la experiencia y el lenguaje. Desde esta perspectiva, la terapia está dirigida a lograr la reestructuración de la visión del mundo del consultante, a través de la construcción de otra realidad, que se asume no es la única ni verdadera, pero sí más útil que la anterior (Watzlawick, 2000). En este sentido, la terapia bajo un enfoque constructivista reconoce el papel de la autoorganización en la formación del significado, por lo que respeta el sistema de conocimiento personal de sus consultantes, partiendo de éste para proporcionar nuevas perspectivas que lleven a una novedad experiencial (Neymer, 1998).

Construccionismo Social. Se considera que la terapia es una construcción, en la que tanto los conceptos que manejan los profesionales, como los puntos de vista de los consultantes, son formas de contarse cosas a sí mismos y a los demás, susceptibles de ser negociadas en la interacción social y reemplazadas por otras más útiles (Beyebach, 1999). De igual modo, la terapia se puede

considerar un proceso lingüístico en el que se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya al lenguaje centrado en los problemas. Esto supone un cambio importante en la forma de conceptualizar el papel del terapeuta; éste deja de ser el experto que sabe cómo se deben comportar los consultantes, para pasar a ocupar la posición de un individuo que respeta la postura de las personas que buscan la terapia y muestra su curiosidad por conocer sus recursos (De Shazer y Miller, en prensa, en Beyebach, 1999).

Premisas básicas del modelo

A continuación se exponen las principales premisas de la TBCS (Beyebach, 1999; Espina y Cáceres, 1999; O`Hanlon, 1999; O`Hanlon, y Weiner-Davis, 1989; Rodríguez y Beyebach, 1994):

- *Se rechaza la metáfora de la profundidad.* Se deja la idea de que lo que sucede es determinado por lo que sucede en niveles más profundos (el inconsciente, las experiencias infantiles, etc.). Que alguien se queje de algo indica solamente eso mismo: que alguien se queja de algo. En este sentido, la tarea del terapeuta no es buscar claves ocultas por debajo del discurso de los consultantes, sino ayudarles a narrar de tal forma que puedan encontrar vías de solución y alternativas más positivas que la queja.
- *Orientación hacia el futuro.* Como se mencionó anteriormente, bajo este enfoque no interesa cómo surgieron los problemas (pasado); tampoco se presta mucha atención a cómo se mantienen (presente), sino que se ocupa de cómo se resolverán (futuro).
- *No adopta un modelo de normalidad.* Se considera que no existe un único patrón de persona o familia “sana”; más bien, se concibe que existe una multitud de diferentes formas de actuar y

comportarse. Por lo tanto, la terapia no intentará ajustar a los consultantes a un modelo preestablecido, sino que se propondrá ayudarles a que consigan lo que ellos se plantean.

- *Problema y solución son categorías discontinuas.* Dos personas que acuden a terapia con una queja similar pueden generar soluciones muy diferentes al final de la terapia; y a la inversa, puede haber soluciones muy similares para casos muy distintos. En este sentido, no se considera indispensable tener la información sobre el problema; el terapeuta puede pasar directamente a hablar de las soluciones, identificando qué es lo que quieren conseguir los consultantes, detectando sus recursos, ayudándoles a encontrar formas de conseguirlo y buscando modos de mantener los logros.
- *Es necesario conseguir que el consultante haga algo.* En la TBCS existe la tendencia a hacer que las personas realicen alguna acción, la mayoría de las veces de tipo observable, con el fin de producir un cambio.
- *Confianza en los recursos de los consultantes.* Se considera que tienen la capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La tarea del terapeuta es movilizar dichos recursos, ayudando a los consultantes a que se ayuden a sí mismos.
- *Cooperancia.* Desde este enfoque, no existe el concepto de “resistencia”, sino que se considera que cada consultante tiene un modo distinto de responder a la terapia. Es tarea del terapeuta detectar la forma de cooperar de los consultantes y de adaptarse a dicha modalidad.
- *Efecto de bola de nieve.* Se considera que en terapia es suficiente con introducir un cambio pequeño en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por los consultantes, ya que entonces retroactuarán sobre él ampliándolo.

El proceso terapéutico

El proceso terapéutico bajo este modelo, pone particular énfasis en las soluciones y las excepciones. Si bien es importante conocer lo que aflige al consultante para entender mejor qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida y cuál es el cambio que quiere lograr, el objetivo más importante es construir e implementar soluciones (Tarragona, 2006).

La primera entrevista.

Tomando en cuenta el “árbol de decisiones” elaborado por De Shazer (1988) (*véase figura 2*) a continuación se describen los aspectos importantes para llevar a cabo una primera entrevista bajo el modelo de TBCS.

En primer lugar, es importante tomar en cuenta que como resultado de la entrevista se desarrollan diversos *tipos de relaciones entre terapeuta y consultante*, mismos que se describen a continuación en la *tabla 1*, junto con las recomendaciones para el terapeuta. Es importante señalar, que en el transcurso de las sesiones estas relaciones cambian y evolucionan.

Tabla 1. Tipos de relación entre el terapeuta y el consultante, descripción y recomendaciones.

Tipo de relación	Descripción	Recomendaciones terapéuticas
Visitante	Llegan a terapia personas que no parecen tener un motivo de consulta y la razón por la entrevistada, que sea simpático y que busque lo que se encuentran en el consultorio es porque que sí funciona. Se podrá encuadrar la terapia alguien más los llevó o les dijo que fueran (por con la idea de que se demuestre a la persona que ejemplo: el sistema legal, los padres de un lo envió, que no necesitan terapia. No es adolescente, la escuela del niño, etc.). Puesto recomendable dejarles una tarea al final de la que no hay un problema con el cual trabajar, la primera sesión. terapia no puede empezar.	Que el terapeuta esté de parte de la persona
Demandante	El consultante ha desarrollado una expectativa de solución y tiene buena disposición a la terapia, aunque no hay una convicción de que quiere hacer algo respecto del problema.	Dejar tareas de observación o reflexivas.
Comprador	El consultante tiene buena disposición y quiere hacer algo respecto al problema.	Dejar tareas conductuales.

Tomando en cuenta lo anterior, el terapeuta tiene que decidir cómo tratar a los consultantes. Así, poco a poco se va *desarrollando la adaptación*, es decir, un proceso recíproco entre el terapeuta y consultantes, durante el cual llega a formarse un ambiente de confianza, en el que se prestan tención recíprocamente y aceptan la concepción del mundo del otro como válida y significativa. Posteriormente se *construye el problema*, a partir de la queja del consultante.

Una vez teniendo claridad respecto a cuál es el problema, se procede a *buscar las excepciones*. Si se encuentran excepciones (mismas que pueden ser *espontáneas o deliberadas* por parte del consultante), se buscará *establecer la distinción entre éstas y el problema*. Para poder trabajar con la(s) excepción(es) es importante que la diferencia entre ésta(s) y el problema sea significativa para los consultantes y que sean descritas en términos conductuales.

Después de establecer la diferencia entre la excepción y el problema, se procede a *fijar objetivos/met*as; es decir, explorar a dónde quiere llegar el consultante, qué quiere ver en su vida en lugar del problema que lo trae a consulta. Tener un objetivo bien definido es de gran utilidad en la terapia, porque permite “medir” el progreso del consultante al acercarse a éste. Los objetivos deben centrarse en lo que es posible cambiar, no en características o aspectos de los consultantes o de su situación que no sean susceptibles al cambio.

Por último, se procede a *prescribir una tarea*, tomando en cuenta las soluciones planteadas anteriormente: más de lo mismo que ya está haciendo el consultante y que funciona; una tarea con intervenciones aleatorias (recomendable cuando las soluciones son espontáneas); o una tarea que consista en empezar por hacer lo más fácil (recomendable cuando existe más de una excepción y cuando se trabaja en una relación de tipo “demandante”).

En caso de que no haya excepciones, entonces se procederá a buscar *soluciones hipotéticas*. Si esto es posible, entonces se procederá a describir las diferencias entre éstas y el problema, para después fijar objetivos y prescribir una tarea. Si no es posible encontrar una solución hipotética, entonces se deberá replantear la definición del problema, considerando que pueda estar basado en una premisa muy amplia, o que su definición sea muy rígida; de ser así, se procederá a *desconstruir el marco de referencia* del mismo. El proceso de desconstrucción implica crear alguna duda sobre el marco de referencia del consultante. Para ello, éste se acepta como lógico, hasta el momento en

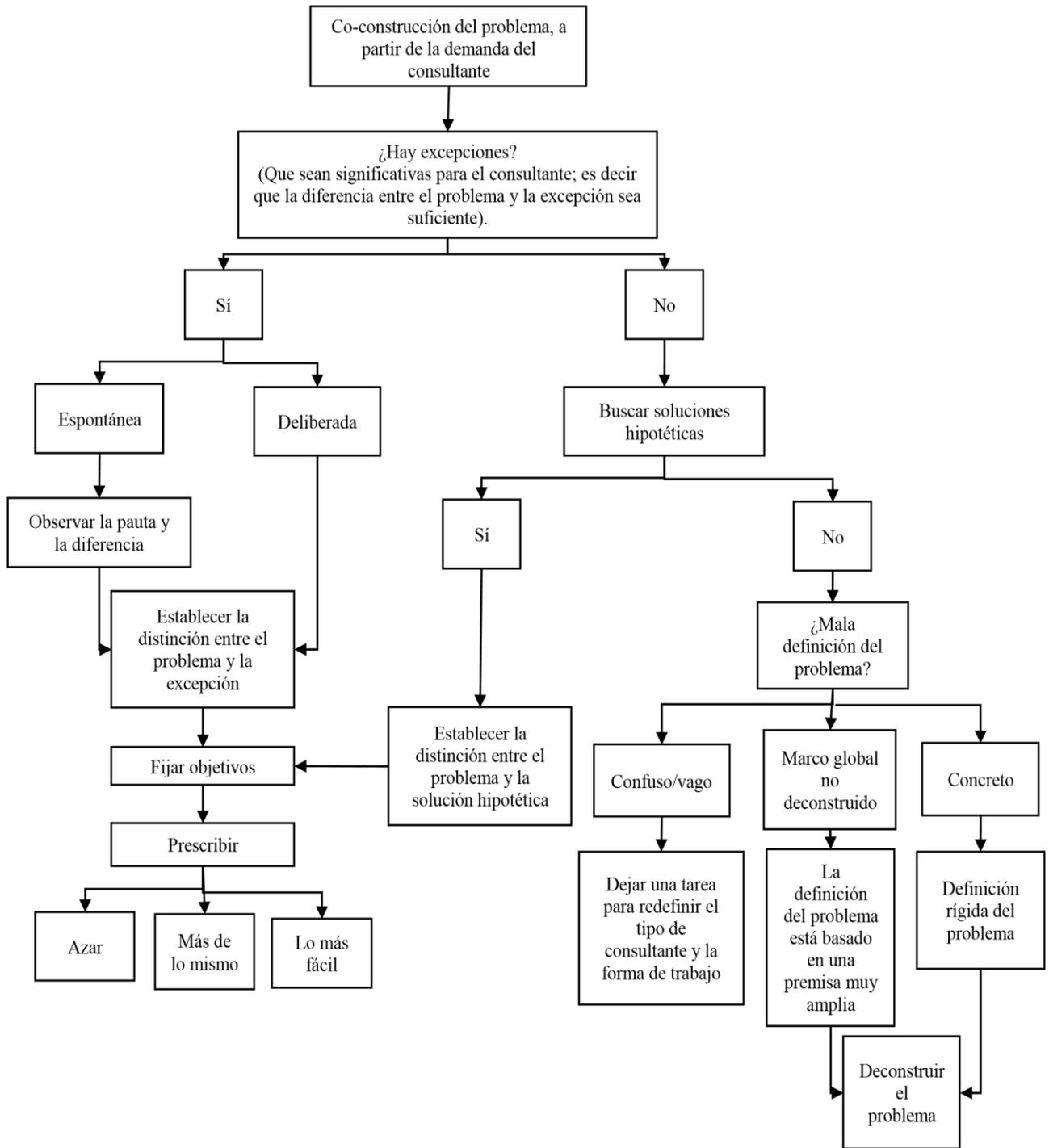
que produce conductas problemáticas. Se explora la situación total hasta que aparece un foco potencial o un indecible (un punto en el que la lógica del marco global requiera pensamientos, sentimientos y conductas que se apartan de las que utiliza habitualmente el consultante), para cuestionar la lógica de la conducta dentro del marco de la persona (De Shazer, 1988).

Sesiones posteriores a la primera entrevista.

Los propósitos de las entrevistas posteriores a la primera sesión son los siguientes (De Shazer, 1994). (*Para una guía más específica véase figura 3*):

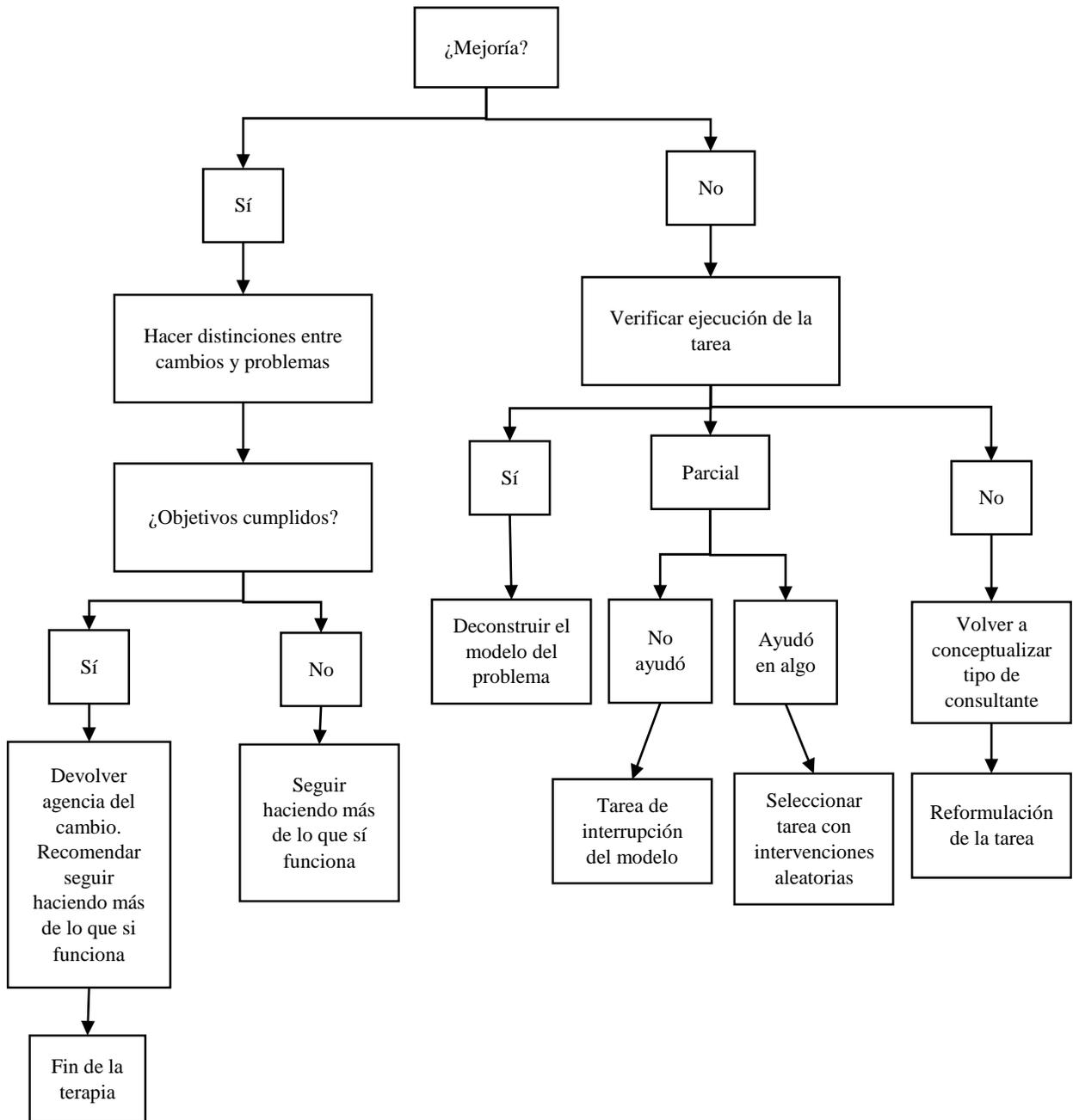
1. Construir el intervalo transcurrido entre las sesiones como períodos en los que se han logrado alguna mejora.
2. Verificar si el consultante considera que lo que el terapeuta y él mismo hicieron en la sesión previa resultó provechoso, es decir, si lo llevaron a percibir que las cosas mejoraron.
3. Ayudar al consultante a determinar qué está haciendo o qué sucedió, que lo conduce a algún logro, de modo tal que pueda advertir en qué debería preservar.
4. Establecer si logros obtenidos hicieron que las cosas marchen suficientemente bien, de modo tal de determinar si es o no necesario continuar con la terapia.
5. Cuando el consultante no describe ninguna mejoría, se debe evitar persistir en lo que no surte efecto, por lo contrario, se debe provocar (tanto en el consultante como en el terapeuta) hacer algo diferente.

Figura 2. Árbol de decisiones para la 1º sesión.



(Elaboración propia con datos de De Shazer, 1988).

Figura 3. Árbol de decisiones para las sesiones posteriores a la 1ª.



(Elaboración propia con datos de De Shazer, 1988).

Técnicas de intervención.

La TBCS tiene tres objetivos generales: cambiar la “forma de actuar” de los consultantes, en la situación percibida como problemática; cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática; evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Para lo anterior, se pueden implementar distintas técnicas, mismas que serán descritas a continuación en las *tablas 2, 3 y 4* (Cade y O’Hanlon, 1993; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 2. Técnicas con el objetivo de cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática.

Técnica	Descripción
Intervención sobre el patrón de la queja	Consiste en alterar el patrón de la queja a través de cambiar la frecuencia, el tiempo de ejecución, la duración o el lugar; añadir al menos un elemento nuevo; cambiar la secuencia; descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños; unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa. Esto suele producir una sensación de control en los consultantes, en relación al problema.
Intervención sobre el patrón del contexto	Modificar patrones que no tienen que ver con la realización de la queja, como las pautas personales o interpersonales que la rodean.

Con lo anterior se pretende que el consultante cambie las acciones e interacciones que intervienen en la situación, abriendo posibilidades para la resolución de sus problemas. Al cambiar

la acción, puede generarse también un cambio en el marco de referencia del consultante (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 3. Técnicas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

Técnica	Descripción
Tarea de fórmula de la 1º sesión	Se le pide a los consultantes al final de la primera sesión, que observen y elijan qué aspectos de su vida les gustaría que sigan ocurriendo. Se busca comenzar a enfocar al consultante en cuestiones positivas, para fomentar nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro.
Tarea de la sorpresa para parejas/familia	Introduce un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones, de modo que fijen su atención en nuevas conductas.
La tarea genérica	Se le pide a los consultantes que observen qué es lo que hacen para alcanzar su objetivo (incluso se les puede pedir que lo escriban). Esta técnica, asume que se producirán conductas deseables y ayuda a definir con mayor claridad el objetivo
Uso de analogías	Implica hablar de una cosa como si fuera otra (a través de anécdotas, parábolas o relatos). Ayuda a utilizar aptitudes y comprensiones de un ámbito de la experiencia para encarar de otro modo o comprender y dar sentido a otras zonas vivenciales. Permite al terapeuta acrecentar las posibilidades de conexión con aspiraciones y dificultades que están fuera de la percepción consciente del consultante.
Pregunta escala	Se le pide a los consultantes que ubiquen en un a escala (por lo común de 0 al 10) su grado de avance, respecto a los objetivos planteados para la terapia. Busca resaltar el cambio e identificar objetivos alcanzables y medibles. Introduce la idea de que el cambio es un proceso, en el que hay que dar pasos pequeños.

Tabla 3. Técnicas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática (*continuación*).

Técnica	Descripción
Pregunta de excepción	Se pregunta a los consultantes por los momentos o situaciones en las que no se haya presentado el problema en el pasado, así como en los que no se presente ahora. Lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrían. Puede que se descubran soluciones que habían olvidado y/o encontrar claves para construir soluciones futuras.
Preguntas presuposicionales	Preguntas que buscan influir sobre la percepción de los consultantes, dirigiendo a soluciones y asumiendo el cambio. Encamina a los consultantes hacia respuestas que promueven recursos.
Pregunta del milagro	Se pide a los consultantes que imaginen que ha ocurrido un milagro que ha solucionado se problema; entonces, se pregunta cómo se darían cuenta de que se solucionó su problemática, qué sería distinto en sus vidas, qué estarían haciendo diferente, etc. Reflexionar sobre esta pregunta parece hacer más real, y por lo tanto más probable, un futuro sin el problema. Además, aparece información concreta para encontrar soluciones hipotéticas.

Así, se pretende que las personas recuerden sus propios recursos y fomenten las capacidades que los pueden llevar a cambios en sus modos de comportarse y de pensar (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 4. Técnicas con el objetivo de cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática.

Técnica	Descripción
Reenmarcado	Proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta al desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, ya sea de modo directo o indirecto.
Desenmarcado	El terapeuta desafía los significados que el consultante asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco. Se puede dejar que el mismo consultante cree significados alternativos, o bien, que quede sin ningún significado en particular.
Normalizar despatologizar	y Consiste en enmarcar la situación que el consultante presenta como psicológica o patológica, en un marco de referencia cotidiano (se pueden usar experiencias propias o de otros, elogiar de algún modo el problema, etc.).
Usar lenguaje de soluciones	Usar el lenguaje para despatologizar y de modo que asuma el cambio y la solución (al usar el tiempo futuro se asume el cambio; al hablar de recaídas se plantean como posibilidad).

Con estas técnicas se busca cambiar los marcos de referencia de los consultantes, lo que a su vez puede generar cambios en sus acciones y en el desarrollo de sus recursos no utilizados (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Consideraciones finales

La TBCS ofrece un enfoque esperanzador para los consultantes, que fuera de encasillarlos en una patología, asume que cuentan con las fortalezas y los recursos para la solución de sus problemáticas. Creo que hay que considerar que el implementar este modelo, implica tener una postura en la que uno tienda a reconocer y promover los aspectos positivos del ser humano.

Hasta cierto punto, los supuestos de este modelo podrían denominarse como políticos, pues suponen una crítica frontal a las prácticas de patologización, medicalización e incluso psicologización que tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia y a la sociedad occidental. En este sentido, este enfoque propone una lectura más democrática e igualitaria, de las relaciones entre los profesionales y las personas a las que atienden (Beyebach, 1999).

Por otro lado, considero que la TBCS es un modelo práctico, en el sentido en que nos proporciona a los terapeutas una guía muy clara acerca de cómo intervenir a lo largo del proceso terapéutico, para construir junto con los consultantes una solución eficaz a su problemática.

Asimismo, el hecho de que la TBCS no sea una terapia especializada a un tipo de problema o una población, sino en ciertos tipo de proceso cuyo contenido varía dependiendo de las circunstancias de los consultantes, permite que en el trabajo clínico se utilicen con éxito ante una gran variedad de dificultades (Tarragona, 2006).

2.2 Análisis y discusión del tema que sustentan los casos presentados

2.2.1. Familia y enfermedad: accidente cerebral vascular

El comienzo de una enfermedad conlleva implicaciones en la vida del individuo que la padece, pudiendo afectar, de acuerdo al tipo de dolencia, su funcionamiento fisiológico, su estado de ánimo, su autoimagen, sus recursos emocionales y su capacidad mental. Asimismo, tiene un impacto para la familia, tanto en el aspecto emocional como en la dinámica cotidiana, afectando su distribución de roles, de recursos y patrones de interacción (Velasco y Sinibaldi, 2001). En este sentido, la manera en la que la familia experimenta el control de la enfermedad repercutirá sobre la interpretación que le den a ésta y con ello, el modo en el que afronten la situación y se comporten frente al miembro que la padece (Rolland, 2000).

Kornblit (1996) retoma las ideas de autores que han hecho un análisis de situaciones críticas ocasionadas por la separación y reunión de familias como consecuencia de la guerra (Hill, 1949; Burr, 1973) para establecer los factores involucrados ante la crisis familiar que puede presentarse frente a la aparición de una enfermedad en uno de sus miembros. Estos factores son: el hecho y las penas vinculadas a éste; los recursos que pone en juego la familia para enfrentar la crisis; la definición que la familia hace del hecho; la vulnerabilidad familiar y su poder regenerativo.

La crisis ante la enfermedad se entiende como el grado de desorganización que el impacto de ésta produce en la familia. El nivel de la crisis se puede detectar a partir de la incapacidad o el retardo de la familia para implementar respuestas adaptativas y funcionales con respecto al enfermo y al sistema. Esto dependerá del tipo de enfermedad (tomando en cuenta su posibilidad de curabilidad, dolor, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos terapéuticos

implicados, modalidad de comienzo y evolución e ideología acerca de ella); de la dinámica del grupo familiar (incluye la consideración del estilo familiar en cuanto al continuo cohesión-desapego y a la permeabilidad de los límites) y de la definición e interpretación que la familia haga del hecho (las creencias que tiene la familia acerca del origen de la enfermedad, así como aquellas ideas que pueden influir sobre el curso de la misma) (Kornblit, 1996; Velasco, y Sinibaldi, 2001).

Por un lado, la vulnerabilidad familiar se entiende como la disminución, ausencia o parálisis de los recursos que la familia podría poner en práctica para hacer frente a la situación. Por otro lado, el poder regenerativo se refiere a la capacidad para recobrase de la desorganización resultante de la influencia del factor tensionante al poner en marcha sus recursos (Kornblit, 1996). Estos recursos pueden ser la capacidad organizativa de la familia; la cohesión; la capacidad de autonomía de los diferentes miembros; la existencia o no de límites generacionales claros; el tipo de comunicación; la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus pensamientos y emociones de manera clara y directa; su habilidad para resolver problemas y conflictos; y muy importante, su capacidad de adaptación y flexibilidad en los roles y reglas (Kornblit, 1996; Velasco, y Sinibaldi, 2001).

En general, se puede esperar que las familias con una base emocional y económica fuerte tengan mayor oportunidad de adaptarse efectivamente frente a la enfermedad. Mientras que aquellas que viven relativamente aisladas de la sociedad, en condiciones de pobreza o que son estructuralmente inflexibles, pueden presentar mayor dificultad para adaptarse (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Así, la actitud de la familia resulta muy importante en la determinación del curso de la enfermedad, contribuyendo ya sea en la disminución o exacerbación de los síntomas (Velasco y Sinibaldi, 2001). La expectativa de que el familiar enfermo podrá seguir teniendo

responsabilidades y mantendrá su autonomía se asocia con una mejor respuesta a la rehabilitación y una mejor integración a la familia a largo plazo (Rolland, 2000).

Existen otras variables que intervienen en el modo en el que la familia y el individuo procesan la enfermedad, mismas que pueden ser tomadas como indicadores pronósticos acerca de cuáles serán las conductas adaptativas que el sistema familiar pondrá en práctica. Estos serán descritos a continuación (Kornblit, 1996):

- *El momento de la aparición de la enfermedad en relación con el ciclo de vida familiar.* Habrá que tomar en cuenta en qué momento de la vida familiar ocurre; es posible que la manifestación de la enfermedad se cruce con factores tensionantes evolutivos, es decir, los propios de los momentos de transiciones de las distintas etapas del ciclo vital familiar. Además, puede coincidir con algún otro factor tensionante externo (como la muerte de algún familiar, problemas económicos, etc.).
- *Permeabilidad de los límites del sistema familiar.* Dos riesgos que pueden presentarse ante la aparición de la enfermedad en la familia son el aislamiento, o bien, permitir la intrusión excesiva de la familia de origen.
- *Estilo de respuesta de la familia frente a la enfermedad.* Se distinguen dos respuestas opuestas, habiendo un rango de respuestas posibles que se escalonan a lo largo de un continuo entre un polo y otro. Por un lado, se puede dar una extrema cohesión interna entre los miembros familiares en torno a la situación de la enfermedad, de modo que todos giran alrededor del enfermo (tendencia centrípeta). Por otro lado, se pueden presentar conductas evitativas en torno a la situación de la enfermedad (tendencia centrífuga); cuando esto ocurre, es común que sea a expensas de un miembro de ellos que se dedica por completo al enfermo (usualmente la madre, si se trata de un hijo enfermo) como respuesta sobreprotectora ante la evasión de los

demás; esto puede llevar a la dependencia, de modo que el cuidador intenta controlar todo en relación a la evolución de la enfermedad, evitando que el propio enfermo se haga cargo de los cuidados que requiere su condición.

- *Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.* Hacer un análisis de la capacidad de reorganización que la familia ha tenido en situaciones anteriores que pudieran considerarse como críticas, así como de los recursos puestos en marcha en esos momentos, puede ser un indicador pronóstico en cuanto a la modalidad de respuesta que generará ante la enfermedad.

- *Ritmo y características del aprendizaje requerido por la situación de la enfermedad.* Existen dos tipos de conocimiento en relación a la enfermedad: la información referida a los factores externos que afectan el ritmo y la evolución de la enfermedad (por ejemplo, la alimentación, situaciones emocionales, grado de actividad, etc.) y la información dada por el cuerpo, a modo de indicadores precoces acerca de cuestiones orgánicas que están en vías de manifestarse. Se considera que es más funcional alentar el involucramiento en conjunto, del enfermo y su familia, en el aprendizaje del conocimiento relacionado con factores externos, mientras que el segundo tipo de información debe ser aprendida más que nada por la persona enferma, con la intención de que pueda tener cierta independencia dentro de su propio grupo familiar.

Así, la enfermedad crónica y sus consecuencias, interactúan con los mecanismos de enfrentamiento y adaptación del individuo y de su familia, pudiéndose interpretar como un desafío, una amenaza o una pérdida. Desde la perspectiva sistémica, la enfermedad impacta tanto en el individuo como en su familia, provocando cambios en su organización, demandando

modificaciones en su manera de funcionar para poder adaptarse al proceso y exigencias de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Enfermedad crónica en el adulto

Como se ha descrito anteriormente, el modo en el que se interpreta y experimenta una enfermedad, tanto para el individuo como para su familia, dependerá del momento y la etapa de vida en la que ésta se manifieste. Para fines de este trabajo, se describirán brevemente elementos característicos de la aparición de la enfermedad crónica en el adulto.

Entre los aspectos más importantes que se ven afectados cuando se presenta una enfermedad crónica en un adulto, están su vida profesional y su estatus económico. Dependiendo del padecimiento, es probable que la enfermedad conlleve a limitaciones en el trabajo del individuo, generando que éste se sienta una carga económica en el hogar y con ello aparezcan sentimientos de apatía e invalidez. En este sentido, será importante que el enfermo, en conjunto con su familia, encuentre la manera de volver a sentirse útil y necesario, no sólo dentro del sistema familiar, sino en su comunidad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Si el enfermo es soltero y en es especial si vive solo, es muy probable que tenga que buscar a su familia de origen para apoyarse, lo que lo llevará a enfrentarse a la dificultad de permanecer independiente e inclusive lo podrá interpretar como una pérdida de libertad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Enfrentar una enfermedad crónica puede ser más difícil para las mujeres, porque a ellas se le ha socializado para ser cuidadoras de sus hijos, esposos, padres ancianos, etc., de manera que

cuando se enferman, se encuentran ante el hecho de tener que ser cuidadas, posición para la cual no han sido educadas (Velasco y Sinibaldi, 2001).

También dependerá de la edad en la que se encuentre el adulto. No es lo mismo el modo en el que experimenta la enfermedad un individuo joven, que podrá considerarlo como un evento que sucedió fuera de etapa de su ciclo vital, al modo en el que lo pueda interpretar un adulto de mediana edad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Así, las demandas que la enfermedad crónica de un adulto genera en su familia estarán no sólo en función del ciclo vital, sino de la edad específica, el sexo y estado civil del individuo afectado. En definitiva, no es lo mismo padecer una enfermedad en la edad adulta, cuando aún se plantean proyectos y planes de vida, a que ésta se presente en una etapa considerada muchas veces final, como es la ancianidad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Tipología psicosocial de la enfermedad

Rolland (2000) propone que cada tipo de enfermedad, basada en sus características biológicas, lleva a demandas diferentes para quien la padece y para su familia. Este autor propone una tipología psicosocial de las enfermedades crónicas en función a cuatro aspectos generales: comienzo, curso, desenlace e incapacidad, mismas que serán descritas a continuación.

- *Comienzo.* Respecto a la presentación de los síntomas, las enfermedades pueden tener un comienzo agudo o uno gradual. Si bien en ambos casos se requiere un reajuste en la estructura y dinámica familiar, en los roles, en la toma de decisiones y estrategias de afrontamiento, implican un factor estresante distinto. De modo específico, las enfermedades con un comienzo

agudo demandan a la familia mayor rapidez en su proceso para enfrentar la situación, pues los cambios se dan en un breve periodo de tiempo.

- *Curso.* El curso de las enfermedades crónicas puede darse de tres modos: progresivo, constante o recurrente/episódico; cada uno conlleva distintas demandas para la familia y la persona que tiene la enfermedad. Una enfermedad con un curso progresivo es continua y sus síntomas suelen agravarse con el transcurso del tiempo; en estos casos, los períodos de descanso de las demandas suelen ser mínimos y exige mucha flexibilidad para un ajuste de roles permanente en los miembros de la familia.

Una enfermedad de curso constante implica un suceso inicial, seguido de la estabilización de la condición biológica. Usualmente, después de la primera etapa de recuperación, la fase crónica se caracteriza por algún déficit bien determinado. Si bien pueden darse recaídas, la persona que padece la enfermedad y sus familiares se enfrentan a un cambio semipermanente y estable durante un tiempo considerable. En estos casos suele ser más fácil regresar a un ritmo de vida normal que en los casos de enfermedades de curso progresivo; cuando la familia y el paciente logran manejar la discapacidad, es posible que se planteen planes a futuro sin la incertidumbre que conlleva las enfermedades progresivas.

Las enfermedades de curso recurrente o episódico se caracterizan por un periodo de estabilidad de duración variable, con un bajo nivel o ausencia de síntomas y con periodos de agravamiento. Por lo general, este tipo de enfermedades demandan menor atención continua y cambio de roles que las dos anteriores, pero exigen flexibilidad para poder adaptarse a los momentos de crisis y remisión.

- *Desenlace.* Este aspecto se refiere a hasta qué punto la enfermedad puede ocasionar la muerte y cuánto puede acortar la esperanza de vida de quién la padece. En un extremo están las

enfermedades que no afectan las expectativas de vida (por ejemplo, la ceguera, la artritis, las lesiones de columna vertebral) y en el otro, las enfermedades progresivas y comúnmente fatales (por ejemplo, SIDA, cáncer, enfermedad de Huntington). Intermedio a ambos extremos están aquellas enfermedades con desenlace más imprevisible, categoría en la que se encuentran tanto las que reducen las expectativas de vida (por ejemplo, diabetes juvenil o fibrosis quística) como las que conllevan la posibilidad de muerte súbita (por ejemplo, accidente cerebrovascular, hemofilia o un ataque cardíaco).

En este sentido, el desenlace de la enfermedad va a influir en la familia en el sentimiento de pérdida del miembro que la padece, lo que tendrá un impacto en la vida familiar.

- *Incapacidad.* El tipo y grado de incapacidad que conlleva la enfermedad va a influir de distinto modo en quien la padece y en la dinámica familiar. La enfermedad puede afectar el funcionamiento cognoscitivo, la percepción, el movimiento, la producción de energía o puede implicar alguna deformidad física.

El impacto que tenga la incapacitación en el individuo y en su familia va a depender de una relación entre el tipo y grado de discapacidad y varios factores: el rol que desempeñaba el familiar previo a la aparición del padecimiento, a la estructura familiar, así como a la flexibilidad y los recursos emocionales y económicos que presenten.

Además de las cuatro características anteriormente descritas, Rolland (2000) agrega el grado de incertidumbre como una metacaracterística que va a influir fuertemente en el afrontamiento de la enfermedad. La imprevisibilidad puede ser respecto a la índole del comienzo de la enfermedad, al curso, desenlace o incapacitación, o bien, respecto al ritmo en el que se producen los cambios.

Otros atributos de las enfermedades que pueden considerarse al tomar en cuenta el significado psicosocial que implica son: la visibilidad, la intensidad y frecuencia de los síntomas, la posibilidad

y gravedad de crisis médicas y los componentes genéticos involucrados. Así mismo, es importante tener presente los aspectos relacionados con el tratamiento médico (complejidad, frecuencia y eficacia), así como el requerimiento de cuidados hospitalarios y en el hogar que demandan cada padecimiento. Todo lo anterior, repercute en la adaptación individual y familiar.

Accidente cerebrovascular

Un accidente cerebrovascular, también conocido como ictus o apoplejía, es una lesión neurológica aguda que se produce como consecuencia de una alteración de la circulación cerebral que afectan a los vasos sanguíneos, ocasionando un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias partes del encéfalo (Castro, Valdés, Monzote, García y Ponce, 2009; Ruíz-Giménez, González Ruano y Suárez, 2002).

Es característico de estas enfermedades un comienzo brusco y su rápida evolución, para llegar a su máximo déficit en segundos, minutos, horas o a lo más, unos pocos días. Es de este curso tan tan agudo por lo que se le nombra “accidente” (Castro, et.al., 2009).

De acuerdo a Rolland (2000), un evento cerebral vascular clasificaría en la siguiente tipología psicosocial: comienzo agudo; curso constante después de la mejoría inicial; conlleva la posibilidad de muerte súbita, puede acortar la vida y es incapacitante. Las demandas psicosociales de esta enfermedad están determinadas en gran medida por el efecto combinado de esas cuatro cualidades.

Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares: los isquémicos y los hemorrágicos. Los primeros se dan cuando un vaso sanguíneo resulta bloqueado por un coágulo de sangre; esto puede suceder porque se forme un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha (accidente cerebrovascular trombótico) o bien porque se desprenda un coágulo en otro lugar de los vasos

sanguíneos del cerebro, o en alguna parte en el cuerpo, y se mueva hasta el cerebro (accidente cerebrovascular embólico). Los hemorrágicos ocurren cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe, lo que provoca que la sangre se escape hacia el cerebro (University of Maryland Medical Center, 2013).

Entre los factores de riesgo relacionados con los accidentes cerebrovasculares se encuentran: la hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, aumento de la edad (después de los 55 años), fibrilación auricular, mala circulación sanguínea, consumo de píldoras anticonceptivas. De igual modo, la posibilidad de sufrir un accidente cerebrovascular aumenta en personas que llevan un estilo de vida no saludable, incluyendo el sobrepeso, consumo excesivo de alcohol y otras drogas, consumo excesivo de grasas o sal, así como fumar (University of Maryland Medical Center, 2013).

El cerebro controla la forma en que nos movemos, sentimos, comunicamos, pensamos y actuamos; las lesiones cerebrales pueden afectar cualquiera de estas capacidades. Normalmente los síntomas del accidente cerebrovascular se presentan de manera súbita y sin aviso; por lo general son más graves apenas sucede el evento cerebrovascular, pero pueden empeorar lentamente. A continuación se describirán los síntomas y cambios más comunes, aunque no en todos los casos se presentan, pues algunos dependen de la gravedad del daño y de qué parte del cerebro se vea afectada (University of Maryland Medical Center, 2013; American Heart Association, 2015):

- Dolor de cabeza.
- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo.
- Mareos o sensación anormal de movimiento.
- Fatiga.
- Pérdida del equilibrio.
- Pérdida de la coordinación.

- Cambios en la audición.
- Cambios en el sentido del gusto.
- Campo de visión disminuido (incapacidad de tener una visión periférica) y problemas con la percepción visual.
- Cambio en la lucidez mental.
- Disartria (dificultad para hablar o dificultad en el habla) o disfagia (problemas al tragar).
- Afasia (dificultad en emitir palabras o entender lo que se está diciendo).
- Cambios en la sensibilidad que afectan el tacto y la capacidad para sentir el dolor, la presión o temperaturas diferentes.
- Confusión o pérdida de memoria.
- Dificultad para leer o escribir.
- Problemas para caminar.
- Falta de control de esfínteres.
- Hemiparesis (debilidad en un lado del cuerpo) o hemiplejía (parálisis en un lado del cuerpo).
- Cambios cognitivos (problemas con la memoria, el juicio, la resolución de problemas o una combinación de estos).
- Cambios emocionales, de personalidad y estado de ánimo.
- Cambios en el comportamiento (lenguaje o acciones inapropiados).

El tratamiento para los accidentes cerebrovasculares abarca una medicación inmediata para estabilizar al individuo y posteriormente una terapia de rehabilitación, la cual busca aumentar la independencia, mejorar las funciones físicas, lograr cambios en el estilo de vida para prevenir otro ataque cerebral y, en general, obtener una calidad de vida satisfactoria. Para ello, se debe de contar

con un equipo multidisciplinario que pueda cubrir con todas las demandas del tratamiento, incluyendo médicos, fisioterapeutas, terapeutas de lenguaje, psicólogos y/o psiquiatras (American Heart Association, 2015).

En particular, se reconoce que el profesional que mejor aporta una visión global de la situación es el médico familiar, cuyas acciones deben estar dirigidas a la identificación de los factores de riesgo para la progresión de la enfermedad en la población adulta, fortalecimiento del funcionamiento familiar, aceptación del paciente y las labores encaminadas a evitar y tratar las consecuencias del estrés en la fase de recuperación de la enfermedad; además que debe coordinar las acciones multidisciplinarias para la atención integral al paciente y su familia (Castro, et.al., 2009).

En muchas ocasiones las personas que sufren un accidente cerebrovascular mejoran a lo largo del tiempo, por lo general, más rápido durante los primeros meses, aunque pueden continuar por años a un ritmo más lento. Sin embargo, la velocidad y la cantidad de la mejoría dependerá del alcance del daño cerebral y de la rehabilitación (American Heart Association, 2015).

3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades clínicas terapéuticas

La residencia en Terapia Familiar contempla el desarrollo de habilidades terapéuticas a través de la práctica clínica supervisada, bajo distintas modalidades y en distintos escenarios. En esta sección se presenta un cuadro de los casos atendidos en la supervisión a lo largo de la formación, tanto en el rol de terapeuta como parte del equipo terapéutico. Posteriormente, se desarrollan, de modo detallado, dos casos clínicos que atendí bajo supervisión, uno en el que fui la única terapeuta y otro en el que trabajé en coterapia con mi colega Paola Carreño; cada uno con un modelo de intervención distinto, pero ambos enmarcados desde la Terapia Familiar Sistémica.

3.1.1. Casos atendidos

	Modalidad	Caso	Terapeuta(s)	Participación	Modelo	Supervisor	# Sesiones	Motivo de consulta	Estado del proceso	Sede
1	Familia	Fam. A.M	Cecilia	Terapeuta	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	6	Reorganización familiar a raíz de un evento cerebral vascular en uno de los miembros	Alta	INR
2	Familia	Fam. G.L	Cecilia	Terapeuta	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	2	Duelo	Alta	INR
3	Familia	Fam. V	Cecilia	Terapeuta	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	2	Problemas de lenguaje del hijo	Alta	INR
4	Pareja	R. y D.	Cecilia	Terapeuta	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	6	Violencia de género	En proceso	INR
5	Individual	H.	Cecilia	Terapeuta	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	5	Acompañamiento en proceso de separación de pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
6	Individual	A.	Cecilia	Terapeuta	Sesión única	Mtra. Nora Rentería	1	Duelo	Alta	Dr. Guillermo Dávila

7	Pareja	E. y J.	Cecilia y Victoria	Co-terapeuta	Estratégico	Dra. Luz Ma. Rocha	7	Infidelidad	Alta	Dr. Guillermo Dávila
8	Pareja	F. y J.	Cecilia y Gabriela	Co-terapeuta	Equipo reflexivo	Mtro. Gilberto Limón	6	Conflictos por manejo de la ira y falta de confianza	Alta	Dr. Guillermo Dávila
9	Pareja	E. y J.	Cecilia y Paola	Co-terapeuta	Centrado en soluciones	Mtra. Miriam Zavala	6	Dificultades para llegar a acuerdos en la relación	Alta	Dr. Guillermo Dávila
10	Pareja	A. y L.	Cecilia y Elizabeth	Co-terapeuta	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	1	Violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
11	Familia	Fam. H. P	Cecilia y Elizabeth	Co-terapeuta	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	7	Separación de la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
12	Individual	C.	Cecilia y Nancy	Co-terapeuta	Equipo reflexivo	Mtro. Gilberto Limón	4	Búsqueda de su propio proyecto de vida	Alta	Dr. Guillermo Dávila
13	Individual	G.	Cecilia y Nancy	Co-terapeuta	Equipo reflexivo	Mtro. Gilberto Limón	4	Búsqueda de autonomía	Alta	Dr. Guillermo Dávila
14	Individual	M.	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	MRI	Mtra. Miriam Zavala	8	Separación de su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
15	Familiar	L.	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	13	Ausencia del padre	Alta	Dr. Guillermo Dávila
16	Pareja	T. y M.	Elizabeth y Darío	Equipo terapéutico	Estructural	Dra. Carolina Diaz-Walls	6	Infidelidad	Baja	Dr. Guillermo Dávila
17	Familiar	Fam. De la R.	Darío	Equipo terapéutico	Milán	Dra. Carolina Diaz-Walls	5	Violencia	Baja	Dr. Guillermo Dávila
18	Familiar	D. y Andrea	Roxana y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Luz María Rocha	8	Falta de apoyo por parte de ambos padres	Alta	Dr. Guillermo Dávila
19	Pareja	M. y M.	Andrea y Darío	Equipo terapéutico	Centrado en soluciones	Mtra. Miriam Zavala	8	Problemas de pareja	Baja	Dr. Guillermo Dávila
20	Individual	A.	Darío	Equipo terapéutico	Sesión única	Mtra. Nora Rentería	1	Incertidumbre por la separación con su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila

21	Pareja	B. y P.	Darío	Equipo terapéutico	Narrativo	Mtra. Nora Rentería	7	Problemas de educación con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
22	Individual	G.A.	Paola	Equipo terapéutico	Narrativa	Mtra. Nora Rentería	12	Cierre de ciclos y violencia de género	Alta	Dr. Guillermo
23	Familia	T. y A.	Paola y Nancy	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	14	Agresión del hijo y falta de límites	Alta	Dr. Guillermo Dávila
24	Pareja	L. y J.	Paola y Nancy	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Luz Ma. Rocha	4	Problemas de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
25	Familia	Fam. V.	Elizabeth y Paola	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	5	Abuso sexual	Baja	Dr. Guillermo Dávila
26	Individual	S.L	Nancy y Anaid	Equipo terapéutico	Centrado en soluciones	Mtro. Gilberto Limón	6	Problemas de pareja y retomar proyectos personales	Alta	Dr. Guillermo Dávila
27	Individual	F.M	Nancy	Equipo terapéutico	Sesión única	Mtra. Nora Rentería	1	Problemas en el área laboral	Alta	Dr. Guillermo Dávila
28	Pareja	F. y M.	Nancy y Elizabeth	Equipo terapéutico	Centrado en soluciones	Mtra. Miriam Zavala	4	Falta de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
29	Familia	L.S	Nancy	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Resendiz	2	Huida del hijo y problemas de comunicación	Baja	Dr. Guillermo Dávila
30	Familia	Fam. M.	Elizabeth y Andrea	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Luz María Rocha	14	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
31	Individual	A. P.	Elizabeth	Equipo terapéutico	Narrativa	Mtra. Nora Rentería	14	Revelación de orientación sexual homosexual	Alta	Dr. Guillermo Dávila
32	Individual	D. H.	Elizabeth y Andrea	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Mtro. Gilberto Limón	3	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
33	Familiar	Fam. R	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	1	Problemas con los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
34	Pareja	C. y J.	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	11	Violencia en la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila

35	Familiar	Fam. R.F.	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	7	Alcoholismo, problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
36	Familiar	Fam. M.R.	Andrea y Gerardo Resendiz	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	8	Duelo	Alta	Dr. Guillermo Dávila
37	Familiar	Fam. A.C.	Andrea	Equipo terapéutico	Milán	Dra. Carolina Díaz-Walls	4	Alcoholismo, problemas en los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
38	Familiar	Fam.L. V.	Gabriela, Anaíd y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	7	Problemas con los hijos	En proceso	Dr. Guillermo Dávila
39	Familiar	Fam. C.L.	Anaíd y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Dra. Noemí Díaz	10	Problemas madre- hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
40	Individual	Sh.	Victoria	Equipo terapéutico	Estructural/ Narrativo	Dra. Carolina Díaz-Walls / Dra. Nora Rentería	17	Problemas de pareja Crianza de hijo Violencia intrafamiliar	Alta	Dr. Guillermo Dávila
41	Pareja	O. y C.	Victoria	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	4	Problemas de pareja y en la crianza de los hijos	Baja	INR
42	Individual	P.	Victoria	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	4	Enfermedad, separación de pareja	Alta	INR
43	Familiar	Fam. A.	Darío	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	2	Separación violenta de los padres	En proceso	INR
44	Familiar	Fam. H.	Darío	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	1	Problemas de límites con sus hijos	Baja	INR
45	Familiar	Fam. G.L.	Roxanna	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	6	Duelo	Alta	INR
46	Familiar	Fam. S.R.	Roxanna	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	3	Duelo	Alta	INR
47	Familiar	Fam. G.H.	Roxanna	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	1	Problemas de pareja	Alta	INR
48	Familiar	Fam. G.G.	Andrea	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	4	Problemas con los hijos	Alta	INR
49	Familiar	Fam. V.R.	Andrea	Equipo terapéutico	Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	4	Violencia	En proceso	INR

3.1.2. Caso 1: Familia Álvarez Moreno

3.1.2.1. Integración del expediente de trabajo clínico

- **Número de sesiones:** 7.
- **Motivo de consulta:** La familia es derivada a Terapia Familiar para mejorar las relaciones entre sus miembros y la dinámica que se ha dado a raíz de la enfermedad vascular cerebral de Alberto.
- **Fuente de referencia:** La familia llega al área de Terapia Familiar del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), derivada por la Psic. Alejandra del área de Psicología del mismo Instituto.
- **Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas:** Alberto presenta enfermedad vascular cerebral (19/abril/2014); retraso mental moderado; hipoacusia bilateral postinfecciosa y disfagia orofaríngea severa en vías de superación. De igual modo, es importante mencionar que tuvo una crisis convulsiva el 31/agosto/2015.
- **Terapeuta:** T.F. Cecilia Fajardo.
- **Supervisor:** T.F. Gerardo Reséndiz.
- **Equipo:** En las primeras cuatro sesiones, el equipo estuvo conformado por la T.F. Victoria Cervantes y la T.F. Roxanna Tosca; posteriormente por la T.F. Andrea Anaya y el T.F. Darío Villela.
- **Modelo de intervención:** Terapia Sistémico Dialógica de Milán.

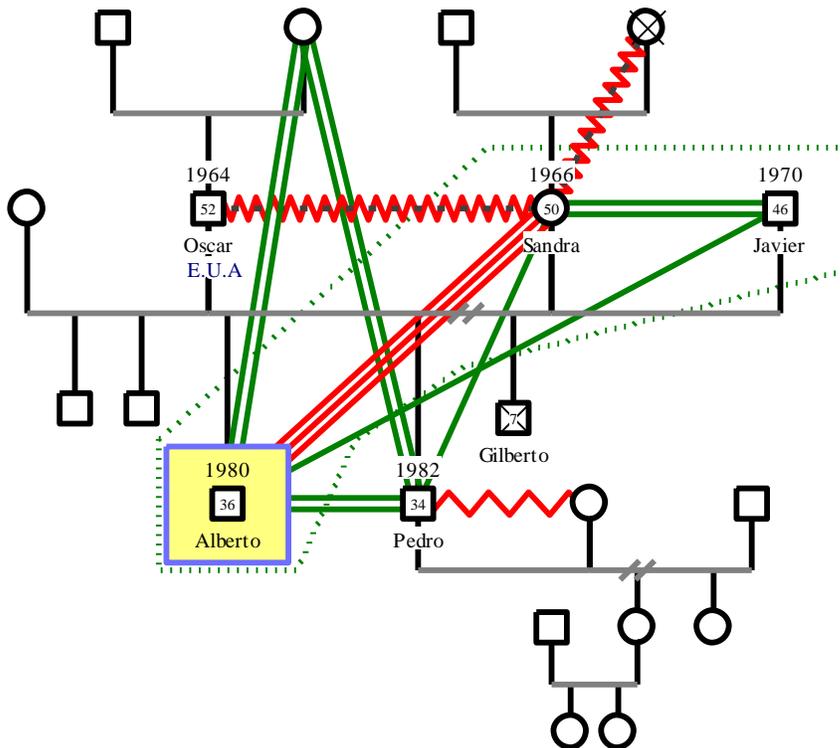
- **Ficha de identificación:**

<i>Parentesco</i>	<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>
Madre	Sandra	M	50	Secundaria	Limpieza de casas
Padre	Oscar	H	52	Primaria	Empleado (en EUA)
Padrastro	Javier	H	46	Preparatoria	Empleado
Hijo	Alberto (Beto)	H	36	Secundaria	--
Hijo	Pedro	H	34	Secundaria	Comerciante

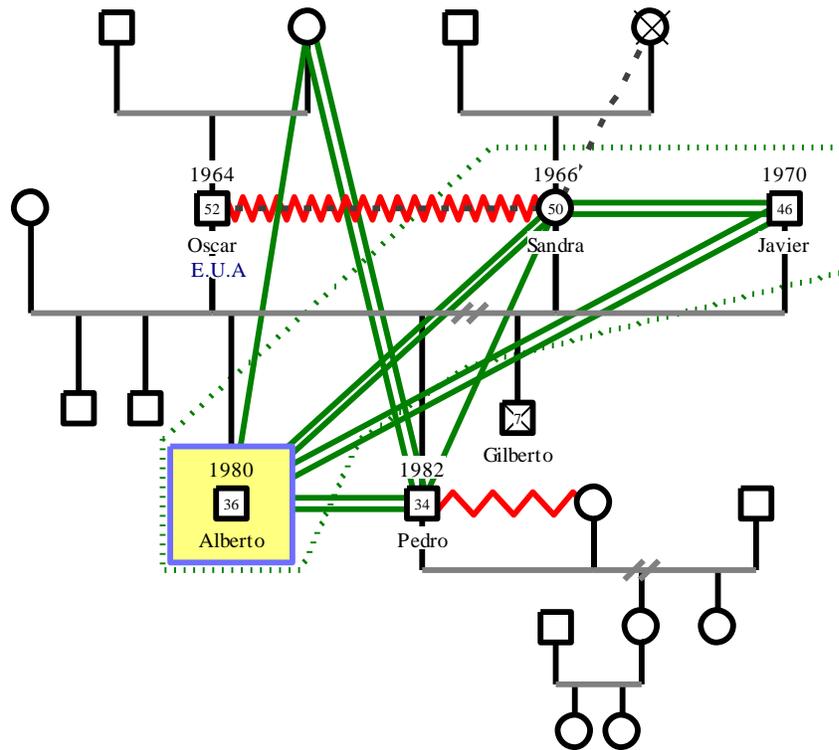
Lugar de nacimiento y residencia: Ciudad de México.

Nivel socioeconómico: bajo.

Genograma al momento de solicitar la terapia:



Genograma al momento de la última sesión:



Resumen de las sesiones

Sesión 1: La familia se presenta puntualmente a la sesión. Asiste la Sra. Sandra (madre) y Pedro (hermano), quienes comentan que Alberto no pudo ir porque fue a clase de natación. La madre cuenta que “le otorgó permiso a su hijo para ir a la alberca, porque no lo había dejado ir en toda la semana”.

Iniciando la sesión, se realiza el encuadre terapéutico, se presentan los terapeutas y los consultantes. Al comenzar a recabar los datos familiares, sale a la luz la historia familiar. La madre, afligida, cuenta que después de Alberto y de Pedro tuvo otro hijo (Gilberto) que nació con meningitis, por lo que pasaba mucho tiempo fuera de casa, en sus rehabilitaciones, lo que a su esposo no le parecía. A raíz de ello, él la demanda por adulterio (aprox. hace 27

años); la Sra. Sandra estuvo tres semanas en el reclusorio. Cuando la liberaron, ella quiso recuperar a sus hijos, pero el Sr. Oscar se opuso, de modo que en ese entonces cortó relación con ellos por completo. Los hijos quedaron al cuidado de los abuelos paternos; el niño menor muere por la meningitis a los 7 años. Cuando Alberto ya tenía 18 años, busca a su madre y desde entonces comienzan a recuperar la relación. Pedro y Sandra comienzan a relacionarse apenas hace tres años. Al parecer, Pedro se enteró de la historia anterior durante la sesión. El comentó que no es nadie para juzgar ni a su padre ni a su madre.

Por otro lado, Pedro relata su historia. Desde pequeños él y Alberto iban con su abuelo a trabajar los fines de semana al embarcadero de Xochimilco. En la adolescencia, deciden abandonar sus estudios. Alberto continuó en el embarcadero y comenzó a beber mucho. Pedro comenzó a trabajar como microbusero y salió adelante.

A partir del evento vascular cerebral que sufrió Alberto, él se fue a vivir con su madre y su esposo actual. Es evidente que a raíz de ello se reajustó la dinámica familiar, de modo que ahora son más unidos. Esto ha traído implicaciones en la relación de pareja de Pedro, por lo que se sugiere terapia de pareja.

Para finalizar la sesión, se le pregunta a la familia qué esperan del proceso terapéutico. Se establece que se trabajará para seguir fomentando la unión familiar entre la madre y sus hijos, sin la necesidad de que ello gire en torno a la problemática de Alberto, pues eso podría impedir que él se vaya recuperando e independizando.

Sesión 2: La familia se presenta puntualmente a la sesión. Asisten la Sra. Sandra, Pedro y Alberto. Inicialmente se le pide a Alberto que se presente y se cuestiona a los miembros de la familia si han platicado acerca de lo que se habló la sesión pasada, a lo que responden que no. A continuación, la Sra. Sandra relató que, el 31 de agosto, Alberto convulsionó, cuestión

que no había ocurrido antes; los familiares relacionan dicho evento con el hecho de que estaban en una fiesta en la que estaba circulando el alcohol, habían muchas luces y música fuerte; creen que esos pudieron haber sido algunos de los detonantes, además de que Alberto estaba enojado porque quería quedarse más tiempo en la fiesta. La madre comenta que, después de la convulsión, su hijo tuvo un retroceso, lo veía deprimido y estaba muy irritable. Al preguntarse a Alberto cómo se sentía él, responde que cansado.

Posteriormente, se retoma el tema de la autonomía de Alberto, abordado en la sesión pasada. Pedro comenta que su hermano se había propuesto regresar al servicio de bici-taxi y Alberto confirma que es algo que le gustaría. Se aborda qué tendría que hacerse para que se pueda lograr lo anterior, pero se establece que antes de continuar deberían de esperar las indicaciones del neurólogo respecto a las medidas que se deben tomar a raíz de la convulsión.

Por otro lado, la Sra. Sandra se mostró cansada del cuidado de Beto; contó que hace unos días él le gritó, lo que la hizo sentirse mal. Él expresó que no se dio cuenta que le alzó la voz, diciendo que su aparato auditivo no estaba regulado. Partiendo del relato anterior, se cuestiona a los miembros de la familia ¿cómo suelen expresar las emociones? ¿qué tan válido es enojarse?

A lo anterior, la Sra. Sandra comenta que Beto no se permite expresar sus emociones; dice que “nunca le ha visto esa debilidad” y refiere que ve una actitud machista en él, porque se rebela cuando ella le da indicaciones, pero no así cuando Javier lo hace. Respecto a ella, comenta que cuando se enoja con su hijo, ella le dice qué es lo que no le parece, pero si él le grita, se pone a limpiar la casa para calmarse y ya no vuelve a hablar el tema. Alberto dice que cuando está enojado, se sube a la bicicleta estacionaria, de ese modo se descarga, pero no expresa qué es lo que le enoja.

Después, Pedro refiere que él no suele enojarse con su madre ni con su hermano, porque no pasan mucho tiempo juntos, pero que en general siente que si puede expresarse y desahogarse con ellos. Cuenta que, hace unos días, platicó con ellos, les dijo que estaba empezando a ver a otra mujer.

Finalmente, se propone que el proceso terapéutico sirva como un espacio en el que pueda construirse un canal de comunicación, para expresar sus preocupaciones y sus emociones, tras el momento de reencuentro familiar por el que están atravesando y la situación de Beto.

Al final de la sesión, Sandra expresa que en el 2014, le elaboraron un psicodiagnóstico a su hijo en el servicio de patología de lenguaje del INR; al darle los resultados, el médico indicó que Alberto presenta retraso mental. Ella quedó confundida, ya que el doctor le dijo que probablemente eso requeriría de internamiento psiquiátrico. Con el objetivo de aclarar las dudas, se pide que para la siguiente sesión trajeran el reporte médico.

Sesión 3: La familia se presenta puntualmente a la sesión. Asisten la Sra. Sandra y Alberto; comentan que Pedro no pudo llegar por cuestiones laborales. Inicialmente se explican los resultados del psicodiagnóstico elaborado por el servicio de patología de lenguaje del INR; se explica que el retraso mental implica deficiencias en el aspecto cognitivo y en las funciones ejecutivas de Beto, pero que ello no implica un internamiento psiquiátrico.

Se explora cómo fue para la familia el cambio en la dinámica a partir de la enfermedad vascular cerebral de Alberto. Sandra relata que para ella al principio fue muy difícil porque, además de Beto, tenía que cuidar a su mamá que estaba enferma. Se

sentía atrapada, pensaba que su hijo le había “fregado su libertad”, lo culpaba y le gritaba mucho. Por otro lado, comenta que Alberto no entendía porque tenía que estar viviendo con ella; él preguntaba mucho por su abuela paterna. Refiere que después de un año, las cosas van mucho mejor ahora. Al preguntarle a él cómo ve las cosas ahora, dice que mejor; ahora su mamá no le grita.

Se hace ver que la enfermedad de Beto vino a cambiar la dinámica familiar y que ahora están más unidos. Se cuestiona qué tuvo que hacer cada uno para que las cosas se acomodaran. Sandra relata que al inicio sentía mucho enojo con el padre de sus hijos; se puso en contacto con él para exigir que se haga cargo de Alberto, pues “es un discapacitado”. El señor respondió a la petición de Sandra, a partir de eso manda dinero y se comunica con su hijo una vez a la semana.

Asimismo, Sandra relaciona la mejoría de su relación con Beto con la muerte su madre; comenta que antes de morir habló con ella y le dio fuerza. La señora expresa que Javier, su esposo, ve a Alberto como un hijo; ella tenía miedo de que él la dejara por tener que cuidarlo, pero, contrario a lo que esperaba, ha recibido mucho apoyo de su parte y se ha fortalecido su relación de pareja. Beto refiere que para él fue difícil, al inicio de su enfermedad no podía caminar y tuvo que dejar la bici-taxi. Ahora se siente mejor; retomó su relación con su hermano Pedro y es muy cercano a Javier.

Posteriormente se indaga acerca de los resultados neurológicos que recibieron después de la crisis convulsiva de Beto. Comentan que le dieron medicamento. El doctor les dijo que es frecuente que se den crisis convulsivas después de un evento cerebral vascular. Se sugiere que pregunten al neurólogo qué factores externos o psicológicos pudieron haber ocasionado la convulsión, con el objetivo de prevenir. De igual modo, se explora acerca del seguimiento de la terapia de rehabilitación. Sandra comenta que

además de seguir los ejercicios que sugieren en el INR, está acudiendo a equinoterapia en el DIF.

Para finalizar la sesión se reconoce el esfuerzo que ha hecho la familia para poder ajustarse a los cambios que ha implicado la enfermedad. Se sugiere sesiones individuales para Sandra.

Sesión 4: Inicialmente Sandra expresó que en los últimos dos meses no se ha estado sintiendo muy bien anímicamente, por cuestiones relacionadas con su madre (quien murió el 9 de diciembre del año pasado); siente culpa por no haberse podido despedir de ella el día que murió, pero al mismo tiempo le guarda rencor. La consultante comenta que está preocupada porque últimamente ha sentido su presencia. Se procede a indagar la historia de la relación de Sandra con su madre.

Cuenta que su madre siempre fue muy dura con ella y con sus hermanas. Expresa que cuando se juntó con el papá de sus hijos fue porque su mamá le cerró las puertas de la casa; cuando se separó de él, su madre le decía que “era una ofrecida”, “majadera” y decidió dejar de hablarle. Así estuvieron durante 10 años, hasta que se reencontraron. Poco a poco la madre de Sandra fue aceptando su nueva relación con Javier; de hecho, él llegó a ser muy cercano de la señora. Sin embargo, la relación entre ellas siempre fue distante.

Dos años antes de la muerte de la madre, le detectaron cáncer. Por un tiempo Sandra fue su cuidadora primaria, pero a raíz del accidente de Beto, fue su hermana quien se hizo cargo de ella. Sandra cuenta que el día que murió no pudo ir a verla porque Javier no la quiso llevar; no pudo asistir al velorio porque llevó a Beto a una consulta en el INR. Sin embargo, dos meses antes de que muriera se despidió de ella; cuenta que no

recibió la respuesta que esperaba de su madre, lo que la hizo sentirse muy mal, “como si al final nunca hubiera tenido una mamá”. La consultante cuenta que, ante la sensación de la presencia de la madre, hace unos días le dijo que se fuera, que no la viniera a asustar ahora, que le había hecho mucho daño; esto la hizo sentirse muy liberada.

Se propone a Sandra entender el modo en el que su madre se relacionaba con ella, partiendo de la historia de la madre y del contexto en el que fue criada. Cuenta que su madre tuvo una infancia muy dura, creció sola y no recibió cuidados ni amor. Reconoce que eso de algún modo la imposibilitó para brindarle afecto.

Para finalizar la sesión, la T.F. Roxanna (parte del equipo detrás del espejo) comparte con Sandra que se sintió identificada con su narración y cuenta su propia historia familiar. Posteriormente, se normaliza el hecho de que “sienta” a su mamá y se invita a reflexionar porqué la siente. Por último, se valida el poder tener sentimientos encontrados, por un lado mucho enojo y resentimiento, por otro lado tristeza por extrañarla.

Sesión 5: La Sra. Sandra asiste puntualmente a la sesión. Refiere que el mes de diciembre fue duro, ella lloraba mucho por cuestiones relacionadas con su difunta madre y tuvo muchas discusiones con Alberto, porque él pedía ir a casa de su abuela paterna a las fiestas, pero ella no lo quiso llevar porque circula mucho alcohol ahí y temía que pudiera desatarse otra crisis convulsiva.

A pesar de lo anterior, ahora las cosas han mejorado y se siente mucho más tranquila. Después de varias discusiones con su hijo, ella y Javier le dijeron que, si iba a vivir con ellos, debía de reconocer a su madre y aprovecharla ahora que está. La consultante

cuenta que después de eso, Beto estuvo pensativo y se acercó a ella cariñosamente, dejando de insistir tanto para que lo lleven a casa de su abuela.

Por otro lado, Sandra expresa haberse liberado de la muerte de su madre. Comenta que el día del aniversario de su muerte, se desahogó; tomó una foto de su mamá y le gritó que ya la dejara en paz porque la estaba afectando, le dijo todas las cosas buenas y las malas que sentía. Sandra expresa que después de eso sintió mucha paz. También ha comenzado a leer un libro relacionado con duelo, lo que la ha ayudado. Refiere que ahora tiene mayor entendimiento de la relación que tuvo con su madre y decide quedarse con la fortaleza que siempre notó en ella.

Posteriormente, la terapeuta pregunta ¿qué diría Alberto si él escuchara lo que dice ahora respecto a su madre y a la tranquilidad que refiere sentir? Sandra responde que él ya le ha expresado que nota un cambio en ella. De igual modo, Javier le ha comentado que la nota menos agresiva y más tranquila. Discuten menos.

Se indaga el rol que está jugando Pedro en la dinámica familiar. La consultante refiere que sigue siendo un apoyo y están en contacto, pero no siempre puede llevar a Alberto con su abuela, pues también pasa tiempo con su esposa y sus hijas.

Sandra expresa que ve a Beto más independiente; ha comenzado a trabajar en una empresa de amaranto de unos amigos de Javier. Se reconoce la autonomía de Alberto y también se cuestiona qué ha hecho Sandra para fomentarla. Responde que ha influido el hecho de que ella también ha regresado a trabajar entre semana; además ha decidido, junto con su pareja, que ya no lo llevan con ellos a todas las diligencias, sino que lo dejan quedarse más tiempo en casa solo.

Se explora acerca del seguimiento de la rehabilitación de Beto. Sandra comenta que él las hace sólo en casa (ha sido iniciativa de él); asisten a consulta en INR cada dos meses y siguen en neurología.

Para finalizar la sesión se resaltan los avances y la fortaleza que han mostrado. La consultante reconoce lo anterior, pero muestra preocupación por lo que el padre de Beto pueda hacer, expresa que ha dicho que Alberto no debe de trabajar y ha amenazado con dejar de aportar dinero; ella le pide que no se meta y que no opine. Lo ha confrontado anteriormente y sí ha dado resultado; se habla de la posibilidad de volver a hablar seriamente con el señor e incluso proponerle que se comunique con el médico para que se concientice del gasto que implica el cuidado de Alberto.

Se indaga si existe alguna contraindicación médica respecto a que Beto trabaje. Sandra comenta que los doctores están al tanto y les parece algo muy bueno, siempre y cuando se siga en un ambiente de cuidado como en el que está ahora. Ella está muy feliz por ello, ha acordado con su hijo que él le dará el 25% de su sueldo para gastos de la casa. Por último, se sugiere continuar haciendo lo que ha producido mejoría y se propone tener una sesión en mes y medio, en la que se decidirá si se cierra el proceso terapéutico o se hace una pausa de las sesiones.

Sesión 6: Asisten Sandra, Alberto y Javier. Beto expresa sentirse bien con su trabajo. Javier agrega que en general el área laboral ha ayudado a Alberto a desenvolverse mejor en el aspecto social, aunque considera que todavía no lo ve seguro de expresar sus decisiones, particularmente sus desacuerdos. Sandra confirma la visión de su pareja. La terapeuta pregunta a Beto si él se identifica con lo que dicen; responde que no, que va bien. Se cuestiona ¿cuándo quieres algo lo expresas? contesta que está bien. La

terapeuta insiste ¿qué pasaría si algo no te parece, se los dices a ellos? ¿sientes confianza de decirlo? Beto responde que sí. Se plantea que el aprender a tomar decisiones puede ser parte de un proceso y se pregunta si han notado cambios en Alberto. Sandra responde que sí, ya no depende de ella; aunque cuenta que cuando hace sus terapias lo tiene que vigilar y corregir, pero él se enoja y le grita, siempre quiere tener la razón; refiere que ella le ha dicho que debe ser más humilde. La terapeuta le pregunta a Alberto si está de acuerdo con su mamá en que no le gusta que le digan lo que tiene que hacer; responde que sí.

Posteriormente, se retoma el tema del aniversario de la muerte de la madre de Sandra. Ella refiere que ya no le lastima hablar de ella, si no que recuerda lo bonito. La terapeuta pregunta a Javier cómo ha visto a su pareja; comenta que menos sensible y refiere que le gusta mucho de ella que exprese todo lo que siente y piensa; cuenta que el llanto antes era más acentuado; ahora se muestra sentimental pero por otros aspectos, como estrés laboral, pero ya no por el duelo ni por la condición de Beto.

La terapeuta pregunta a Sandra cómo ve la relación entre Alberto y Javier. Responde que muy bien, como amigos, se identifican. Cuenta que Javier lo apoya en el trabajo y Beto le suele contar a él todo su día. Se cuestiona si Javier suele poner ciertos límites o reglas a Alberto o si es ella quien toma siempre ese rol; Sandra refiere que suele ser ella quien lo hace, si su hijo le llega a faltar el respeto a Javier, ella interviene y le dice que no lo haga; agrega que su pareja suele exigirle a Beto que hable más.

Después se indaga cómo Alberto percibe la relación entre su mamá y Javier. Responde que bien, que a veces pelean, pero al poco tiempo ya los ve abrazados y contentos. La terapeuta pregunta a Javier si ha notado un cambio en su relación con

Sandra; responde que no, que él la conoce y la acepta como es. Javier expresa que cuando discuten fuerte, suelen calmarse para enfrentar el conflicto y arreglar las cosas.

Se hace un breve recuento de los avances de la terapia y se pregunta qué piensan respecto a pausar o terminar la terapia; se invita a la familia que reflexionen en ello mientras se hace la intersesión.

Para finalizar, la terapeuta plantea que se percibe un proceso en el desarrollo de la autonomía de Alberto, aunque hay cuestiones que tienen que supervisarle, lo que provoca que se enoje. Se le pregunta a Javier cómo cree que él puede que ayudar para que la relación entre Beto y Sandra siga avanzando; él habla de la importancia del diálogo y reconoce que a Alberto le cuesta trabajo respetar la autoridad, que es algo en lo que poco a poco ha ido avanzando, aunque hace falta. Sandra expresa que sí suele dialogar con su hijo. La terapeuta cuestiona si ella pediría algo por parte de Beto con respecto a cómo responde ante sus indicaciones; responde que en general suele entenderla; habla de que ahora coopera en la casa con una parte de su sueldo.

Se expone a Alberto que es importante pensar que aunque en el pasado no pudo crecer con su madre, ahora se puede construir lo que no se hizo antes y que no es necesario que responda con enojo; su madre pone límites y da indicaciones porque se preocupa por él. La terapeuta invita a la familia a seguir implementando el diálogo y la comprensión en la relación de Beto y Sandra. Por último se propone una sesión de seguimiento en dos meses.

Llamada de seguimiento: Debido a que la familia pidió reagendar la última sesión, se llevó a cabo una llamada de seguimiento a la Sra. Sandra, en la que reportó que las cosas seguían marchando bien, que Alberto ha estado tranquilo y piensa que sigue

avanzando. Un reflejo de ello es que hace unos días lo llevó a casa de la abuela paterna a una fiesta, y a diferencia de otras ocasiones, cuando fue a buscarlo no le hizo un escándalo para que se pudiera quedar más tiempo.

Se preguntó cómo va Beto en relación a expresar desacuerdos. Sandra cuenta que él decidió dejar de trabajar, porque sus compañeros empezaron a tomar alcohol y eso le generaba incomodidad. A pesar de ello, refiere que su hijo ha estado cooperando más con las labores de la casa.

Se le plantea a la consultante la opción de concluir el proceso terapéutico, sin necesidad de una sesión de cierre. En un inicio, expresa conformidad con lo anterior, pues considera que la familia va bien. Sin embargo, después le dice a la terapeuta que posteriormente se comunicará con ella para una sesión individual (en consulta privada), pues en ocasiones se siente “sobre cargada”; la terapeuta propone que asista ella a una sesión más al INR y posteriormente se puede referir a otra colega, dado que ella ya no estará en la ciudad.

Sesión 7: Inicialmente la terapeuta explora cómo han marchado las cosas, retomando la llamada de seguimiento que se realizó. Sandra cuenta que las cosas con Alberto han ido bien, él decidió dejar de trabajar porque sus compañeros comenzaron a ingerir alcohol durante las horas laborales y eso le incomodaba. Ahora se ha llevado el trabajo a casa, participando en las tareas del hogar, cosa que no sucedía antes.

La consultante, afligida, relata una situación que ocurrió una semana atrás; cuenta que han tenido un problema con la abuela paterna de sus hijos, porque le está negando darle un terreno que le había prometido; tanto Pedro como Sandra buscaron defender a Beto en una reunión, pero la abuela lo atacó y Alberto se mostró afligido. La consultante considera que

la abuela le “bajó el autoestima a Beto, porque le hizo sentir que no lo quiere”; piensa que los gritos de la abuela lo bloquearon, él se quedó sin decir nada. Al día siguiente Sandra levantó a su hijo y fueron a dar una caminata para despejarse, Alberto le reclamó que aunque entiende que su abuela no le está demostrando que lo quiere, se está sintiendo presionado por su madre, siente que “lo está arrancando de su familia”

La terapeuta cuestiona a la consultante si es posible que su hijo haya hecho una interpretación diferente del discurso de la abuela. Sandra expresa que probablemente, cuenta que ella se sintió atacada por la señora, por lo que buscó defenderse, de modo que sus hijos quedaron en medio de ambas. Cuenta que Beto ha expresado que siente coraje a su familia paterna, por haberlo alejado de su madre en la infancia, pero al mismo tiempo pide estar con su abuela en algunos momentos.

La terapeuta pregunta a la consultante cuál sería el beneficio de que ambas partes estuvieran presentes en la vida de su hijo. Ella contesta que así habían estado y que iban bien, pero que ahora que la abuela le está quitando el derecho del terreno a Alberto, las cosas cambiaron. Posteriormente, Sandra habla de que ella tenía la intención de proteger a sus hijos, pero ha decidido también poner un límite, no quiere involucrarse con la familia paterna de ellos, aunque reconoce que sus hijos pueden hacerlo si lo desean. Ella quiere estar tranquila.

Expresa preocupación porque Alberto haya tenido un retroceso en su rehabilitación por el impacto emocional de la discusión, pues lo nota muy callado. La terapeuta plantea que puede ser un efecto natural del haber vivenciado la discusión con su abuela, sin embargo, se sugiere observar y en caso de considerarlo necesario consultarlo con el médico en la siguiente consulta.

Posteriormente la terapeuta pregunta a Sandra cómo ha estado y qué fue lo que la llevó a considerar necesario una sesión individual. La consultante expresa que últimamente se siente

sobrecargada y que “explota” con Javier, sin que haya precisamente un motivo. Se pregunta desde cuándo comenzó esta situación, a lo que responde que hace tres meses. Ella refiere que siente enojo con su pareja y explota cuando le pide cosas; la hace sentirse utilizada. La terapeuta cuestiona si eso sucedía antes; Sandra refiere que sí, pero no le molestaba, no entiende qué es lo que le pasa.

La terapeuta propone buscar explicaciones a la situación, retomando otros momentos de la vida de Sandra en los que se haya sentido de ese modo. Se hace referencia al pasado, en la que ella refirió sentirse irritable por el tema de la muerte de su madre. Ella cuenta que hay un tema que no ha hablado mucho y que tal vez se pueda relacionar con lo que está sucediendo; refiere que hace unos meses se enteró que su padre tiene cáncer y no lo ha podido ir a ver, pues vive en Guanajuato; menciona que le da tristeza pero no lo ha expresado mucho. Sandra refiere dificultad para ir a verlo, pues alguien tiene que quedarse al cuidado de Beto y no quisiera sobrecargar a Javier.

La consultante refiere sentirse un tanto encerrada, al tener que cuidar de Beto; agrega que extraña también el espacio de pareja. La terapeuta encuadra que posiblemente eso, sumado con la enfermedad de su padre, es lo que está ocasionando que ella se sienta irritable. Se habla de la importancia de ir recuperando espacios personales y de pareja.

La terapeuta cuestiona cómo se siente respecto al proceso terapéutico. Sandra expresa que no considera que necesite de modo frecuente, encuentra útil el acudir a sesión cuando siente que ya está sobre cargada. Se construyen ideas alrededor de cómo poder trabajar de modo personal lo que se obtiene de las sesiones terapéuticas, de modo que no tenga que llegar al punto de sentirse sobre cargada.

Se habla de la importancia de hablar con Javier el tema de ir a ver su padre, pues pareciera que está enojada con él basado en eventos del pasado (cuando no la quiso llevar a despedirse de su madre) y en realidad no sabe cómo va a responder en esta ocasión.

Se pregunta si desea continuar el proceso con otra persona, dado que la terapeuta ya no continuará en el INR. Refiere que no lo necesita, está de acuerdo en concluir la terapia. Terapeuta y consultante agradecen mutuamente el trabajo realizado.

3.1.2.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Sistema significativo

Boscolo y Bertrando (2011) lo definen como el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado. En este sentido, el sistema significativo del caso expuesto en el presente trabajo sería el siguiente:

- *Alberto*. A raíz de su enfermedad vascular cerebral, ha sido el motivo principal por el cual la familia se ha reunido; su enfermedad y su rehabilitación juegan un papel importante en el reacomodo familiar.
- *Sandra*. Funge como la cuidadora primaria de Beto; promueve la unión y el apoyo familiar entre ella, su pareja y sus hijos.
- *Pedro*. A pesar de que no vive con Alberto y con Sandra, está comprometido con la familia y asume un rol de cuidador y protector.
- *Javier*. Es un gran apoyo para Sandra, además de que mantiene una buena relación con Pedro y, más aun, con Beto.

- *Oscar*. Es una figura importante para sus dos hijos. Aunque viva en E.U.A parece ser que está al pendiente del cuidado de Beto a distancia. Sin embargo, parece que todavía existe cierto conflicto entre él y Sandra, por cuestiones relacionadas con el cuidado de Alberto.
- *Familia extensa paterna de Alberto y Pedro*. Aunque en menor medida, siguen fungiendo como una parte importante en la vida de ambos. Actualmente ha habido mayor distanciamiento con la abuela, por conflictos relacionados con una propiedad.
- *Madre de Sandra*. No obstante falleció hace un año, meses atrás parecía que su recuerdo jugaba un papel importante en la familia; especialmente para Sandra, quien sentía mucho rencor y tristeza. Ahora, después de la elaboración del duelo, se perciben efectos positivos en el sistema familiar.
- *Padre de Sandra*. Su figura toma un rol importante en la última sesión; actualmente padece de cáncer, lo que ha tenido efectos en el estado de ánimo de Sandra y por ende, en la familia.
- *Equipo de salud (médico y psicológico)*. Ha ocupado un papel importante en la familia, debido a que la enfermedad de Alberto ha requerido de distintos tipos de tratamientos. Aquí estaría incluido el *equipo de terapia familiar*, representado por mi rol de *terapeuta*, pues soy quien tiene el trato directo con la familia. Considero que hemos fungido como una figura de acompañamiento a lo largo del proceso familiar, trabajando, en conjunto con los consultantes, en la construcción de nuevas identidades familiares para la reconfiguración del sistema relacional familiar. Particularmente creo que ha sido importante para la Sra. Sandra, pues le ha servido para expresar sus preocupaciones, su dolor y sus alegrías; lo que a su vez ha influido en todo el sistema familiar.

Historia familiar

Sandra tuvo una relación distante con su madre, quien fue muy dura y violenta con ella y con sus hermanas, a diferencia de su trato con los hijos varones. Alrededor de sus 14 años, es expulsada de su casa, por lo que decide juntarse con Oscar, no precisamente porque ella así lo deseara si no porque necesitaba un refugio. Al poco tiempo nace Alberto y luego Pedro; siete años después, Sandra y Oscar tienen un último hijo, quien nació con meningitis. Sandra pasaba mucho tiempo fuera de casa, por las rehabilitaciones del niño, lo que a su esposo no le parecía. A raíz de ello, él la demanda por adulterio (aprox. hace 27 años); la Sra. Sandra estuvo tres semanas en el reclusorio. Cuando la liberaron, ella quiso recuperar a sus hijos, pero el Sr. Oscar se opuso, de modo que cortó relación con ellos por completo. En ese entonces, la madre de Sandra también corta relación ella, le decía que “era una ofrecida” por no quedarse con su esposo, le cerró las puertas de su casa y le dejó de hablar.

El Sr. Oscar decide irse a vivir a E.U.A, por lo que los hijos quedaron al cuidado de los abuelos paternos, teniendo contacto con su padre vía telefónica. Gilberto, el niño menor, muere por la meningitis a los 7 años. Tanto Pedro como Beto iban con su abuelo a trabajar los fines de semana al embarcadero de Xochimilco. En la adolescencia, deciden abandonar sus estudios. Alberto continuó en el embarcadero y comenzó a beber mucho. Pedro comenzó a trabajar como microbusero y salió adelante, contrajo matrimonio con una mujer que ya tenía dos hijas, a quienes él crío desde entonces como si fueran suyas.

Tiempo después, la Sra. Sandra se casa con Javier, su pareja actual. Después de 10 años de no tener contacto con su madre, Sandra se reencuentra con ella; poco a poco la

madre fue aceptando la relación entre su hija y Javier, con quien llegó a ser muy cercana; sin embargo, la relación entre ellas siempre fue distante. Cuando Beto tenía 18 años, busca a su madre y desde entonces comienzan a recuperar la relación. Por su parte, Pedro y su madre comienzan a frecuentarse apenas hace tres años.

En el 2013 le detectan cáncer a la madre de Sandra, quien se vuelve la cuidadora primaria, hasta abril del 2014, momento en el que Alberto sufre el evento cerebral vascular; a partir de esto, él se fue a vivir con su madre y Javier. Simultáneamente, Pedro se acerca más a su madre y a su hermano, involucrándose en la rehabilitación de Beto; esto le ha traído ciertos conflictos en su relación de pareja. A raíz de la enfermedad de Beto, Sandra se pone en contacto vía telefónica con el padre de sus hijos, quien aún reside en E.U.A, para pedirle que se haga cargo de su hijo aunque sea a distancia, lo que sí ha ocurrido.

En diciembre del año pasado fallece la madre de Sandra. Actualmente Sandra sigue fungiendo como la cuidadora primaria de Beto, aunque recibe mucho apoyo por parte de su hijo Pedro y de Javier. El proceso de rehabilitación de Alberto ha implicado reajustes en la dinámica familiar; aunque sigue viviendo con su madre y Javier, realiza ciertas actividades de modo independiente.

Procesos familiares

Los procesos familiares implican momentos de negociación, oscilación, acomodamiento recíproco, coordinación, desestructuración y reestructuración entre sus miembros (Fruggeri, 2006, en Reséndiz, 2014). Tomando en cuenta la historia y el

momento actual de la Familia Álvarez Moreno, se puede considerar que están atravesando por los siguientes procesos:

- *Construcción de nuevas identidades familiares.* La construcción de nuevas relaciones e identidades se hace más evidente en dos momentos importantes de la historia familiar: en el reencuentro de Sandra con su madre y, años más tarde, en el reencuentro de Sandra con sus hijos.
- *Reconfiguración del sistema relacional en la familia.* Se ha dado un reajuste de la dinámica familiar a raíz del evento cerebral vascular de Alberto, teniendo implicaciones en la relación de la madre con sus hijos, así como cierta reconciliación entre la madre y la familia paterna de sus hijos. De igual manera, se ha dado un acercamiento entre Beto y su padre biológico, quien se comunica con él por teléfono una vez a la semana.

Por otro lado, la enfermedad de Alberto también trajo ajustes en la relación de pareja de Sandra con Javier. En un principio ella le pidió que se alejara, pero él, fuera de eso, se ha acercado más a ella y ha fungido como un gran apoyo, llegando a relacionarse con Alberto casi como si fuera su propio hijo. Actualmente, al haberse estabilizado la pareja con la presencia de Beto y tras el avance de la rehabilitación, parece que es momento de establecer ciertos límites para que Sandra y Javier puedan retomar su espacio de intimidad.

- *Reconfiguración de la pertenencia a los núcleos familiares.* Como se mencionó anteriormente, Pedro se ha acercado mucho a su hermano y a su madre; esto ha generado ciertos conflictos y cambios en su relación de pareja. Él está comenzando a tener una relación extramarital.

De igual modo, para Beto ha implicado un reajuste entre la pertenencia del núcleo de su familia paterna y de su familia materna, pues antes vivía con su abuela paterna y ahora con su madre y su padrastro. Haciendo un análisis de todo el proceso terapéutico, se puede concluir que poco a poco Alberto ha aceptado involucrarse más con su familia materna y se ha ido adecuando al cambio; esto no significa que deje de tener una participación en el núcleo paterno, pero sí menor a la que tenía antes de su enfermedad.

- *Ajuste de las expectativas familiares en relación a la condición médica de Alberto.* Esto es algo que se ha observado a lo largo del proceso terapéutico. En un primer momento, cuando Beto tuvo una crisis convulsiva, la familia expresó preocupación porque podría haber retroceso en su rehabilitación. Después, pareciera que el diagnóstico del retraso mental también generó preocupación respecto al avance que pudiera tener Beto, más aún porque por un momento se interpretó que se requeriría un internamiento psiquiátrico. Sin embargo, después de los resultados del neurólogo, pareciera que la familia recobró esperanza respecto a su recuperación, pues les informaron que si se sigue el tratamiento médico pertinente, puede continuar con las actividades que realizaba hasta antes de la convulsión.

La mejoría que ha demostrado Alberto ha llegado a superar las expectativas que la familia tenía respecto a su rehabilitación. Sandra expresó mucha alegría por ver que su hijo estuviera mejorando y que no esperaba que fuera tan velozmente. Esto ha tenido implicaciones, pues tanto ella como Javier, han tenido que reconocer que deben de fomentar más su autonomía y han actuado en función a ello. Ahora Javier y Sandra esperan que Alberto pueda seguir mejorando y ganando todavía más autonomía.

- *Reajuste en la relación madre-hijo.* A raíz del accidente de Alberto, Sandra y él han ido adaptándose a la relación madre-hijo. En un principio, se dio un cambio abrupto, pues

pasaron de una relación muy distante (en la que se veían algunas veces a partir de que se reencontraron) a vivir juntos; en este primer momento, parecía que Sandra cuidaba de un niño pequeño, que requería de muchos cuidados. Esto producía cierta ambivalencia en la madre, por un lado parecía feliz de poder vivir una época que perdieron por la separación, pero al mismo tiempo se le notaba muy cargada emocionalmente por las consecuencias que trae el ser cuidadora primaria; para Beto también implicó un reajuste en su modo de vivir, teniendo que recibir muchos cuidados, acatar las normas de la casa de su madre y perder en gran parte su independencia.

Conforme Alberto se ha ido recuperando, pareciera que la relación madre-hijo ha dado un cambio, pues él ya no requiere de un cuidado tan demandante. Actualmente, la relación entre ellos podría asemejarse a la del trato de una madre con un adolescente, brindándole libertad para realizar más actividades, pero al mismo tiempo marcando límites y supervisando ciertas áreas (por ejemplo, la rehabilitación). El acatar las normas sigue siendo un punto de conflicto entre ellos, pues en ocasiones Beto reacciona con enojo, generando discusiones con su madre.

- *Resolución del duelo por la muerte de la madre de Sandra.* Pasado el año de la muerte de la señora, Sandra reporta sentirse más tranquila; comprende por qué su madre le dio el trato que le dio, lo que le ha permitido estar en paz. Ya se ha despedido y ahora decide quedarse con la fortaleza que siempre admiró de ella. Esto ha producido un efecto en las relaciones familiares, pues antes se mostraba irritada y un tanto agresiva con su hijo y con su pareja; ahora se muestra más relajada con ellos y han disminuido las discusiones.
- *Aceptación de la enfermedad del padre de Sandra.* Pareciera que esto es algo que está empezando a generarse en Sandra. Recientemente ella recibió la noticia de que su padre tiene cáncer, lo que parece que ha generado cambios en su estado de ánimo,

especialmente porque es algo que no ha procesado del todo. Sandra comienza a considerar el ir a despedirse de su padre a Guadalajara, aunque aún no considera que es el momento.

Premisas y creencias familiares

Las premisas son las creencias estructuradas en el inconsciente familiar, que funcionan como hábitos de puntuación de la realidad familiar compartida (Reséndiz, 2014). A continuación se expondrán las principales premisas de la Familia Álvarez Moreno así como el modo en el que éstas organizan otras ideas de los miembros de la familia.

“Los miembros de la familia se deben apoyar incondicionalmente”. Esta premisa se hace evidente en el momento actual de la vida familiar. Después de la separación que pasaron, ahora consideran que la familia debe permanecer unida y apoyarse los unos a los otros. Esto trae consigo ciertas creencias:

-Una madre debe ver por sus hijos. Esto se puede ver claramente en Sandra, quien se preocupa por sus hijos, en especial por Alberto a raíz de su enfermedad.

-Los hijos adultos deben de ver por su madre en la vejez (más aún si hay enfermedad). Esto se ve en la historia familiar; Sandra relata que, a pesar de que había tenido una mala relación con su madre, cuando enferma se reconcilian y cuida de ella.

-Una pareja debe de apoyarse recíprocamente. Sandra y Javier se convirtieron en familia a partir de su compromiso de pareja; esto ha llevado a que exista un apoyo incondicional en ambos, lo que se puede ver en la aceptación que Javier ha mostrado por hacerse cargo de Alberto, en conjunto con Sandra, a pesar de que no sea su hijo biológico.

“La enfermedad resta autonomía”. La familia concibe que el estar enfermo implica hasta cierto punto estar discapacitado, lo que lleva en alguna medida a perder la autonomía y libertad. Sin embargo, no se considera una premisa rígida, pues se ha podido ver que, aunque Alberto sigue estando enfermo, su rehabilitación ha permitido que vaya ganando independencia. De esta premisa se organizan las siguientes creencias:

-Un enfermo requiere de cuidados especiales, por parte de una persona sana. Se puede ver que Alberto recibe cuidado por parte de su familia, particularmente de su madre, quien funge como cuidadora primaria. Esta creencia se hace sumamente evidente en un pasaje de la historia familiar, en la que Sandra no asiste al funeral de su propia madre, por quedarse al cuidado de su hijo enfermo.

-Se requiere supervisar al enfermo para que haya una adherencia al tratamiento médico. Tanto Javier como Sandra acompañan a Beto a sus citas con el doctor y supervisan que haga sus ejercicios.

-En ocasiones, se le debe de decir al enfermo qué hacer. En ciertas circunstancias, Sandra le da órdenes a Alberto, acerca de cómo debe comportarse (por ejemplo, realizar sus ejercicios de rehabilitación, ir a casa de su abuela paterna pero bajo ciertas condiciones); si bien la madre hace esto para proteger a su hijo, éste no siempre lo toma de buen modo, sino con enojo que lo lleva a gritarle a su madre.

“El amor no admite la violencia”. Esta premisa se pensó al inicio del proceso terapéutico como “el amor no admite el enojo”, sin embargo, ahora se considera que los miembros de la familia admiten desacuerdos y la expresión del enojo, siempre y cuando no sea de un modo violento. El considerar que el amor no admite la violencia, se puede ver en la historia familiar, desde el momento en el que Sandra corta relación con su madre y con su expareja, justo por

la violencia que ejercían sobre ella. Entre Alberto y Sandra también se hace evidente; en ocasiones, la madre ha admitido que se ha sentido desesperada y le ha llegado a gritar a su hijo, pero posteriormente siente culpa, lo que la lleva a pedirle una disculpa. Asimismo, cuando Beto le grita a su madre, ella siente tristeza y se lo expresa a él; en varias situaciones él también se ha acercado a su madre a disculparse. Las creencias que surgen de esta premisa son las siguientes:

-Una persona no tiene que aceptar la violencia de otro, aunque sea su familiar. Si bien no en todos los casos ha implicado una ruptura en la relación, se puede ver que Sandra no ha tolerado la violencia de sus familiares.

-Es válido enojarse, pero es importante hablar y solucionar los conflictos. Parece que esta idea es promovida por Javier y ahora empieza a ser introyectada por Sandra y Beto.

“El género marca una diferencia en los roles e identidades familiares”. Siendo parte de la cultura, en la familia Álvarez Moreno también se refleja esta premisa, siendo más evidente en unos miembros de la familia que en otros. Partiendo de esta idea general, se derivan creencias más específicas:

-La mujer debe obedecer al hombre. Esta no parece ser totalmente compartida por los miembros de la familia que participaron en el proceso terapéutico, probablemente porque lograron una diferenciación de su familia de origen, pero al indagar la historia familiar se encuentra que era una idea firme en el modo de pensar de la madre de Sandra y del Sr. Oscar (padre de Alberto y Pedro), siendo una creencia más firme que la premisa respecto a que “los miembros familiares se deben apoyar incondicional”.

-El cuidado de los hijos está a cargo de la mujer. Esta idea no parece ser compartida por todos; el mismo Javier funge también como cuidador de Alberto. Sin embargo, es

Sandra quien carga con el rol principal de cuidador. Es evidente que el padre biológico de Beto y de Pedro cree firmemente esta idea, pues desde hace muchos años depositó la responsabilidad de los hijos en su madre y ahora en Sandra.

Elementos que configuran y reconfiguran el sistema

- *La enfermedad.* Pareciera que la enfermedad en esta familia tiene un papel histórico, en distintos momentos ha jugado un rol de vinculación y desvinculación, de unión y desunión. En el pasado, Sandra depositó todo su esfuerzo en cuidar de su hijo menor Gilberto, quien nació con meningitis; por ello pasaba mucho tiempo fuera de casa, para acudir al hospital; es a raíz de ello, que su esposo la acusa de adulterio y, por desgracia, logra separarla de sus hijos. Si bien en este desafortunado evento jugaron muchos factores, la enfermedad del pequeño fue un punto importante para la separación de la pareja y más aún de la madre y sus hijos.

En otro momento, la enfermedad en la historia familiar se vuelve un elemento que lleva a la unión. Después del reencuentro de Sandra con su madre, hubo un mayor acercamiento entre ellas cuando le hicieron la histerectomía a Sandra y posteriormente cuando Sandra se vuelve cuidadora primaria de su madre (a raíz del cáncer).

Por otro lado, la enfermedad de Alberto ha sido un punto central en la reconfiguración de las relaciones familiares. A partir del evento cerebral vascular, Beto se desvinculó un tanto de su familia extensa paterna, al mismo tiempo que se apegó mucho más a su madre y a su padrastro. La necesidad de cuidados que contrae la enfermedad, ha llevado a que Pedro también se vuelva más cercano a su madre, ya que la apoya con Alberto; sin

embargo, esto también ha conllevado a que Pedro se aleje de su pareja. La condición de Beto, también ha generado mayor unión en la relación con su hermano.

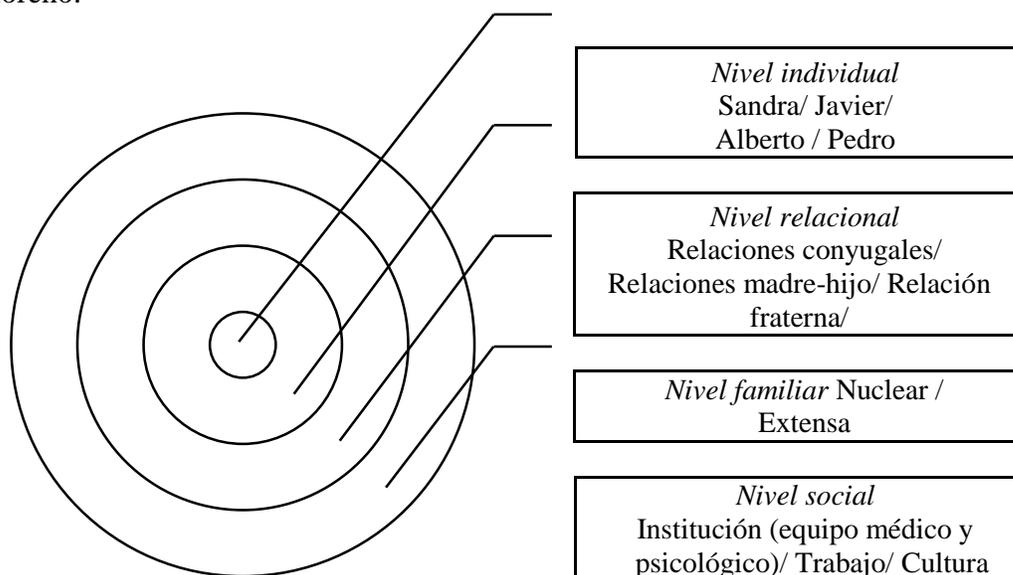
Ahora, podría pensarse que Sandra se encontrará, en algún punto, con su padre, después de que él fue diagnosticado con cáncer.

- *Separación y reencuentro familiar.* Es interesante que al analizar la historia familiar, se encuentra que la separación y el reencuentro entre miembros de la familia se repite en las generaciones. En un primer momento, la relación entre Sandra y su madre se rompe por completo, reencontrándose diez años más tarde. Por motivos distintos, pero lo mismo ocurre entre Sandra y sus hijos.

Recursividad entre los diferentes niveles sistémicos (Individual, Pareja, Familiar y Social)

En los grupos familiares existen procesos que se pueden concebir desde distintos niveles, relativos a los individuos, a las relaciones entre individuos, a la familia o a la sociedad. Tales niveles están presentes siempre en los procesos familiares, por lo que es importante resaltar la “multiprocesualidad”, describiendo la conexión entre comportamientos y creencias, entre procesos individuales, familiares y sociales (Fruggeri, 2012). Cada uno de estos niveles implica un contexto que influye en las distintas vivencias familiares, así como en el propio proceso terapéutico, pues el significado de una acción sólo está determinado por el contexto en el que se dé, es decir, “sin contexto no hay significado” (Boscolo, et.al, 1985). Con esto, se resalta la importancia de analizar los distintos niveles sistémicos implicados en este caso clínico, así como las interconexiones entre estos (*véase figura 4*).

Figura 4. Recursividad entre los diferentes niveles sistémicos en el caso de la Fam. Álvarez Moreno.



Nivel individual.

Partiendo de este nivel, se haría referencia a los procesos personales que cada miembro de la familia vivió y sigue viviendo. En el caso de Sandra, se puede ver a lo largo del tiempo una renegociación de su identidad como madre. En el pasado, cuando sus hijos eran pequeños, ella se asumió como cuidadora primaria de Gilberto; posteriormente cuando la separan de sus hijos, evidentemente tuvo que pasar por un proceso de adaptación en el que tuvo que asumir que ya no sería una figura cercana para ellos. Después, con la enfermedad de Alberto, se genera una nueva dinámica, en la que Sandra vuelve a asumirse como madre y, nuevamente, como cuidadora primaria de uno de sus hijos. De igual modo, la elaboración del duelo de la muerte de su madre ha sido un proceso importante para ella en este tiempo y ahora lo es la aceptación de la enfermedad de su padre.

Para Alberto, la vivencia de su enfermedad ha tenido un fuerte impacto en todas las áreas de su existencia, teniendo fuertes implicaciones en su autonomía. Esto ha tenido que llevarlo a una aceptación y una adaptación a un nuevo estilo de vida, que ha generado un reajuste en su identidad de hijo, nieto y de hermano.

En el caso de Pedro, se pudo ver que la enfermedad de su hermano lo llevó adquirir un rol de cuidador en su relación fraterna. Lo anterior, junto con el reencuentro de su madre, también lo ha llevado a reconstruir su rol de hijo, teniendo ahora una relación más cercana con su madre, brindándole apoyo, al mismo tiempo que se permite recibirlo.

En el caso de Javier, la pareja de Sandra, toda la dinámica familiar lo ha llevado también a vivenciar procesos individuales que han influido en su persona. Con todo esto, ha asumido un rol distinto en su relación de pareja, siendo ahora más cercano a Sandra. También ha comenzado a forjar una identidad distinta en función de su relación con Alberto, pues si bien no es su padre, a partir de la enfermedad de Beto, ha llegado a asumir ciertos roles parentales o similares a los de un hermano mayor.

Nivel relacional o interaccional.

Los procesos individuales de cada miembro de la familia tienen una influencia recíproca en las distintas relaciones familiares. Por un lado, en los subsistemas conyugales; para Javier y para Sandra, ha implicado un acercamiento y una relación donde se hizo más evidente el apoyo mutuo, aunque ahora parece que requieren de mayor espacio de intimidad. En el caso de Pedro y su esposa, el reajuste familiar, probablemente el acercarse nuevamente a su madre, así como el dedicar tiempo al cuidado de su hermano, trajo ciertos conflictos conyugales.

Por otro lado, en la relación de Sandra con sus hijos. El vínculo entre Alberto y su madre, se ha vuelto mucho más cercano a raíz de su enfermedad; a través del cuidado que ella le da, se ha podido resignificar la relación madre-hijo que estuvo ausente durante la etapa de crianza. Lo anterior, ha sido un proceso que hasta ahora continúa, en el que ambos se han ido adaptando al otro en función de los procesos individuales de cada uno; también, la recuperación física de Beto tiene implicaciones, pues mientras gana autonomía se va renegotiando el trato que le da su madre y con ello la relación. En la relación madre-hijo entre Sandra y Pedro se puede notar un mayor acercamiento entre ellos, él fungiendo como un apoyo para ella en su rol de cuidadora primaria, al mismo tiempo que Sandra brinda apoyo para los momentos que Pedro lo requiera, por ejemplo, cuando tuvo problemas con su pareja.

De igual modo, el subsistema fraterno se ha visto influido recursivamente por los procesos individuales; la enfermedad de Alberto ha generado un acercamiento entre él y su hermano, de un modo distinto al que era antes. Pareciera que ahora Pedro es una figura de admiración y protección para su hermano, mientras que para él, Alberto es alguien de quien tiene que cuidar y proteger.

Se podría decir que la relación entre Javier y Beto se construyó a partir de la enfermedad, pues es cuando empieza a vivir con él y con su madre. Con el paso del tiempo, el vínculo entre ellos se ha ido fortaleciendo; se podría considerar que Javier cumple con roles paternos y fraternales, mismos que son apreciados por Alberto, quien le tiene mucha muestra de respeto y aprecio.

Nivel familiar.

Evidentemente todo lo anterior, se refleja en todo el sistema familiar. A raíz del reencuentro y de la enfermedad se ha dado una reconfiguración del sistema relacional en la familia y de la pertenencia a núcleos familiares.

En general se percibe mayor unión entre Sandra, Javier, Alberto y Pedro, quienes podrían considerarse como familia nuclear. Siendo una familia en un proceso de re-negociación de su relación con otros sistemas, todo esto, también ha generado cambios en el sistema familiar extenso. Lo más significativo ha sido que Beto dejó de vivir con sus abuelos paternos y comenzó a vivir con su madre, a raíz de la enfermedad. Esto ha llevado a considerables reajustes en su vida, pues ha implicado un cambio de contexto importante. También ha llevado a que Sandra retome cierto contacto con la familia del padre de sus hijos y que acepte que ellos pueden seguir teniendo un vínculo con la familia paterna, sin que ello implique una deslealtad. En el último mes se presentó un conflicto con la abuela paterna, que parece estar generando mayor distanciamiento entre ella y Alberto y Pedro.

Nivel social.

Por último, a nivel social, se incluiría el contexto institucional (que abarca tanto al equipo médico como al psicológico), el ámbito laboral y a un nivel macro, la cultura. Empezando por el contexto institucional, habría que tomar en cuenta el lugar en el que se impartió la terapia, que es el INR; en este caso, se ha generado un trabajo interdisciplinario entre el área de Terapia Familiar, con el área de psicología, el área de lenguaje y el área médica (por ejemplo, el neurólogo). De igual modo, ha implicado un trabajo bajo ciertos lineamientos y

en ocasiones teniendo que incluir en la terapia ciertas demandas médicas (por ejemplo, trabajar para que haya una mejor adherencia al tratamiento médico). A su vez, el contexto institucional ha llegado a formar parte del sistema familiar, fungiendo como un apoyo, al participar en la renegociación de sus relaciones entre sus miembros y generado un compromiso con el cuidado de Alberto.

En este caso también resaltan ciertos aspectos significativos relacionados con el ámbito laboral. En un inicio, Sandra dejó de ir a trabajar para poder dedicarse tiempo completo al cuidado de su hijo; conforme él se fue recuperando, ella retomó su vida laboral, lo que le generó mayor bienestar y a su vez esto llevó a cambios en las relaciones familiares. También, es importante resaltar que el hecho de que Sandra y Javier trabajen trae implicaciones en el modo en el que se distribuyen los roles relacionados del hogar, incluyendo el cuidado de Alberto. Otro punto importante relacionado con lo laboral, es que Beto comenzó a trabajar en enero, en un espacio conocido que le brindaba protección y al mismo tiempo fomentaba su autonomía; si bien en la llamada de seguimiento, su madre informó que había dejado el trabajo, se podría pensar que ha traído beneficios para él, en relación a su independencia y sus habilidades sociales.

A un nivel macro, se tendría que tomar en cuenta la influencia del ámbito social y de los discursos culturales que influyen, no sólo en la familia, sino en el equipo terapéutico y médico. Esto incluye la concepción que se tiene de la enfermedad; los roles de género (por ejemplo, una idea preconcebida en esta familia, y probablemente también en el equipo de salud, sería que la mujer es quien tiene que desempeñar el rol de cuidadora primaria); la concepción que la familia tiene de la terapia (podría decirse que para ellos es un espacio en el que buscan apoyo y orientación). También sería importante considerar el nivel socioeconómico, ya que tiene implicaciones en la dinámica familiar; en el caso de la familia

Álvarez Moreno, se podría considerar que tienen un nivel socioeconómico bajo, que ha implicado entre otras cosas, que los hijos dejen sus estudios para comenzar a trabajar, lo que tuvo una influencia en la historia familiar y que también tiene un impacto en la forma en la que se organizan las tareas en casa.

Así, de un modo u otro, existe una influencia recíproca entre todos estos contextos. Todo lo descrito en el nivel social, repercute en los procesos individuales de cada miembro de la familia, lo que a su vez lleva a reajustes en las relaciones familiares y ello al sistema familiar en su totalidad.

Tiempos y concordancia entre los tiempos

El tiempo, desde una visión sistémica y en un contexto terapéutico, se entiende como una abstracción derivada de la propia experiencia de secuencia y cambio, así como de la presencia estable de los objetos en proceso de cambio. Se considera que existe una influencia mutua entre el tiempo pasado, el presente y el futuro; el pasado define el significado del presente, pero al mismo tiempo es definido por los acontecimientos actuales, de modo que se crea un “anillo autoreflexivo” entre los tiempos, mismo que se complejiza al introducir la posibilidad del futuro, el cual puede cambiar el significado de las acciones presentes y del pasado (Boscolo y Bertrando, 1992).

El “anillo autoreflexivo” del tiempo, descrito anteriormente, se puede percibir en este caso; cuando la Familia Álvarez Moreno relató su historia, se percibió mucho dolor y sufrimiento del *pasado*, que hasta cierto punto sigue ejerciendo un impacto en la dinámica actual. Particularmente, pareciera que el pasado ejerce más influencia en Sandra, especialmente en cuanto a la relación con su madre. Por otro lado, es evidente que la

enfermedad de Beto está teniendo mucho impacto en la dinámica familiar actual, reajustando las relaciones de todos sus miembros en el *presente*. En cierto modo, la familia también se ha proyectado a *futuro*, sobre todo en relación a las expectativas que tienen de la rehabilitación de Alberto. En la terapia se ha procurado reflexionar con la familia qué tipo de relación quieren construir de ahora en adelante, tomando en cuenta la historia familiar, concluyendo temas del pasado y partiendo del presente hacia el *futuro*.

Hipótesis

Las hipótesis sistémicas se consideran como una visión del mundo familiar, resultando del diálogo con los pacientes. Se concibe que al generar hipótesis temporales sobre los patrones de relación, se crean nuevas conexiones que llevan a diferentes posibilidades interpretativas, mismas que pueden ser compartidas con los consultantes (Bertrando, 2011).

Las hipótesis se consideran provisionales en sí mismas; su valor funcional es garantizar la actividad del terapeuta, la cual consiste en la búsqueda de patrones relacionales (Bertrando, 2011). En este sentido, es importante la propuesta de Cecchin (1989), al plantear que el generar hipótesis (hipotetización) está relacionado no tanto con una técnica, sino con una postura de curiosidad.

Las hipótesis que han guiado el presente trabajo terapéutico se presentan a continuación:

- A partir del reencuentro, los integrantes de la familia están reacomodando sus relaciones. Después del evento cerebral vascular de Alberto, la unión, el apoyo y el compromiso familiar ha girado en torno a su cuidado; su enfermedad ha venido a reajustar el sistema familiar, generando un acercamiento entre Sandra y sus hijos, así como cierta reconciliación entre ella y la familia paterna de sus hijos. También se ha dado un

acercamiento entre Alberto y su padre biológico. Por otro lado, este reajuste en el sistema familiar, ha implicado movimientos en la relación de pareja de Sandra con Javier (aparentemente de un modo positivo), así como de Pedro con su esposa (aparentemente conflictos).

- La Sra. Sandra está cubriendo un rol de cuidado maternal con respecto a su hijo Alberto, que no pudo llevar a cabo en su momento, lo que promueve un trato infantil hacia él. Esto se retroalimenta con el trato que Pedro da a su hermano, asumiendo un rol de protector y de cuidado. Así, ambos posicionan a Beto como una persona que requiere de cuidados especiales. Si bien en ciertas circunstancias esto es necesario, es posible que Alberto esté sacando ciertas ventajas de esta posición (lo que a su vez retroalimenta este tipo de trato por parte de su madre y su hermano) y que ello limite su desarrollo y su recuperación; al mismo tiempo que refuerza un acercamiento más colaborativo entre Sandra y Pedro.
- Se percibe cierta ambivalencia de Sandra hacia su hijo; por un lado, pareciera estar feliz de poder cubrir con los cuidados que no pudo llevar a cabo cuando Alberto era un niño, pero por otro lado, pareciera estar cansada de ser la cuidadora primaria y tener en parte que “renunciar a su libertad”.
- El aniversario de la muerte de la madre de Sandra ha venido removió el duelo en ella. Esto ha tenido repercusiones en su estado de ánimo, lo que a su vez ha influido en su relación con Alberto. Después de unas sesiones de trabajo terapéutico, pareciera que la Sra. Sandra ha elaborado el duelo, generando efectos benéficos en el sistema familiar, reflejándose en una mejoría en la relación con Beto, así como con su esposo. Ella se siente más tranquila y en paz, por lo que ellos la perciben menos agresiva; a su vez, esto genera un trato positivo hacia ella, lo que produce que Sandra se sienta con mejor estado de

ánimo y así sucesivamente, produciendo una mejora en la relaciones familiares y por lo tanto, en el bienestar de sus miembros.

- Después de poco más de año y medio del evento cerebral vascular de Alberto, pareciera que la familia Álvarez Moreno se encuentra en un punto de mayor estabilidad. En un principio parecía que la unión y el compromiso giraba totalmente en torno a los cuidados de Beto; en este primer momento, la relación madre-hijo, así como su relación con Pedro y con Javier, promovían un trato infantilizado hacia él. Ahora, en la medida en la que Alberto ha mostrado mejoría, ha ganado autonomía, lo que ha permitido que la relación con su madre, así como con su hermano y su padrastro, sea menos infantil. Esto ha tenido consecuencias en toda la familia; pareciera que la madre ha retomado aspectos personales de su vida que había tenido que dejar por el rol de cuidador primario (como su trabajo); también parece ser que Pedro, aunque sigue siendo un apoyo, ha retomado la cercanía con su esposa y su familia nuclear. También se podría hipotetizar que Sandra y Javier comienzan a tener más espacio para una vida de pareja (si es que había disminuido o desaparecido). Actualmente la relación madre-hijo se asemeja a la de un trato adolescente; él muestra enojo ante las órdenes de ella. En parte este enojo se puede relacionar con el hecho de que en el pasado, Alberto no creció con su madre, por lo que no se estableció en su momento una relación en la que ella ponga límites y le dé indicaciones. Así, su reacción de enojo puede entenderse como parte de un proceso de adaptación en su renegociación de rol como hijo; Beto estaba acostumbrado a hacer lo que él quería y ahora debe de acatar ciertas normas y responder positivamente ante las indicaciones de Sandra.
- Javier, y más aún Sandra, muestran necesidad porque Alberto se recuperé más y desarrolle mayor independencia. Ambos expresaron en la sesión que les preocupa qué va

a hacer Beto cuando ellos no estén, pero también Sandra expresó que si él puede hacer más cosas solo, ella “ganaría más libertad”. Esto hace pensar que la madre tiene expectativas de que su hijo gane más autonomía y que ella pueda recuperar la vida que tenía antes de ser la cuidadora primaria. Por otro lado, es posible que Alberto cuestione qué implicaciones tendría en su vida el que él se recupere aún más; tal vez piense que el recuperarse signifique que tenga que dejar de vivir con su madre, lo que lo podría llevar a cierto estancamiento en su rehabilitación (por ejemplo, el que no muestre seguridad al tomar decisiones o expresar desacuerdos).

Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas

A lo largo del proceso terapéutico se pueden identificar diferentes etapas por las que ha transcurrido la familia, junto con la terapeuta y el equipo, mismas que se presentan a continuación:

1. Construcción del sistema terapéutico (familia-terapeuta-equipo terapéutico).

En las primeras sesiones se comenzó a construir la relación entre los miembros de la familia, la terapeuta y el equipo detrás del espejo. De igual modo, se encuadró la terapia como un espacio para el diálogo, en función de las necesidades familiares. Se procuró promover un ambiente de confianza, cooperación y empatía con la familia, para formar una buena alianza terapéutica y construir un espacio en el que ellos se sientan cómodos.

2. Trabajo en la construcción de nuevas identidades familiares. Ya habiendo comenzado a construir el sistema terapéutico, se procedió a indagar la historia familiar, poniendo particular atención en el significado del reencuentro entre

Sandra y sus hijos. Para ello, en la primera sesión, desde una postura de curiosidad, se pidió a Sandra y a Pedro, que relataran los eventos significativos de su historia, interviniendo para hacer circular la información, de modo que se logre conocer la perspectiva de ambos, así como buscando que entre ellos escuchen el modo en el que vivenciaron los hechos ocurridos.

De igual modo, se exploró cómo cambiaron las relaciones familiares a partir de la enfermedad de Alberto y cómo ha sido para cada miembro de la familia el ajustarse a la nueva dinámica familiar. Con esto se hizo evidente que la enfermedad vino a demandar una nueva configuración de la dinámica familiar, lo que generó que cada uno asuma nuevas identidades.

Con Sandra, se trabajó en la reconstrucción de su identidad como madre, particularmente en relación a Alberto, quien demanda ahora mayor cuidado. Con Beto, se trabajó en su identidad como hijo, al tener que adaptarse a vivir de nuevo con su madre y tener que recibir supervisión por parte de ella y de Javier. Con Pedro se abordó el significado de ser una figura más cercana a Alberto, así como a su madre.

Si bien este trabajo continuó a lo largo del proceso, fueron en las sesiones iniciales donde se prestó más atención a cómo cada miembro de la familia concebía estos cambios. Se buscó re contextualizar el pasado familiar con el tiempo presente, reconociendo la fortaleza familiar, para comenzar a abrir la posibilidad de construir un futuro más alentador, en el que haya unión familiar, sin la necesidad de la cercanía entre ellos gire en torno a la problemática de Beto, pues eso podría impedir que él se vaya recuperando e independizando.

3. *Trabajo en el ajuste de expectativas familiares en relación a la condición médica de Alberto.* Esta parte del proceso se da a partir de la crisis convulsiva que tuvo Beto, pues generó frustración en relación al avance que ya había mostrado. Se exploraron los resultados que han recibido del neurólogo, así como acerca del seguimiento que le han dado a las terapias de rehabilitación. Se procuró resaltar la importancia de la atención médica en el tratamiento y de tomar en cuenta las indicaciones del neurólogo y el resto del equipo médico.

De igual modo, tras la inquietud de la Sra. Sandra, se explicaron los resultados de un psicodiagnóstico elaborado por patología de lenguaje, en el que concluían que Alberto tiene retraso mental. A partir de éstos, la Sra. Sandra había interpretado que probablemente su hijo iba a tener que ingresar a un hospital psiquiátrico. Se explicó que el retraso mental implica deficiencias en el aspecto cognitivo y en las funciones ejecutivas, pero que ello no implica un internamiento psiquiátrico.

De este modo, se buscó conocer el impacto de los diagnósticos médicos en la familia, particularmente en el ajuste de sus expectativas respecto a la recuperación de Alberto. Con esto, se trabajó también el fomentar el grado de autonomía apropiada para Beto, de acuerdo a lo sugerido por el equipo médico.

4. *Trabajo con la elaboración del duelo.* En esta etapa se trabajó únicamente con Sandra, buscando resignificar la relación que tuvo con su madre, así como ayudándola a aceptar la pérdida. Esto se consideró una necesidad para Sandra, pero también se asumió que el trabajarla con ella iba a tener efectos en el resto del sistema familiar. Para ello, se exploró la historia de la relación entre ellas. Se normalizó el hecho de que últimamente “la ha sentido”, pues mostraba

preocupación por “estar quedando loca”. Se validó la posibilidad de tener sentimientos encontrados respecto a la muerte de su madre. Se invitó a la consultante a reflexionar si es que tiene algo pendiente con su madre, para poder “dejarla ir”. Se buscó ampliar la perspectiva de la narración de la historia de la relación entre ella y su madre, al incluir la historia de vida de la señora, así como el contexto en el que fue criada. De igual modo, se introdujeron preguntas circulares para conectar lo anterior con las relaciones familiares actuales, por ejemplo ¿qué diría Alberto si estuviera presente escuchando que ahora se siente más tranquila y en paz, en relación a la muerte de su madre? ¿qué diría Javier si estuviera presente escuchando que ahora se siente más tranquila y en paz, en relación a la muerte de su madre?

5. *Estabilidad en la reconfiguración del sistema relacional de la familia - Pausa en el proceso terapéutico.* En la sexta sesión se buscó entrelazar todo el trabajo previo, al explorar cómo la familia había logrado alcanzar una reconfiguración que le permite ahora tener mayor estabilidad y bienestar para cada uno de sus miembros. Esto implicó la construcción de nuevas identidades en cada uno, y estuvo influido también por el ajuste de las expectativas a la condición médica de Alberto, así como por la elaboración del duelo por parte de Sandra. Para ello, se intentó conocer los puntos de vista de todos los miembros de la familia y de ir escuchando sus reflexiones acerca de las distintas relaciones familiares (circularidad) y se utilizaron algunas preguntas circulares (A Beto ¿cómo ves la relación entre tu mamá y Javier?; a Sandra: ¿cómo ves la relación entre Alberto y Javier?; a Javier: ¿cómo ha visto a Sandra, en relación a la muerte de su madre?). De igual modo, se intentó generar en conjunto con la familia,

propuestas para que Beto permita que su madre pueda marcar límites y supervisar lo que le corresponde, sin que él reaccione con enojo o agresiones. Se estableció la idea de proceso (en parte también construyendo un puente entre pasado y presente), en relación al desarrollo de autonomía de Alberto. Por último, se hace un recuento del proceso terapéutico y de los avances alcanzados y se propone pausar la terapia, así como una sesión de seguimiento en dos meses.

6. *Seguimiento.* En la llamada de seguimiento se acordó que no era necesaria otra sesión familiar, pero sí un espacio para Sandra. En la sesión se exploró cómo habían marchado las cosas en relación a la rehabilitación de Alberto. Posteriormente, se trabajó con Sandra en buscar explicaciones a sus cambios repentinos de estado de ánimo, relacionándolo con el reciente diagnóstico de cáncer de su padre, así como con la necesidad de ir retomando espacios individuales y de pareja, ahora que su hijo ha ganado mayor autonomía. En conjunto, se acuerda concluir el proceso terapéutico y se reconoce el trabajo llevado a cabo a lo largo de la sesiones.

3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte del equipo terapéutico

Construcción del sistema terapéutico en el proceso

Considero que con esta familia se pudo construir fácilmente el sistema terapéutico desde el inicio, pues desde la primera sesión mostraron confianza y apertura con el proceso. A pesar de que llegan al área de Terapia Familiar al ser referidos por la psicóloga y no por iniciativa

propia, se mostraron siempre dispuestos a colaborar. Esto ayudó para que la terapeuta y el equipo podamos reforzar también ese ambiente de confianza, brindando empatía, una posición de escucha y de respeto ante cada miembro de la familia, lo que a su vez fortaleció la apertura y colaboración de la familia.

Al estar en un contexto hospitalario, es fácil que los pacientes puedan confundir el espacio de Terapia Familiar con un espacio médico; sin embargo, esto no ocurrió con los Álvarez Moreno, pues desde el inicio tenían una idea de lo que implicaría el trabajo terapéutico. Probablemente influyó que, tanto Sandra como Alberto, ya habían tenido sesiones con la psicóloga, de modo que había un contexto terapéutico previo.

Bertrando (2011) expone que el diálogo terapéutico debe ser un proceso activo, entre cliente y terapeuta, en donde el clínico debe entrar con una postura de apertura y de respeto, al mismo tiempo que con una opinión y reacción ante lo que ocurre en la conversación, para construir en conjunto el surgimiento de algún entendimiento nuevo. Me parece que a lo largo del proceso terapéutico se pudo generar lo anterior, gracias a la participación conjunta entre la familia, del equipo, el supervisor y de la terapeuta.

Evolución de la relación terapéutica

En este caso, la construcción de la relación terapéutica se dio en tiempos distintos con cada miembro de la familia, ya que no todos participaron simultáneamente en la terapia; aunque de modo indirecto se puede considerar que la relación con toda la familia comenzó desde el primer contacto.

La primera sesión fue con la Sra. Sandra y con Pedro; desde el inicio ambos parecieron sentirse en confianza para tener apertura a contar su historia familiar. En esta sesión se

incluyó no sólo la terapeuta, si no el supervisor, con quien también se empezó a construir la relación terapéutica; probablemente eso influyó para que en el resto del proceso se sintieran cómodos con el equipo detrás del espejo.

En las sesiones posteriores se siguió fortaleciendo la relación con Pedro y con Sandra. Él participó en un par de sesiones más, en las que llegó a expresar situaciones personales difíciles por las que estaba atravesando con su pareja, lo que se puede tomar como un reflejo de una buena alianza con la terapeuta. Posteriormente, por cuestiones personales y laborales, Pedro dejó de asistir a la terapia, por lo que la relación no evolucionó más de modo particular con él.

Por parte de Sandra, se considera que fue con quien la relación terapéutica llegó a ser más íntima y más fuerte, pues no sólo asistió a todas las sesiones, si no que tuvo un espacio individual con la terapeuta. De modo personal, creo que fue con la se me hizo más fácil desenvolverme, tal vez por el género y por su disposición a confiar en mi trabajo. Considero que ella encontró en la terapia un lugar para desahogarse, tanto de sus preocupaciones como de sus alegrías, lo que dio la oportunidad a que se construya un espacio de diálogo entre ambas, pudiendo introducir nueva información.

En el caso de Alberto, considero que al inicio no fue fácil entablar la relación. El asistió hasta la segunda sesión, con su hermano y su madre. Recuerdo que en esta sesión él casi no participó, más bien los demás lo hacían por él. Esto tuvo que ver no sólo con que para él era un espacio nuevo, en el que probablemente todavía no sentía confianza y seguridad, si no con mi propio modo de dirigirme a él; recuerdo que estaba nerviosa e insegura de cómo poder comunicarme con él, dada su condición médica. Sin embargo, considero que con el paso de las sesiones, mi propio prejuicio fue dejando de ser central en nuestra relación, al mismo tiempo que él fue ganando seguridad conmigo y con el espacio, logrando ser más activo en

el diálogo terapéutico. Esto permitió que yo me dirigiera más al consultante, tomando en cuenta que debía hacer intervenciones más concretas (por ejemplo, preguntas más simples) y que debía de dar más tiempo para que responda, aun si eso implicaba tener que tolerar un tiempo de silencio entre nosotros.

Con Javier, considero que la relación terapéutica se comenzó a construir también desde el inicio, pero de un modo indirecto, a través del resto de la familia, particularmente por Sandra. Probablemente él veía el reflejo del trabajo terapéutico en las relaciones familiares, de modo que cuando llegó a participar en la última sesión, venía con una buena disposición. Por mi parte, considero que sucedió lo mismo; a través de los relatos de Sandra y sus hijos, tenía una imagen positiva de él, lo que seguramente generó que yo también tuviera una buena actitud a trabajar con él.

Trabajar en la relación terapéutica en términos sistémicos implica, antes que nada, ser conscientes del modo en que el contexto de la terapia se crea dentro del diálogo y qué consecuencias tiene este marco en el proceso (Bertrando, 2011). Considero que lo anterior se pudo lograr, en gran parte, gracias a la supervisión con el equipo terapéutico y a la elaboración del análisis de los reportes de cada sesión, pues me ayudaron a ser consciente del modo en el que me iba desarrollando con la familia y cómo yo me iba incluyendo en el sistema, lo que a su vez fue benéfico para la evolución de la relación terapéutica.

Posiciones del terapeuta a lo largo del proceso

El estar consciente de la posición de uno mismo dentro de la terapia conlleva a que el terapeuta considere la posición que le es dada por el contexto y al mismo tiempo la que elije

adoptar dentro del contexto mismo. Esta posición es siempre provisional, proclive de cambiar de acuerdo a lo que vaya sucediendo entre los clientes y el terapeuta (Bertrando, 2011).

Basándome en lo anterior, al hablar de mi posición dentro del proceso, tendría que tomar en cuenta el contexto en el que se desarrolló la terapia. Esto me lleva a pensar, en primera instancia, en el contexto institucional, que demandó tener que trabajar bajo ciertos lineamientos, incluyendo el darle un peso importante a la adherencia del tratamiento médico de Alberto. Esto implicó, en ciertos momentos, tomar una posición un tanto directiva, dando seguimiento a la rehabilitación y sugiriendo a la familia que consideren las indicaciones del neurólogo y demás médicos implicados en la rehabilitación.

Mi postura también se fue acoplando a las demandas del sistema terapéutico. En ciertas sesiones, la familia pidió orientación, lo que me llevó a tomar una posición “de experta”, por ejemplo, cuando expliqué a la familia las implicaciones que tiene el retraso mental, aclarando que si bien tiene una deficiencia a nivel cognitivo, Alberto no tendría por qué estar ingresado en un hospital psiquiátrico (como habían interpretado del discurso de uno de los médicos). En otros momentos (considero la mayor parte de la terapia) las demandas del sistema me llevaron a tomar una postura más reflexiva. El contexto de un espacio de aprendizaje terapéutico bajo el enfoque de la Terapia Sistémico Dialógica de Milán, también influyó en tomar esta postura menos directiva y mayor curiosidad. Esto también se relaciona con que he descubierto que yo me siento más cómoda haciendo terapia desde esta posición, pues va más apegado a mi modo de ser y considero que me permite ser más colaborativa y con ello construir más fácilmente una buena relación con los pacientes. Asimismo, asumo que con esta familia no me fue difícil mantener esta postura, ya que también ellos participaron en este modo de relación. Pienso que no fue un caso en el que yo haya tenido que ser más

confortativa, desde un lugar como agente de control social (como en el otro caso que veía en el INR, de violencia), pues nunca hubo cuestiones de riesgo ni legales de por medio.

Circularidad

Se buscó a lo largo del proceso terapéutico entrar al mapa del mundo de la familia y conocer cómo son las relaciones familiares y marcar las pautas de interacción entre los miembros de la familia (*recursividad entre familia*). Por ejemplo, al indagar la historia familiar, estando la Sra. Sandra y Pedro presentes en la sesión, se pidió a ambos que contaran cómo vivieron la separación y el reencuentro familiar, así como el modo en el que perciben sus relaciones familiares actuales, de modo que pudieran escucharse mutuamente, al mismo tiempo que la terapeuta recibía la información.

En este proceso, se intentó generar diferencias en el discurso de la familia, para llegar a nuevas reflexiones, así como poner atención al feed-back de la familia respecto a las intervenciones de la terapeuta (*recursividad entre la terapeuta-familia*). Por ejemplo, al trabajar con la Sra. Sandra la muerte de su madre, se construyó un diálogo en relación a si sentía que había algo que le quisiera decir que la ayudara a elaborar el duelo; también se buscó entender el modo en el que la carga emocional del duelo estaba influyendo en sus relaciones familiares.

Por otro lado, el análisis de cada sesión, me permitió como terapeuta tener un proceso autoreflexivo y cuestionarme desde dónde estoy mirando a la familia, así como cuestionar mis propios prejuicios (*recursividad del terapeuta-conciencia de 2º orden*). Por ejemplo, a través de las intersesiones con el supervisor y el resto del equipo terapéutico, pude hacer un

análisis de cómo mi percepción de la enfermedad de Beto estaba influyendo en el modo en el que me dirigía hacia él y en la poca tolerancia de espacios de silencios dentro de la sesión

Por último, tal vez indirectamente, se ha llevado un trabajo interdisciplinario con el área médica (patología del lenguaje y neurología) y se trabaja bajo los lineamientos del INR; todo esto tiene una influencia sobre el proceso terapéutico (*recursividad terapeuta-familia-institución*).

Emociones emergentes

Por parte de la familia:

- Tristeza. Se hace evidente en la historia familiar, específicamente en el dolor que causó la separación entre Sandra y sus hijos, tanto en ella como en Pedro y Alberto. También en la historia de la relación entre Sandra y su madre. Pedro también ha expresado sentirse así, debido a los conflictos que ha tenido en su relación de pareja.
- Enojo. Alberto ha expresado sentirse enojado cuando no lo dejan quedarse en los lugares en los que quiere estar (por ejemplo en una fiesta) o hacer algo que él quisiera. Sandra también expresó enojo contra su madre, por la falta de afecto y de reconocimiento de su parte.
- Alegría. Por haberse podido reencontrar después de tantos años de separación. También por escuchar resultados médicos favorecedores, en relación a la recuperación de Alberto.
- Frustración y coraje. En Sandra, respecto al tener que cuidar a Alberto y también respecto a su madre. Y en Alberto, al enojarse con su madre por recibir sus órdenes y ponerle límites.

- Culpa. Sandra ha expresado sentirse culpable por gritarle a Alberto y también por no haber podido ir a ver a su madre en el momento en el que agonizaba.

Por parte del equipo terapéutico:

- Ternura, al ver la relación de cuidado de Sandra con Alberto, así como la relación de fraternidad entre Pedro y Beto.
- Tristeza, al escuchar todas las dificultades por las que ha atravesado la familia.
- Enojo, ocasionado al escuchar que el padre biológico de Alberto y Pedro, los separó de su madre por tanto tiempo, y por el trato que le dio a Sandra. También a partir de la historia de la relación violenta por parte de la madre de Sandra.
- Nervios, por parte de la terapeuta al entrar a las sesiones.

Prejuicios de la terapeuta

- Empatía con la madre y con Pedro al escuchar sus historias de vida.
- Coraje contra el padre al escuchar la historia familiar.
- El hecho de que Pedro no se haya mostrado sorprendido con la historia que relató su madre acerca de por qué se separó de ellos, me hizo pensar que quizá ya la sabía o bien, me cuestioné por qué reaccionó con tanta indiferencia; hasta cierto punto me pareció que fue muy poco empático con su madre.
- Miedo a no poder entablar un diálogo con Alberto por su condición física tras el evento cerebrovascular. Si bien fue disminuyendo con el transcurso de las sesiones, considero

que se mantuvo presente y en ocasiones, generó que no tomara lo suficiente en cuenta la presencia de Beto.

- En algún punto del relato de Sandra, en el que contaba que se había puesto en contacto con el padre de Alberto, ella mencionó que le dijo al Sr. “no tengo nada que perdonarte”. Eso me hizo cuestionarme cómo se posiciona ella respecto a la historia con su exesposo; pensé que, si yo hubiera pasado por lo mismo, me sería imposible pensar que no tuviera nada que perdonarle, sino todo lo contrario.
- En la sesión en la que se trabajó la relación de Sandra con su madre, se hizo evidente que hubo mucha violencia (por parte de la madre). Las reflexiones de mis compañeras en la intersesión giraron en torno a la dificultad que hubiera presentado para ellas el hecho de no tomar una postura en contra de la violencia que ejerció la madre de Sandra, cuestión que yo como terapeuta no hice dentro de la sesión. Esto me hizo cuestionarme si tal vez mi propia experiencia de vida, en la que no ha habido una historia de violencia por parte de mis padres, de algún modo haya influido en no tomar una postura en contra de la violencia que la consultante relató sufrir; en este caso, creo que me ayudó para poder ampliar el recuerdo que ella tenía de la relación de su madre, incluyendo la propia historia de la señora. Sin embargo, no sé si esto en algún punto, ya sea en este caso o en otro, pueda ser de algún modo un impedimento para empatizar con los consultantes. Aunque considero que tengo una postura en contra de la violencia de cualquier tipo, creo que esta reflexión me podría ayudar en mi trabajo clínico.

Reflexiones

El analizar el caso de la Familia Álvarez Moreno me ha permitido reflexionar acerca de mi trabajo desde una conciencia de segundo orden, lo que me lleva a considerar el tema de la responsabilidad terapéutica. En este sentido, retomo la propuesta de Telfener (2014) acerca de la responsabilidad del clínico. Por un lado, pensaría en la responsabilidad técnica, que la autora define como la capacidad de considerarse competente respecto a un modelo subjetivamente elegido. En este caso, considero que el estar en un contexto académico ayudó a reforzar mi responsabilidad en la preparación del trabajo, al tomar en cuenta los conocimientos y habilidades que fui forjando a lo largo de la maestría, en particular lo relacionado con la Terapia Sistémico Dialógico de Milán. Por supuesto, también entra en juego el rol que ocupó el supervisor y el equipo terapéutico; se sobre entiende que, al ser una terapeuta en formación, necesito una guía y orientación en mi trabajo, que funcionó tanto para enriquecer mi aprendizaje, como para asumir la responsabilidad técnica en el trabajo con la familia.

Por otro lado, está la responsabilidad social, determinada desde el mandato por la comunidad ampliada, que da el resultado de las propias acciones en el mantener o deconstruir estructuras de poder (Telfener, 2014). Pensando en el trabajo que he hecho con la familia, haría referencia a la responsabilidad relacionada con el contexto institucional; al estar en el área de Terapia Familiar del INR, mi rol como terapeuta ha tenido que tomar en cuenta, aunque sea de modo indirecto, el trabajo interdisciplinario con otros profesionales, en particular con los médicos, fortaleciendo la importancia de la adherencia al tratamiento médico.

Considerar la relación terapéutica como el instrumento básico de trabajo, lleva a tomar en cuenta la responsabilidad relacional, entendida como el reflexionar sobre el significado que las propias acciones tienen sobre los pacientes y sobre otros significativos en el contexto compartido, así como la capacidad de mantenerse abierto a explorar y a cambiar las propias premisas, monitoreando los propios prejuicios, a fin de no caer en patrones repetitivos y/o colusivos (Telfener, 2014). Me parece que esto ha sido algo que he aprendido a lo largo del proceso terapéutico; al principio no me era tan sencillo, pero la elaboración de los reportes de cada sesión me fue muy útil para ir desarrollando mi propia responsabilidad relacional en el caso. Definitivamente es algo que siempre se debe de seguir trabajando.

Y por último, estaría la responsabilidad de la responsabilidad, es decir, una responsabilidad de segundo orden, que entiendo, a partir de la propuesta de Telfener (2014), como el ser consciente de todos los aspectos anteriores. La autora lo define como el deber rendir cuenta del proceso de construcción de la realidad social que se realizan en las interacciones con el problema presentado y su sistema de significado. Nuevamente retomo el contexto de supervisión en el que se ha dado la terapia, pues me parece que fue fundamental para promover en mí mayor reflexión y también otra parte ha tenido que ver con mi propio compromiso con la familia, con mi aprendizaje y con mi trabajo clínico.

Para finalizar quisiera enfatizar todo el aprendizaje que me ha traído el ser la terapeuta de este caso. Admiro la fortaleza que ha mostrado cada miembro de la familia para hacer frente a las dificultades por las que han atravesado y también agradezco que me hayan permitido ser parte de su historia familiar, pues me ha llevado a poner en práctica mis habilidades clínicas y adquirir nuevos conocimientos, en especial en relación a las implicaciones que una enfermedad puede tener en la vida familiar. De igual modo, reconozco mucho el apoyo y las enseñanzas que me han brindado el supervisor y el equipo terapéutico.

El trabajo con esta familia me ha permitido apreciar la fortaleza que tiene para enfrentar las dificultades por las que han atravesado y las que atraviesan. Creo que esto ha sido algo importante para lograr una reconfiguración en el sistema familiar. Pareciera que este reajuste en las relaciones familiares en un principio giró en torno a la enfermedad de Alberto; definitivamente, esto sigue siendo un papel central en la dinámica familiar, pero creo que poco a poco dan lugar a construir una unión familiar que no gire sólo al cuidado de él.

3.1.3. Caso 2: Esteban y Jimena

3.1.3.1. Integración del expediente de trabajo clínico

- **Terapeutas:** T. F. Paola Anaid Carreño Fernández y T.F. Elia Cecilia Fajardo Escoffié.
- **Equipo terapéutico:** T.F. Andrea Anaya Acosta, T.F. Elizabeth Alderete Rivera, T.F. Nancy Isabel Morales Aguilar y T.F. Darío Villela Soto.
- **Supervisora:** T.F. Miriam Zavala Díaz.
- **Modelo de intervención:** Terapia Breve con Enfoque Centrado en Soluciones.
- **Número y fecha de sesiones:**

Sesión 1: 09/03/2016

Sesión 3: 15/03/2016

Sesión 5: 05/05/2016

Sesión 2: 23/03/2016

Sesión 4: 05/04/201

Sesión 6: 22/06/2016

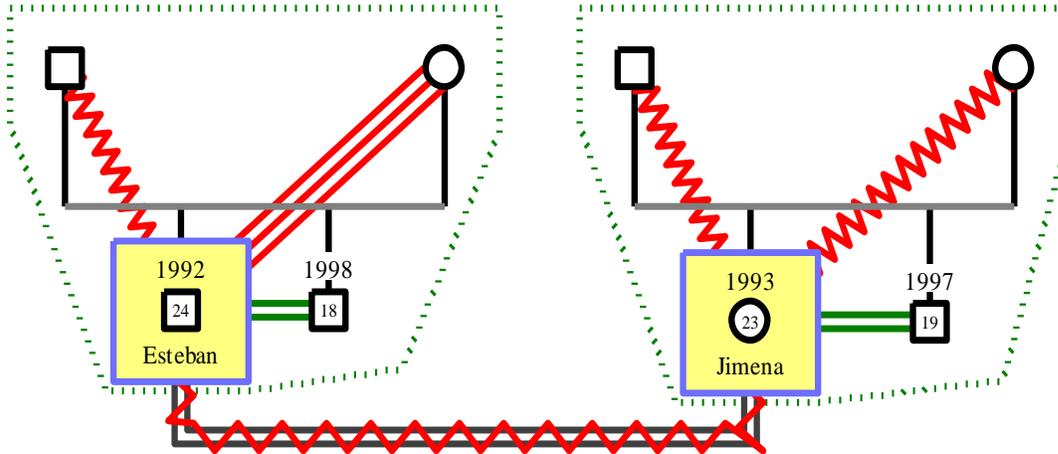
- **Motivo de consulta:** Los consultantes refieren problemas de comunicación en la pareja; mencionan que se olvidan los acuerdos y piensan que la forma en la que se relacionan hace que se hieran. Les gustaría que un mediador pudiera ayudarlos a entenderse mejor y a mejorar la forma en que se comunican, porque quisieran tener buenas bases en su relación de noviazgo para formalizar en un futuro próximo.
- **Ficha de identificación:**

<i>Parentesco</i>	<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>
Pareja	Jimena	M	23	Licenciatura	Química
Pareja	Esteban	H	24	Licenciatura	Empresario

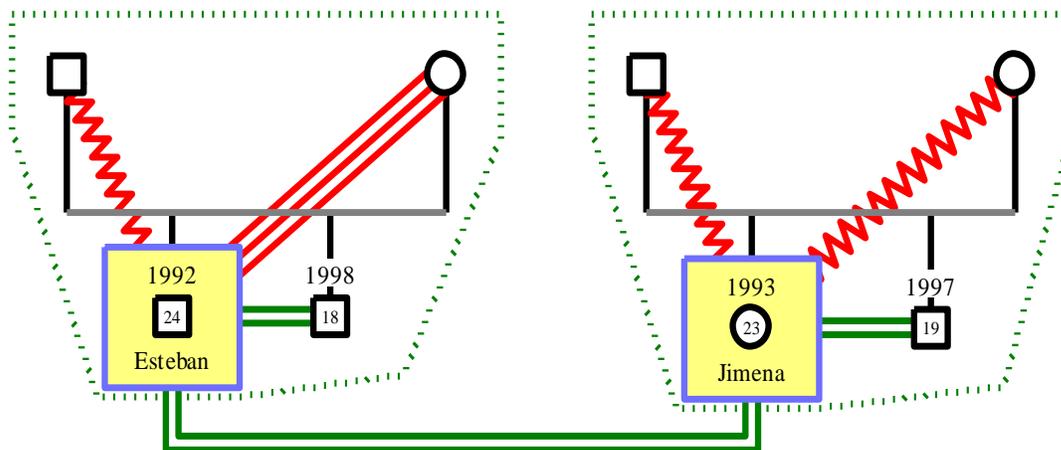
Lugar de nacimiento y residencia: Ciudad de México.

Nivel socioeconómico: medio - bajo.

Genograma al momento de solicitar la terapia:



Genograma al momento de la última sesión:



Antecedentes del problema: Jimena considera que el conflicto comenzó desde hace 4 años, que fue cuando empezaron su relación; por otro lado, Esteban percibe que los problemas tienen 8 meses. La pareja solicita la terapia ya que, a fines del año pasado, la exnovia de él lo buscó, argumentando que él era el padre de su hijo. Simultáneamente, Jimena tuvo una sospecha de embarazo. Esta situación fue muy fuerte debido a que, por un lado, ella no deseaba tener un bebé y por otro, comenzó a dudar de la integridad y ética de Esteban, al negarse a reconocer al hijo de

la exnovia. Todo esto hizo que ella pensara que él no la iba a apoyar si estaba realmente embarazada.

Aunado a lo anterior, Jimena considera que Esteban es muy posesivo, celoso y que la quiere controlar, por lo que duda de seguir en la relación. Asimismo, él piensa que ella es muy berrinchuda, muy temperamental, muy enojona, nota que ella tiene poco interés en la relación y que no tiene tacto al momento de expresar lo que piensa.

La pareja considera que uno de sus problemas es no hablar de los conflictos en el momento en que se generan y, posteriormente, cuando están enojados se los reclaman el uno al otro. Sus intentos de solución han sido hacer acuerdos que funcionan por un tiempo, pero después lo olvidan o surgen nuevos problemas y aumentan los conflictos.

Objetivos de la pareja al asistir a terapia: Inicialmente, los consultantes plantean abordar las siguientes temáticas.

1. La tristeza que genera en Jimena la situación que vivieron meses atrás, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo.
2. El hecho de que Jimena sea “sobre emocional”, lo que la lleva a no controlar su enojo y “explotar”.
3. Saber cómo apoyar al otro ante conflictos familiares.
4. Hablar acerca de si Jimena será o no madrina de un sobrino de Esteban.
5. Decisión respecto a si tener o no hijos.

Posteriormente, se pacta con la pareja que el objetivo terapéutico será tener mayor bienestar en la relación: más escucha por parte de ambos, poder dialogar los problemas en lugar de pelearse, tomar en cuenta las necesidades de ambos, así como validarse mutuamente.

Se establece que el lograr lo anterior, tendrá una incidencia positiva en las temáticas específicas que se plantearon previamente.

Resumen de las sesiones

Sesión 1: El objetivo del primer contacto fue establecer el rapport con los consultantes, darles a conocer el modo de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos, así como explorar a fondo el motivo de consulta y conocer los cambios que ha habido desde el momento de la solicitud de la terapia.

Inicialmente las terapeutas realizan el encuadre. La pareja refiere que solicitaron la terapia porque a fines del año pasado atravesaron una situación muy difícil que afectó la relación. Jimena, afligida, cuenta que la exnovia de Esteban lo buscó, argumentando que él era el padre de su hijo. Simultáneamente, Jimena tuvo una sospecha de embarazo. Lo anterior fue muy fuerte para la consultante, debido a que ella no deseaba tener un bebé y, además, expresó que “dudó de la integridad de su pareja y de su ética” al negarse a reconocer al hijo de la exnovia. Todo esto le hizo pensar que él no la iba a apoyar si estaba realmente embarazada. Esteban aclara que él si hubiera reconocido al niño, pero que no es su hijo; agrega que sabe que Jimena es muy sensible, pero no logra comprender por qué le afectó tanto a su pareja todo eso, él si iba a apoyarla en caso de que hubiera estado embarazada.

Ambos refieren que, aunque sigue generando tristeza en Jimena, las cosas han mejorado considerablemente. Se indaga qué es lo que han hecho para lograrlo. La pareja explica que han aumentado la confianza al tener más diálogos entre ellos, han intentado tener más equilibrio entre los tiempos individuales y los de la relación. Las terapeutas plantean la pregunta escala para medir el punto en el que consideraban que se encontraban respecto a la

relación que quisieran llegar a tener, siento el 10 una pareja con el bienestar deseado; los consultantes consideran que en el momento de crisis estuvieron en un 5 y ahora se ubican en un 7.

Al final de la sesión se elogian las mejorías: se voltearon a ver durante las crisis, hay un reconocimiento de las propias conductas y lograron mostrar su vulnerabilidad ante el otro. Las terapeutas cuestionan si aún consideran necesaria la terapia dados los avances que han tenido de que se solicitó el servicio a que se dio la primera sesión, a lo que ambos responden que sí. Se les deja de tarea que reflexionen qué es lo que quisieran trabajar en el proceso terapéutico.

Sesión 2: El propósito de la sesión fue revisar la tarea, para determinar, junto con la pareja, el objetivo terapéutico.

Al inicio de la sesión la pareja comentó que realizaron una lista con los temas que consideran relevantes a trabajar; las terapeutas indagaron acerca de cada uno, mismos que se describen a continuación:

1. La tristeza que genera en Jimena la situación que vivieron meses atrás, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo. Explican que aunque es una situación del pasado, sigue pesando en la relación.
2. El hecho de que Jimena sea “sobre emocional” (según la perspectiva de Esteban), lo que la lleva a no controlar su enojo y “explotar”. Las terapeutas indagan al respecto y agregan que lo anterior genera que Esteban también se enoje e insista en hablar del conflicto, lo que lleva a que ella se aleje.

Esteban describe un conflicto que se presentó en el trabajo, en relación a sus amistades, en la que considera que Jimena actuó impulsivamente, debido a la falta de

control de su enojo. Ella expresa desacuerdo con él y, aunque reconoce que no fue lo más asertiva posible, defiende su postura. Se habla de la importancia de respetar la individualidad de cada uno en el ámbito laboral. Esteban expresa que le gustaría que ella aclare la situación con sus amigos; Jimena dice que estaría dispuesta a hacerlo.

3. Saber cómo apoyar al otro ante conflictos familiares. Explican que en ambas familias de origen la dinámica es complicada.
4. Hablar acerca de si Jimena será o no madrina de un sobrino de Esteban. Ella no quiere, pero él sí.
5. Tener o no tener hijos. Jimena expresa que ella no quiere ser mamá y que ya lo había hablado con Esteban, sin embargo, él puso el tema en la lista.

Se pide a la pareja que elija el tema que consideren más importante a trabajar; por mutuo acuerdo escogen tratar el tema del pasado, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo.

Para finalizar, se elogia a Jimena por haber expresado lo que pensaba con mayor claridad y a Esteban por escucharla, así como a ambos por validarse el uno al otro. Se encuadra lo anterior como herramientas útiles para bajar la tensión y hablar del conflicto, sin que se desborde la situación. Se les deja de tarea implementar estas herramientas para hablar del tema que eligieron trabajar.

De igual modo, se sugiere que para terminar de tratar el conflicto que relataron respecto al ámbito laboral y a las amistades de Esteban, que lleven a cabo una reunión para aclarar la situación. Ambos consideran que es una buena opción. Debido a que se percibió que él estaba siendo muy crítico y descalificativo con Jimena en esta temática, las terapeutas expresaron la importancia de que no utilice esta situación para evaluarla, si no como un paso más llegar al punto al que quieren en la relación.

Tomando en cuenta los conceptos de De Shazer (1988), se describe la *relación entre terapeutas y consultantes como “compradores”*, ya que mostraron buena disposición ante el proceso terapéutico, así como compromiso para hacer cambios respecto al problema.

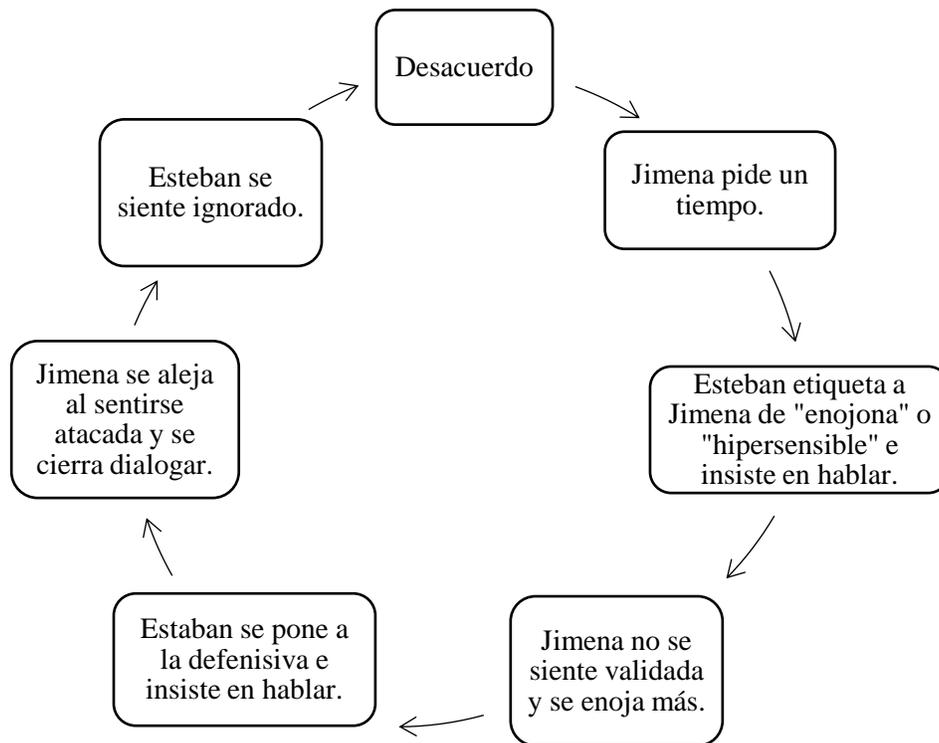
Sesión 3: El objetivo de la sesión fue conocer cómo les fue en la elaboración de la tarea, así como establecer la pauta que parece estar manteniendo las problemáticas presentadas.

La pareja cuenta que, por falta de tiempo, no tuvieron oportunidad de llevar a cabo la tarea del todo. La reunión con las amistades de Esteban por la cuestión laboral, la dejaron en pausa. En cuanto a la plática del tema del pasado, lo hablaron rápidamente en el transporte público, pero no llegaron a ninguna conclusión. Sin embargo, cuentan que tuvieron un conflicto y lo pudieron solucionar vía telefónica.

Las terapeutas proceden a indagar qué fue lo que hicieron diferente en esa conversación, que les permitió solucionar el conflicto (*excepción*). Se hace evidente que Esteban escuchó a Jimena sin contradecirla, lo que llevó a que ella se sintiera más escuchada y se expresara con mayor claridad, pudiéndose generar un diálogo entre ambos (*soluciones*).

Se establece que en las problemáticas que ellos plantean que quieren trabajar, se repite la misma pauta de interacción (*véase figura 5*), lo que lleva a que los desacuerdos generen grandes discusiones. La pareja confirma lo anterior y se llega al acuerdo de trabajar sobre esto en las siguientes sesiones, en lugar de un tema específico de la lista.

Figura 5. Pauta de interacción que mantiene la problemática.



Se hace ver a Esteban la importancia de validar el enojo de su novia, y a ella de expresarlo de un modo asertivo, para que sea tomado en cuenta. De igual modo, se cuestiona el efecto que tiene en ella y en la relación, los comentarios que usa él para describirla (“hipersensible”, “berrinchuda”, “enojona”) y se propone que se quite los “lentes de Jimena enojona y berrinchuda”, pues hace que la etiquete y lo predispone a ver eso en ella, en lugar de validar sus necesidades.

Por último, se dejan dos tareas a los consultantes. La primera una de autoobservación: Jimena tendrá que poner atención en qué tan clara es al expresarle a Esteban sus necesidades; él tendrá que evaluar qué tanto etiqueta y califica a Jimena, qué tanto usa los “lentes de Jimena enojona”. La otra tarea consiste en que cada uno debe de escoger una de las herramientas para aplicar en la semana, sin decirle al otro de su elección; durante ese tiempo,

deberá también de intentar identificar cuál es la que el otro eligió aplicar (tarea de la sorpresa).

Sesión 4: El objetivo de esta sesión fue revisar las dos tareas que se dejaron la sesión pasada, buscando resaltar excepciones y soluciones a la problemática.

Al revisar la tarea de autoobservación, se hizo evidente que no fue comprendida por Jimena. Sin embargo, al aclararla, reconoce que ha intentado ser más clara, diciendo lo que siente en el momento justo. Por su parte, Esteban expresa que se dio cuenta que le cuesta mucho trabajo quitarse los “lentes de Jimena enojona”, reconoce que tiene el prejuicio de que ella es así. A pesar de ello, relata una situación en la que logró hacerlo (*excepción*). Las terapeutas elaboran cuestionamientos guiados a que Esteban identifique qué hizo diferente para que pudiera hacerlo. Se llega a la conclusión de que en esa situación ambos implementaron herramientas que los llevaron a tratar el conflicto de un modo distinto: él desde una posición de mayor escucha y paciencia, ella siendo más clara y asertiva (*soluciones*), lo cual hace pensar que rompieron la pauta problemática.

Seguidamente, para revisar la tarea de sorpresa, se pide a cada consultante que diga qué herramienta cree que implementó el otro y en qué lo notó. Jimena describe que lo que identificó que Esteban hizo fue escucharla y comprenderla. Las terapeutas cuestionan qué efecto tuvo esto en ella, a lo que responde que ahora ya no siente que es una pérdida de tiempo expresar sus necesidades. Esteban confirma que las herramientas que implementó fueron la escucha y la paciencia. Jimena agrega que estuvo atenta a percibir los cambios de él, lo que la llevó a poder ser más empática, generando más apertura de diálogo por ambas partes.

Por otro lado, Esteban refiere que la herramienta que utilizó Jimena fue expresarse más y con mayor claridad. Ella explica que en parte fue esa herramienta, pero enfocada a la

flexibilidad, por ejemplo, poder hablar de aspectos importantes por teléfono si es necesario. Las terapeutas preguntan a Esteban qué generó esto en él, a lo que responde que sintió más apertura y menos necesidad de tener que interpretar lo que ella piensa o siente, pues fue más directa.

Posteriormente se habla de la importancia del uso de las herramientas (*soluciones*) que han implementado en la cotidianidad y se evalúa el impacto que esto ha tenido en las problemáticas que plantearon en la primera sesión. Jimena explica que ya no se siente triste por el tema del pasado, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo, pues con los cambios que han implementado, siente que Esteban toma en cuenta sus necesidades. Se habla de la importancia de que Esteban escuche a Jimena y la apoye, pero sin que intente resolverle sus problemas.

Para finalizar la sesión se reconoce a Jimena la asertividad que ha implementado para expresarse y a Esteban el reconocimiento de la dificultad de quitarse los lentes, pues es el primer paso para el cambio. Se les deja de tarea seguir usando las herramientas día a día y particularmente para hablar del tema de cómo apoyarse ante los problemas familiares de cada uno. Jimena agrega que también quiere que hablen de cómo Esteban toma las “malas noticias”.

Sesión 5: El objetivo de esta sesión fue evaluar los avances y logros del proceso terapéutico, para saber si es momento de finalizarlo, así como abordar temas pendientes para saber si siguen siendo un problema y comparar el estado actual con la anterior.

Al revisar la tarea, se hace evidente que pudieron hablar del tema de las familias y del “recibir malas noticias” con éxito (*excepciones*), al implementar las herramientas como

asertividad, flexibilidad, escucha, comenzar a quitarse los “lentes de Jimena enojona”, apoyar pero no resolver los problemas del otro y fijarse en las necesidades del otro (*soluciones*).

Jimena plantea que ahora, ante situaciones conflictivas, percibe menos enojo en ella, pero hay tristeza. Esteban muestra preocupación por ello. Se encuadra lo anterior como un efecto del nuevo modo de relacionarse, pues al haber apertura para el diálogo y posición de escucha por parte de él, ella se permite expresar sus emociones más fácilmente. Esteban expresa sentirse inútil cuando ella llora por problemas que se le presentan; se llega a la conclusión de que esto tiene que ver con que él piensa que ella no es capaz de resolver, por lo que se habla de la importancia de quitarse los “lentes de Jimena incapaz”.

Las terapeutas plantean la pregunta escala; Jimena se ubica en un 9 y Esteban en 9.5 en cuanto a la mejoría de la relación. Se compara como se describían el uno al otro en la primera sesión y cómo lo hacen ahora. Para finalizar, se elogian los avances que han logrado en el proceso terapéutico y se muestra confianza en que un pequeño cambio podía ser suficiente para desencadenar cambios más extensivos en la vida de las personas (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Se expresa cierta preocupación porque se identifican comentarios de Esteban que depositan la responsabilidad de los problemas únicamente en Jimena, aunque se reconoce como parte del proceso de cambio. Se acuerda tener una sesión más de seguimiento.

Sesión de seguimiento: Inicialmente, los consultantes refieren que los cambios se han mantenido, al seguir implementando las “herramientas”. Se dan ejemplos de situaciones que lograron resolver sin que el conflicto aumentara. Se habla de las estrategias individuales que cada uno implementa para cuidar de la relación. Ambos coinciden en que Esteban ha dejado casi por completo el uso de los “lentes de Jimena enojona”, para pasar a comprenderla más y escucharla, en lugar de juzgarla. Por su parte, Jimena ha tenido mayor apertura a expresar

sus opiniones y emociones, así como de incluir a su pareja en su vida. Refieren mayor cercanía. Para finalizar, se refuerzan los cambios, se agradece el trabajo y se sugiere seguir usando las herramientas para temas importantes en la relación de pareja.

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

Intervenciones dirigidas al cambio

A lo largo del proceso se implementaron diversas técnicas para resaltar los recursos, así como para cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática, véase tabla 5 y 6 (Cade & O’Hanlon, 1993; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Tabla 5. Técnicas implementadas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades.

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Uso de analogías	El uso de analogías implica hablar de una cosa como si fuera otra, ayudando a acrecentar las posibilidades de conexión con aspiraciones y dificultades que están fuera de la percepción consciente del consultante. A lo largo de las sesiones se utilizó el término “herramientas” como una forma de hablar de los recursos que los consultantes pueden implementar para mejorar el bienestar de la relación, mismos que se convirtieron en soluciones a la problemática. Se implementó el término “lentes de Jimena enojona” y “lentes de Jimena incapaz”, para transmitirle a Esteban los prejuicios negativos que mostraba hacia su pareja, que generaban que ella se sintiera descalificada.

Tabla 5. Técnicas implementadas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades (continuación).

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Pregunta escala	Tanto en la primera como en la última sesión, se pidió a los consultantes que ubiquen en un a escala, del 0 al 10, el punto en el que consideraban que se encontraban respecto a la relación que quisieran llegar a tener, siendo el 10 una pareja con el bienestar deseado. A través de esta pregunta se buscó lo siguiente: introducir la idea de que el cambio es un proceso, en el que hay que dar pasos pequeños; identificar objetivos alcanzables y medibles; así como resaltar el grado de avance respecto a los objetivos planteados para la terapia.
Búsqueda de excepciones	<p>A lo largo del proceso terapéutico se implementaron preguntas dirigidas a encontrar omisiones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones asociados con el problema. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -En la primera sesión se indagó acerca situaciones en las que Jimena y Esteban pudieron escucharse el uno al otro, sin que se generara un conflicto. -En la tercera sesión, a pesar de que no llevaron a cabo la tarea que se les dejó, se indagó si hubo alguna situación en la que hayan podido hablar de sus desacuerdos a través del dialogar. -En la cuarta sesión, se indaga si hubo alguna situación en la que Esteban se haya podido quitar los “lentes de Jimena enojona”. <p>El centrarlos en aquellas ocasiones en las que el problema no se presentó, llevó a los consultantes a buscar soluciones en el presente y en el pasado.</p>

Tabla 5. Técnicas implementadas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades (*continuación*).

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Amplificar las excepciones y recursos	<p>A lo largo del proceso terapéutico se enfatizaron los cambios, por pequeños que fueran. Cuando los consultantes mencionaban respuestas positivas, sobre cambios deseados, éstas se ampliaron mediante preguntas que llevaran a la pareja a seguirlas poniendo en acción. Se preguntó los efectos que tenían en cada uno de ellos y se resaltaron las diferencias.</p> <p>-En la tercera sesión la pareja habló de que pudieron solucionar un conflicto por teléfono, las terapeutas indagaron las cosas que hicieron diferentes durante esa conversación y se reconoció como un nuevo recurso para solucionar sus problemas.</p> <p>-En la cuarta sesión Esteban expresó darse cuenta que le cuesta mucho trabajo quitarse los “lentes de Jimena enojona”, las terapeutas mencionaron que el reconocerlo es el primer paso para el cambio.</p>
Elogio	<p>Dentro de las sesiones con la pareja se destacaron las conductas que ayudaban a la desaparición del problema.</p> <p>Un ejemplo de esto fue cuando él lograba quitarse “los lentes de Jimena enojona” y podía observar otra imagen de ella. En el caso de ella cuando en su discurso se mostraba más flexible y clara, al decirle a Esteban las cosas que le agradaban de implementar las herramientas. También, al finalizar las sesiones, se les elogiaba los cambios que habían realizado y las mejorías que se habían observado durante el proceso.</p>

Tabla 5. Técnicas implementadas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades (*continuación*).

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Tarea de la sorpresa para las parejas	En la tercera sesión, se solicitó a cada uno de los consultantes que elijan una de las herramientas (recursos identificados para tener mejor bienestar en la relación) para aplicar en la semana, sin decirle al otro de su elección; durante ese tiempo, deberían también de intentar identificar cuál es la herramienta que el otro decidió aplicar. Con esta tarea se buscó introducir un poco de azar en la pauta que caracteriza a la relación, de modo que ambos pudieran fijar su atención en nuevas conductas.

Así, con lo anterior se pretendió que la pareja reconozca sus propios recursos y que fomente las capacidades que los puedan llevar a cambios dirigidos a fomentar la relación que quieren tener (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 6. Técnicas implementadas con el objetivo de cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática.

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Reenmarcado	Las terapeutas proporcionaron y alentaron al desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo. En la quinta sesión Jimena planteó que ahora, ante situaciones conflictivas, percibe menos enojo en ella, pero más tristeza, lo que la pareja interpreta como algo negativo. Se reenmarca lo anterior como un efecto del nuevo modo de relacionarse, pues al haber apertura para el diálogo y posición de escucha por parte de Esteban, ella se permite más fácilmente expresar sus emociones.
Normalizar y despatologizar	Esteban percibía a Jimena “sobre emocional, berrinchuda y enojona”; ante estas etiquetas, las terapeutas mostraron la pauta de interacción de ellos, haciendo evidente que la conducta de él repercute en el comportamiento de ella y no que ella tenga inherentemente estas características.
Usar lenguaje de soluciones	A lo largo de las sesiones, las terapeutas procuraron usar un lenguaje despatologizante y que los animara al cambio. Por ejemplo, cuando Esteban refirió dificultad para quitarse los “lentes de J enojona”, las terapeutas expresaron que eso era parte de un proceso y que el reconocerlo era el primer paso para el cambio, asumiendo que lo iba a lograr.

Estas técnicas se implementaron para cambiar los marcos de referencia de los consultantes, buscando que generaran cambios en sus acciones y en el desarrollo de sus recursos no utilizados (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Preguntas circulares y reflexivas.

Como parte de las intervenciones terapéuticas se utilizaron preguntas circulares y reflexivas, que si bien no son propias del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, si no de la Entrevista Interventiva de Karl Tomm (1988), se consideraron un elemento útil para complementarlo.

- *Preguntas circulares.* Se emplean para explorar y para cuestionar la visión lineal del problema, mostrando la complementariedad de las interacciones disfuncionales. En las sesiones, estas preguntas estuvieron encaminadas a identificar cómo las acciones de uno repercuten en el otro y viceversa, llevando a los consultantes a verse como responsables mutuamente de la relación. Por ejemplo:

A Esteban:

-¿Qué efecto crees que tenga la tristeza de Jimena en la relación?

-¿Qué efecto crees que tenga en ella el que te quites los “lentes de Jimena enojona”?

-¿Qué efecto crees que tuvo en ella lo que tú hiciste diferente?

A Jimena:

-¿Qué te hizo notar que Esteban si estaba escuchando en esa situación?

-¿Qué efecto tuvo el que Esteban te haya escuchado más?

-¿Te sentiste distinta al hablar con él?

-¿Cómo crees que él es parte de la reacción de enojo?

- *Preguntas reflexivas.* Se realizan para facilitar la movilización de los recursos propios de los consultantes para resolver sus problemas. Son formuladas para accionar a los miembros del sistema a reflexionar sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales, y así considerar nuevas opciones. Por ejemplo:

A Esteban:

-Si pensáramos que el enojo de Jimena está defendiendo algo que ella valora, ¿qué crees que sería eso?

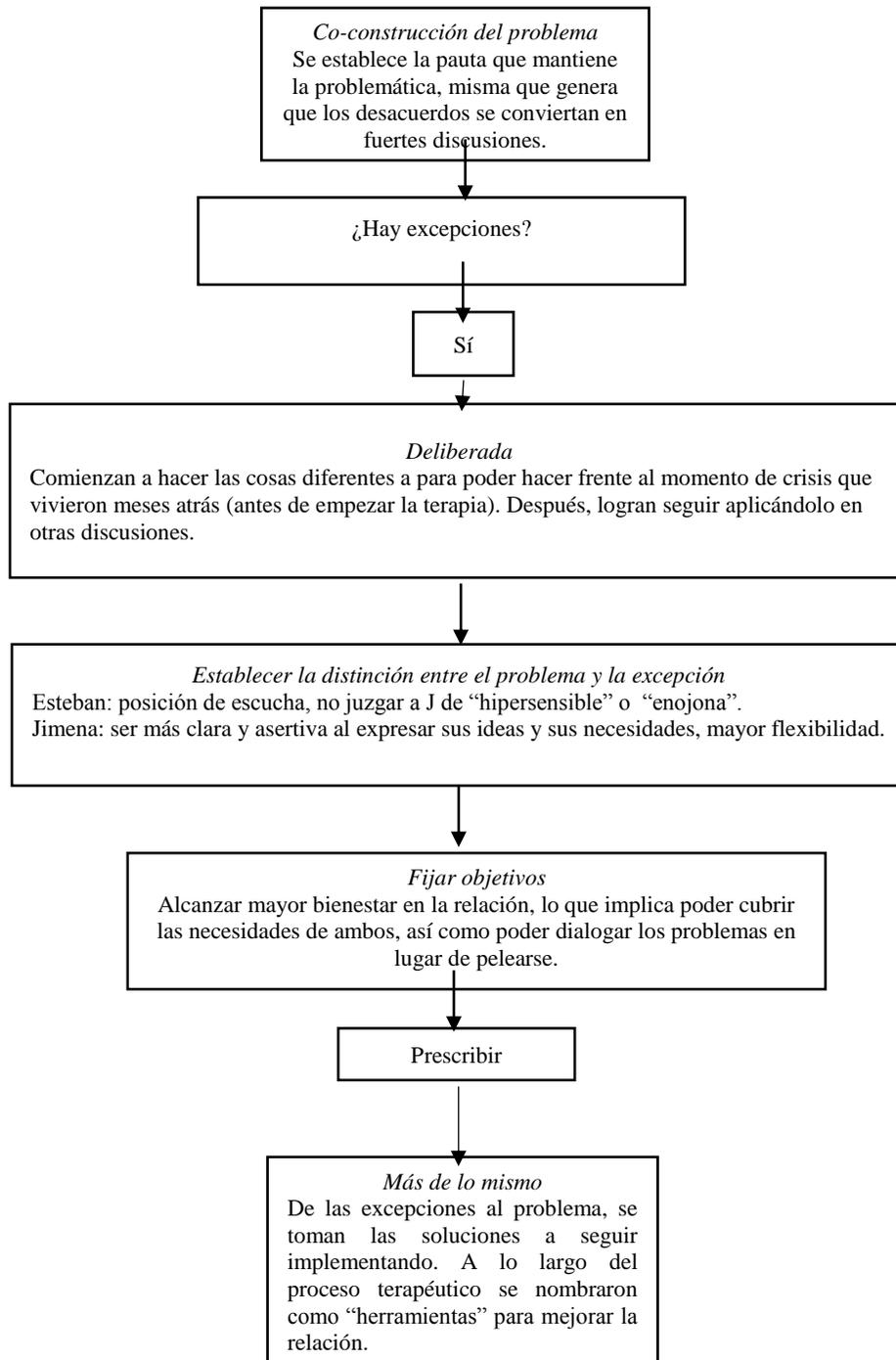
-¿Qué efecto tiene que interpretes a ella desde el ponerte los “lentes de Jimena enojona”?

-Si pudieras ver a Jimena de otra manera, ¿qué sería diferente?

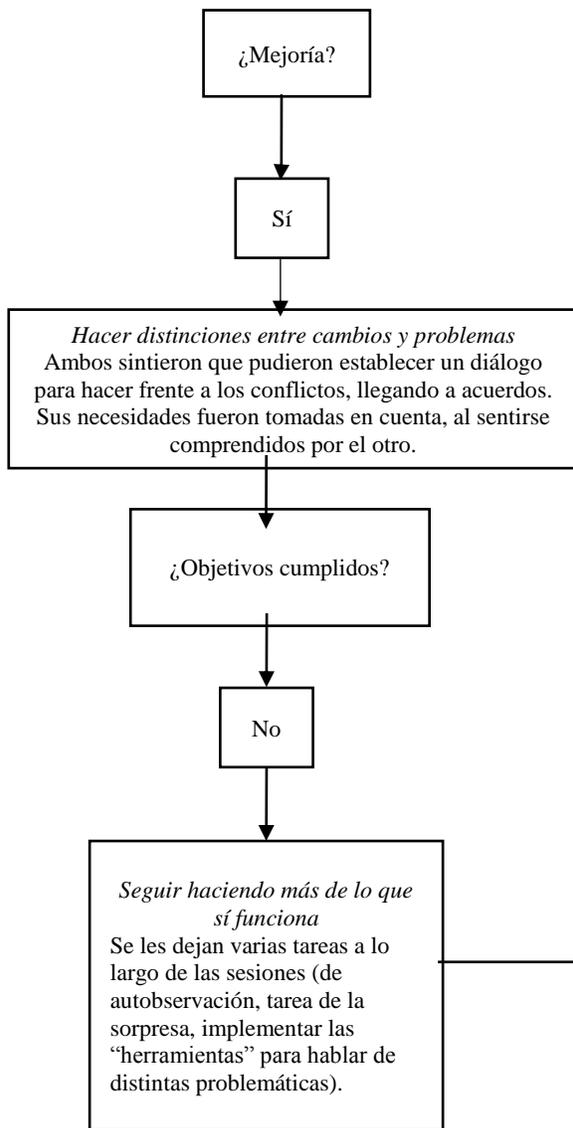
Árbol de decisiones

A continuación se presenta de manera esquemática, a través del “árbol de decisiones” propuesto por De Shazer (1988), el trabajo que se realizó con Jimena y Esteban. Es importante tomar en cuenta que para este caso se consideró como 1º sesión las dos primeras entrevistas que se tuvieron con los consultantes, pues ambas sirvieron para delimitar la meta terapéutica.

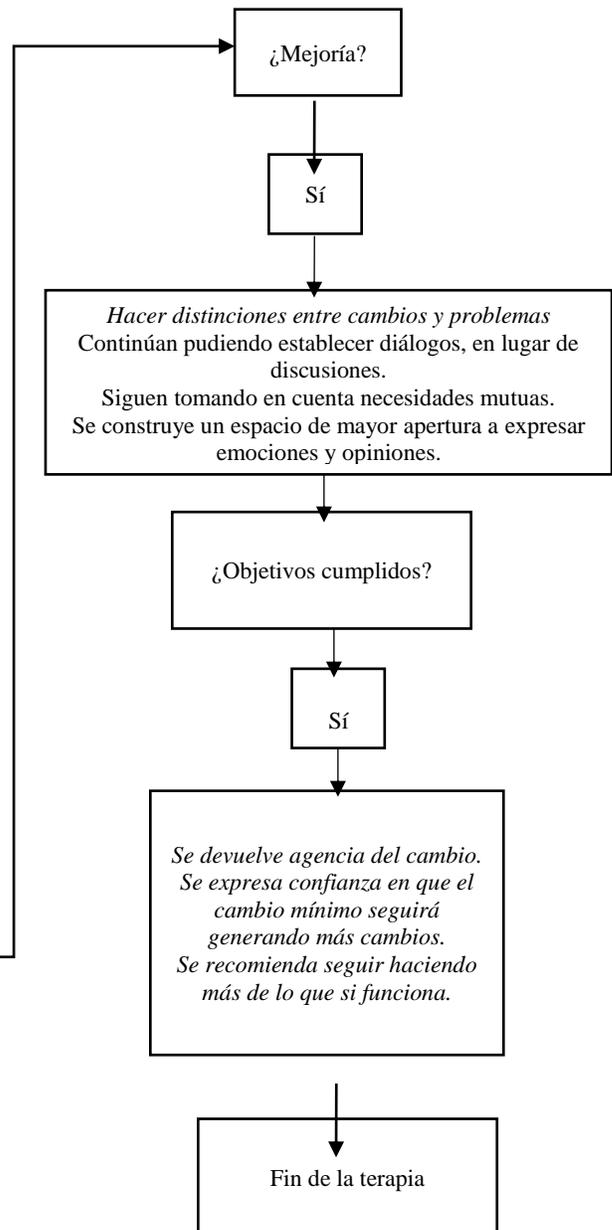
ÁRBOL DE DECISIONES PARA LA 1º SESIÓN



ÁRBOL DE DECISIONES PARA LAS
SESIONES POSTERIORES A LA 1º



ÁRBOL DE DECISIONES PARA
LA ÚLTIMA SESIÓN



3.1.3.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte del equipo terapéutico

Reflexiones

Considero que el haber sido terapeuta en este caso fue muy enriquecedor para mi formación. Creo que logré poner en práctica el Modelo de Soluciones, sin sentirme forzada a ajustarme a un modo preestablecido de intervenir, sino más bien, integrándolo a mi propio modo de hacer terapia, lo que hizo que me sintiera muy cómoda trabajando. Esto me permitió realmente percibir los recursos de los consultantes y de promover que los potencialicen para llegar a tener la relación de pareja que ellos mismos expresaron querer.

Creo que la relación de coterapia que establecimos Paola y yo fue muy buena. Al mantener una comunicación constante, antes, durante y después de cada una de las sesiones, logramos acoplarnos mutuamente y complementar nuestras intervenciones, promoviendo una participación equitativa. Considero que esto permitió que se diera un trabajo fluido, que influyó positivamente en el proceso terapéutico.

La participación del equipo terapéutico enriqueció en gran medida el trabajo que mi coterapeuta y yo pudimos hacer en este caso clínico. Sesión tras sesión, hacíamos la intersesión para ir a escuchar los comentarios del equipo y de la supervisora, e invariablemente se generaban buenas aportaciones, así como críticas constructivas para nuestra práctica clínica. Me parece que hubo siempre una relación de respeto, confianza y apertura, que permitió que se trabajara de manera armónica y propositiva.

Respecto a la relación con los consultantes, me parece que se logró construir un espacio de diálogo y confianza entre los cuatro. Si bien al inicio me fue más fácil empatizar con

Jimena que con Esteban, creo que el incorporar cierta perspectiva de género a nuestro trabajo, me ayudó a poder establecer también una buena relación con él, ya que incluimos intervenciones que dieron cuenta de la importancia de validar a ambos por igual y promover la equidad.

Al elaborar el presente reporte, pude darme cuenta de elementos del modelo que no implementamos tal cual, que pudieron haber sido de utilidad. Por ejemplo: usamos un lenguaje que promovía el cambio, pero no precisamente que asumía el cambio en el futuro, como en las preguntas presuposiciones; también pudimos haber dejado a la tarea de fórmula de la primera sesión. Tendré esto en cuenta para futuros procesos terapéuticos.

Por último, me parece importante mencionar los aspectos que, junto con el Modelo de Soluciones, favorecieron al éxito de la terapia: construir un espacio de confianza entre las terapeutas y los consultantes, escuchando las demandas de ambos; mantener una postura colaborativa con los consultantes, sin dejar de ser firmes cuando se requería cierta confrontación o cuestionamientos; hacer preguntas circulares y reflexivas, que den cuenta del efecto que la conducta de uno tiene sobre el otro y sobre la relación. Con lo anterior me parece que se logró hacer de esta terapia de pareja, una invitación a la responsabilidad por ambas partes, lo cual generó una diferencia significativa en los consultantes.

3.2. Habilidades de investigación

A continuación se presenta el reporte de dos de las investigaciones elaboradas a lo largo de la Maestría, en conjunto con dos colegas, en el marco de las asignaturas de Metodología.

3.2.1. Reporte de investigación cuantitativa

Método de evaluación de la percepción de riesgo en el adolescente

Elizabeth Aldrete Rivera¹

Cecilia Fajardo Escoffié²

Andrea Anaya Acosta³

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Una de las tareas básicas de la adolescencia es la búsqueda de la identidad lo que implica la asimilación e integración de actitudes, valores, ideas y conductas de otros para conformar una nueva estructura que lo diferencia de los demás. Así la identidad se va delimitando principalmente a través de la interacción con los diversos contextos en el cual se desarrolla el adolescente. Procesos de índole biológica, psicológica y social aún inmaduros, acrecientan la vulnerabilidad del adolescente aumentando con ello la presencia de conductas de riesgo, por lo que es importante evaluarlas a fin de desarrollar programas de prevención y promoción de conductas saludables. Así el objetivo de este estudio fue evaluar la validez de constructo de un instrumento desarrollado para medir conductas de riesgo en áreas como consumo de sustancias, conducta sexual y violencia en adolescentes. Participaron 170 adolescentes mexicanos de bachillerato de 14 a 20 años de edad (Medad= 15.88; DE=1.00) de escuelas públicas, quienes firmaron un consentimiento informado. Se elaboró una escala tipo Likert de 6 puntos (totalmente de acuerdo; muy de acuerdo; de acuerdo; en desacuerdo; muy en desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Para la valoración y selección de los ítems, se realizó un análisis del poder discriminativo a través de grupos extremos (t de Student). Se corrió un análisis factorial exploratorio con rotación varimax (KMO=.828; p=.000). El análisis arrojó 5 factores: consumo de sustancias, violencia, conducta sexual insegura, creencias de consumo de sustancias y conducta sexual insegura y creencias de consumo de sustancias y violencia, con comunalidades entre .344 y .698, que en conjunto explican el 47.33% de la varianza. Los índices alpha de consistencia interna de Cronbach oscilaron entre .734 y .956. Estos resultados sugieren que este instrumento presenta propiedades psicométricas aceptables por lo que puede ser utilizado para evaluar conductas de riesgo en adolescentes de manera válida y confiable. No obstante, es difícil generalizar los resultados a otras poblaciones por lo que se recomienda realizar análisis confirmatorios sobre la estructura factorial en otras poblaciones.

Palabras clave: Adolescentes, validez, percepción de riesgo, consumo de sustancias, violencia.

¹ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: erivera.unam@gmail.com

² Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: cez_fajardo@hotmail.com

³ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: andrea_aaa23@hotmail.com

Method of assessing risk perception in the adolescent

Andrea Anaya Acosta¹
Elizabeth Aldrete Rivera²
Cecilia Fajardo Escoffié³
Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

ABSTRACT

One of the basic tasks of adolescence is the search for identity which involves the assimilation and integration of attitudes, values, ideas and behaviors of others to form a new structure that differentiates it from others. So defining identity is primarily through interaction with the various contexts in which the adolescent develops. Immature processes biological, psychological and social problems increase the vulnerability of adolescents thereby increasing the presence of risk behaviors, so it is important to evaluate in order to develop programs of prevention and promotion of healthy behaviors. So the aim of this study was to evaluate the construct validity of an instrument developed to measure risk behaviors in areas such as substance use, sexual behavior and violence in adolescents. Participants 170 baccalaureate Mexican adolescents 14-20 years of age (Medad = 15.88, SD = 1.00) of public schools, who signed an informed consent. A Likert scale of 6 points (totally agree, strongly agree, agree, disagree, strongly disagree and totally disagree) was developed. For the assessment and selection of items, the discriminative power analysis was performed using extreme groups (Student t test). An exploratory factorial analysis with Varimax rotation ($P = .000$ KMO = .828) was run. The analysis yielded five factors: substance abuse, violence, unsafe sexual behavior, consumer beliefs substances and unsafe sexual behavior and beliefs of substance abuse and violence, with commonalities between .344 and .698, which together account for 47.33% variance. The internal consistency alpha Cronbach ranged between .734 and .956. These results suggest that this instrument has acceptable psychometric properties so it can be used to assess risk behaviors in adolescents valid and reliable manner. However, it is difficult to generalize the results to other populations so it is recommended confirmatory factorial analysis of the structure in other populations.

Keywords: Adolescents, validity, risk perception, substance abuse, violence.

Percepción de riesgo en el adolescente

La adolescencia y la juventud son periodos evolutivos donde se percibe de forma diferente el riesgo, lo cual conlleva determinados comportamientos que una persona adulta percibiría con un alto riesgo para la salud e integridad física, es decir, conductas arriesgadas con probables consecuencias negativas para la persona (García del Castillo, 2012). Los adolescentes se involucran en conductas de diferente nivel de riesgo buscando sensaciones nuevas, siendo las de alto riesgo las de mayor preocupación (Ruiz y Medina-Mora, 2014). Dentro de las conductas de riesgo a las cuales se enfrenta el adolescente se encuentran el inicio en la vida sexual sin protección, la adopción de estilos de vida poco saludables, el inicio en el consumo de

sustancias a edades mucho más tempranas y el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas (Villatoro et al., 1999).

La adolescencia es una etapa formativa que prepara a los jóvenes para la vida. En México los adolescentes conforman casi el 10% del sector demográfico del país. Actualmente esta etapa se asocia con la presencia de riesgos como el consumo de sustancias, infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, depresión, accidentes e incluso la muerte (Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, 2011). Las causas externas de mortalidad son las primeras entre adolescentes de ambos sexos, aunque existen diferencias en su frecuencia y su distribución. Al considerar la intencionalidad de las causas externas

notamos que los eventos no intencionales son los más frecuentes, seguidos por los homicidios y los suicidios. Entre las causas más frecuentes de muerte destacan los accidentes automovilísticos en adolescentes. El suicidio, como causa externa no accidental, es proporcionalmente más frecuente en mujeres y el homicidio en los hombres. Después de éstas, aparecen causas que difieren según grupo de edad y sexo. Otro fenómeno destacado es la aparición de causas ligadas al embarazo y parto en mujeres de 15 a 19 años de edad (Celis de la Rosa, 2003).

El concepto riesgo se puede entender desde dos perspectivas diferentes, el real y el subjetivo, y se puede valorar desde una postura individual o colectiva (García del Castillo, 2012). Existen riesgos que se consideran objetivos e incontrolables dado que no se puede ejercer ningún tipo de control sobre ellos, por ejemplo, una catástrofe natural o una enfermedad crónica. Existen otro tipo de riesgos que pueden ser predecibles, por ejemplo, al comparar la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y la repercusión que puede tener esto en su salud, ya que se sabe que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad orgánica al alcohol que los hombres (Izquierdo, 2002). La percepción de riesgo está ubicada en el plano subjetivo y los factores que intervienen en su configuración son la percepción individual, la historia personal y experiencias de vida, la cantidad y calidad de la información, las creencias y actitudes, los estereotipos y la motivación. La combinación de estos factores hacen que la persona asuma o no un riesgo dependiendo de la situación particular a la que se exponga, lo cual se convierte en evidencia (García del Castillo, 2012).

La percepción es un proceso abiertamente cognitivo, de carácter espontáneo e inmediato, que permite realizar estimaciones o juicios acerca de situaciones, personas u objetos, en función de la información que inicialmente selecciona y posteriormente procesa la persona (Pastor, 2000). Riesgo es la probabilidad de que un daño específico suceda en un sistema dado y en un determinado tiempo de exposición. Percepción de riesgo es la representación mental de la probabilidad de

que un daño específico y no deseado, suceda en un sistema dado y un determinado tiempo de exposición (Confederación de Empresarios de Aragón, 2010).

La percepción de riesgo se va configurando a partir de la información y las experiencias que se van acumulando en el tiempo, por lo cual va aumentando significativamente con la edad. Esto no siempre es lineal, ya que se deben considerar las características individuales de las personas. Existen individuos más arriesgados que piensan que el azar jugará a su favor, o que mantienen una falsa creencia de superioridad en determinados acontecimientos, minimizando las posibles consecuencias adversas de su conducta (García del Castillo, 2012). Así, la percepción del riesgo de un individuo puede verse afectada por el fenómeno del optimismo ilusorio. Este se refiere a estimar que es más probable que le sucedan hechos negativos a otras personas que a uno mismo, y más probable que a uno mismo le sucedan hechos positivos que a otras personas con las que se compara (Sánchez-Vallejo, Páez y Blanco, 1998), es decir, es la tendencia a considerar las propias posibilidades más altas respecto a la media, para los eventos favorables, y más bajas para los eventos negativos (Weinstein, 1980).

La Teoría de Conducta Planificada de Ajzen y Madden es uno de los modelos psicosociales más utilizados para analizar la relación entre las actitudes y las conductas de riesgo. De acuerdo con ésta, la intención de llevar a cabo un determinado comportamiento es considerada como el antecedente inmediato de la conducta. La intención está determinada a su vez por la evaluación positiva o negativa que cada sujeto hace del objeto de actitud (actitud hacia la conducta), por la presión que ejerce el grupo o los grupos significativos para el sujeto (norma subjetiva) y por las percepciones de las personas de su habilidad para comprometerse o implicarse en una conducta dada (control conductual percibido). Sin embargo, llevar a cabo una conducta depende no sólo de una intención favorable sino también de un nivel suficiente de control conductual (Durán, Alzate y Sabucedo, 2009).

En nuestro país, los estudios sobre percepción de riesgo se han realizado más en adultos, dirigidos a evaluar las preocupaciones sociales como ciudadanos y victimización. Las investigaciones realizadas, se enfocan en las situaciones de riesgo frente a desastres naturales, cuestiones epidemiológicas que analizan comportamientos problemáticos (consumo de sustancias, conductas delictivas, comportamientos violentos y ausentismo escolar) y sintomatologías corporales (problemas de sueño, depresión, anorexia y bulimia) (Alsinet, Pérez y Agulló, 2003).

Retoman en su escrito la perspectiva psicosocial, que define el riesgo como la posibilidad de daño o amenaza para las personas, y que se entiende como un constructor social. Entre los elementos que componen el riesgo se encuentran diferentes aspectos de la salud, el medio ambiente, la igualdad y la justicia. La aceptación de una situación de riesgo depende: 1) de la información a que se han expuesto las personas, 2) a qué información le han dado crédito, 3) a los valores que, de manera individual, defiende cada persona, 4) a las experiencias sociales que han vivido, 5) las dinámicas grupales o bien 6) a los diferentes procesos políticos o movimientos sociales e históricos que se están viviendo.

Existen una serie de elementos que facilitan la aparición de factores de riesgo que se presentan en determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, y que se estructuran mediante variables directas o indicadores de carácter objetivo-social y subjetivo-psicosocial.

Entre los factores de riesgo en la adolescencia podemos hacer mención entre otros a:

- Variables familiares (redes primarias de apoyo social). Los diferentes estilos educativos familiares influyen de manera directa en el proceso de socialización de los adolescentes.

- Medios de comunicación social como elemento transmisor, de relevante impacto, en el proceso educativo de los adolescentes, así como la influencia de las nuevas tecnologías información y comunicación.

- Consumo de sustancias tóxicas (legales e ilegales); existen cuatro factores que permiten explicar el inicio del consumo de drogas en la adolescencia: la facilidad de acceso al producto, las variables de predisposición e individuales; las relaciones familiares y sociales (principalmente con el grupo de iguales).

- Fracaso escolar, en ocasiones, esta situación comporta sentimientos de desadaptación y exclusión social.

Paralelamente a los factores de riesgo existen otros que facilitan o impiden la aparición de estas conductas de riesgo. Éstos son:

- Factores de compensación: son los que impiden la aparición de las conductas de riesgo, y pueden ser de carácter personal (coeficiente intelectual elevado, óptimas habilidades y competencias sociales), del entorno familiar (buena relación familiar, óptima situación económica, etc.), de ámbito comunitario (redes de apoyo social, experiencias sociales positivas, etc.) y de sistema social (aceptación social de los adolescentes como sujetos de derecho).

- Factores precipitantes: son los que facilitan o provocan la aparición de las conductas de riesgo. Al igual que en el punto anterior, pueden ser de carácter personal (interpretaciones que se hacen de los diferentes acontecimientos de la vida, estrés que provocan las situaciones vividas, etc.), de ámbito familiar (sucesos estresantes en la familia: separaciones y divorcios; trastornos patológicos de los padres o en el entorno familiar, etc.), en la comunidad (ausencia de apoyo social, cambios de domicilio, inicio de los procesos de exclusión social, medios de comunicación social, etc.) y en la sociedad (ausencia de la promoción del sentido de responsabilidad compartida en la atención a los adolescentes, aumento de las desigualdades sociales y ausencia de políticas de buenas prácticas en la atención a las personas).

Descripción de la escala percepción de riesgo en el adolescente

La Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente es una batería de cuatro

subpruebas que miden el nivel de percepción de riesgo en el adolescente, diferentes pero relacionadas entre sí. La batería, que está diseñada para usarla con adolescentes de 13 a 21 años de edad, tiene confiabilidad y validez establecidas empíricamente. La muestra consta de 170 adolescentes residentes del Distrito Federal. Psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores y otras personas interesadas en examinar el nivel de percepción de riesgo en el adolescente pueden aplicar la batería.

Las subpruebas del Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente fueron edificadas conforme al análisis estadístico arrojado posterior a la creación de la prueba. Cada una de las cuatro subpruebas del Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente mide la percepción de riesgo clasificada en cuatro aspectos: violencia, consumo de sustancias, optimismo ilusorio y conducta sexual.

Usos de la escala de percepción de riesgo en el adolescente

La Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente tiene cuatro usos principales: a) documentar la presencia o grado de dificultad de los adolescentes para percibir el riesgo, b) identificar candidatos para tratamiento, c) verificar la eficacia de estos programas de intervención y d) sirve como instrumento de investigación.

Primero, los resultados de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente son útiles para documentar la presencia o grado de deficiencias de percepción de riesgo en los adolescentes. La disponibilidad de cuatro puntajes permite hacer una comparación entre ellas, lo cual contribuye en gran medida a entender cualquier debilidad que el adolescente pueda tener.

Segundo, cuando se les detecta el problema, se puede canalizar a los adolescentes con otros profesionales o agencias para que se les haga un diagnóstico adicional, o puede incorporárseles a programas correctivos.

Tercero, los resultados de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente pueden utilizarse para mostrar los efectos de

los programas de prevención diseñados para alejar del riesgo a los adolescentes.

Cuarto, la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente tiene valor como herramienta de investigación, especialmente para investigadores que deseen usar instrumentos válidos y confiables para estudiar el proceso de percepción del riesgo. Los resultados pueden utilizarse para probar la adecuación de varias teorías sobre la percepción de riesgo y para medir la relación entre percepción de riesgo y la puesta en práctica de conductas de riesgo.

Confiabilidad y validez de los resultados de la prueba

La validez se refiere al grado en el cual una prueba mide los atributos que su autor dice que mide.

- La validez se refiere a la adecuación de la interpretación de los resultados de una prueba o instrumento de evaluación para un grupo de individuos, y no al instrumento mismo. Es más correcto decir que la validez de la interpretación se hace a partir de los resultados.
- La validez es asunto de grado; no existe sobre una base de todo o nada. Se puede considerar mejor la validez en términos de categorías que especifiquen grado, como gran validez, validez moderada y poca validez.
- La validez siempre es específica para cierto uso o interpretación particular. Ninguna prueba es válida para todos los propósitos. Entonces, cuando la validez se describe o valora, es necesario considerar la interpretación específica que se ha de emplear o hacer de los resultados. Los resultados de la evaluación nunca son simplemente válidos; tienen un grado diferente de validez para cada interpretación particular que se elabore.

Frecuentemente se consideran tres tipos de validez vinculados entre sí: de contenido, validez relacionada con el criterio y de constructo. Las secciones siguientes describen cómo se examinó la de validez en relación con

el Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente.

Validez de contenido

La validez de contenido implica el examen sistémico del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del dominio de la conducta a medir. Obviamente, esta clase de validez tiene que construirse dentro de la prueba cuando se conceptúan las subpruebas y se construyen los reactivos. Los diseñadores de pruebas generalmente dirigen la validez de contenido mostrando que las habilidades a medir que se han elegido sean consistentes con el conocimiento actual acerca de un área particular. Típicamente, los constructores de pruebas también demostrarán que los reactivos se sostienen estadísticamente.

Para las subpruebas del Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente se ofrece una demostración de validez de contenido. La validez de los reactivos se demuestra empíricamente mediante los resultados de procedimientos de análisis de los reactivos utilizados durante las etapas de desarrollo de la construcción de la prueba para elegir los reactivos.

Análisis de reactivos

En la sección previa, proporcionamos evidencia cualitativa de la validez de contenido de la EPRA. Esta sección brinda

evidencia cuantitativa de la validez de contenido de la prueba en la forma de un análisis de discriminación de reactivos. La discriminación de reactivos se refiere al grado en el cual un reactivo diferencia correctamente entre los examinados la conducta que la prueba está diseñada para medir.

Con el objetivo de conocer la calidad discriminatoria de los reactivos, se obtuvo una calificación total por participante (los reactivos en dirección contraria se invirtieron para que fueran en la dirección de percepción de riesgo) y se realizó una distribución de frecuencias con la que se determinaron los percentiles 27 y 73 y, a partir de los resultados, se formaron dos grupos extremos, el grupo 1 y el grupo 2, con los participantes que se ubicaron entre las puntuaciones 616 y 718. Finalmente se realizó un análisis final de reactivos. Se encontró que de los 143 reactivos de la prueba Percepción de Riesgo en el Adolescente, 11 reactivos mostraron que no discriminaban entre los grupos extremos. Dichos reactivos fueron eliminados de la prueba y de los análisis posteriores.

Se informa sobre los reactivos sin calidad discriminatoria de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente en la tabla 1. Todos los reactivos de la prueba satisfacen los requerimientos y proporcionan evidencia cuantitativa de la validez de contenido.

Tabla 1. Reactivos sin calidad discriminatoria de la escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente*; medias, resultado de la prueba t de Student, grados de libertad y significancia estadística.

<i>Reactivo</i>	<i>Media grupo1</i>	<i>Media grupo2</i>	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
B7. Todas las personas que consumen drogas pueden convertirse en adictos.	4.06	4.39	-1.781	175	.077
B8- Consumir drogas como cocaína es más peligroso que consumir alcohol.	2.56	2.93	-1.728	175	.086
B26- Aunque esté borracho(a) recuerdo usar condón al tener sexo.	3.08	3.35	-1.161	167	.247
B48. Los piropos son muestra de violencia.	3.07	2.83	1.441	174	.151
B66. Una mujer puede embarazarse cuando está menstruando.	3.11	3.42	-1.265	171	.207
B68. Facebook y Twitter pueden facilitar el control y maltrato en la pareja.	3.59	3.52	.287	174	.071
B77. Uso condón al tener sexo, aunque esto implique pérdida de sensibilidad.	4.07	4.49	-1.955	171	.052
B100- Puedo detenerme en medio de un relación sexual cuando me doy cuenta que no hay condón.	3.08	2.83	1.181	172	.239
B110- Puedo decidir dejar de fumar antes de que me cause algún daño.	3.07	3.40	-1.458	170	.147
B111. Mientras más joven se empiece a consumir sustancias, existe mayor probabilidad de convertirse en adicto.	4.17	4.53	-1.672	174	.096
B130- Si estoy bien informado(a) no me voy a contagiar de una infección de transmisión sexual.	3.11	3.34	-1.042	172	.299

Validez relacionada con el criterio

La validez relacionada con el criterio se usa ya sea para comparar una prueba con una medida valorada que tenga características similares (validez concurrente) o para predecir la ejecución futura de un adolescente (validez predictiva). Aunque la validez predictiva de la escala Percepción de Riesgo en el Adolescente no se ha explorado, se ha examinado la prueba con respecto a la validez concurrente. La validez concurrente se deriva de la correlación de una prueba con otras medidas establecidas de constructos similares, en este caso, la habilidad general de percepción de riesgo.

En nuestro estudio la validez concurrente de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente se investigó correlacionando las puntuaciones de sus compuestos y subpruebas con las puntuaciones totales de la Escala Actitud Adolescente hacia la Sexualidad (EAS) y la Escala Actitud hacia las Sustancias Adictivas (EASA).

Los sujetos de este estudio fueron los mismos 170 adolescentes. Se exhiben los coeficientes que representan el grado de relación entre la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente, la EAS y la EASA en la tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones interfactores entre las Escalas *Percepción de Riesgo en el Adolescente*, *EAS* y *EASA*.

Subescalas	<i>Percepción de Riesgo en el Adolescente</i>					<i>Escalas para medir la Validez Concurrente</i>		
	Violencia	Consumo Sustancias	Mitos y Realidades	Sexualidad	Total	EAS	EASA	Total Concurrente
Violencia	---	.734**	.474**	.651**	.882**	.520**	.483**	.620**
Consumo Sustancias		---	.472**	.586**	.909**	.408**	.654**	.678**
Mitos y Realidades			---	.235**	.667**	.462**	.169**	.382**
Sexualidad				---	.709**	.304**	.438**	.472**
Total Escala					---	.516**	.576**	.686**
EAS						---	.297**	.752**
EASA							---	.838**
Total Concurrente								---

**p<.001

Los coeficientes de la tabla 2 son bastante grandes para justificar la conclusión de que la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente tiene validez concurrente relacionada con el criterio. Después de analizar las correlaciones interfactores de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente, se concluye que los cuatro factores se correlacionan positivamente y de modo significativo, lo que quiere decir que las dimensiones si corresponden a un mismo constructo. Por otro lado, se muestra evidencia de correlaciones entre las dimensiones de la Escala con otras pruebas que pretenden medir los mismos aspectos, dando evidencia de que ésta tiene validez concurrente. Esto sugiere que las pruebas miden el mismo constructo – percepción de riesgo- y que las puntuaciones reales de los adolescentes en estas tres pruebas deben de estar próximas.

Para concluir, el hecho de que la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente y las medidas de criterio se correlacionen proporciona una fuerte evidencia de validez relacionada con el criterio para la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente.

Análisis factorial

La validez de constructo también se relaciona con el grado en el cual los rasgos fundamentales de una prueba se pueden identificar y la medida en que estos rasgos reflejan el modelo teórico en el que se basa la prueba. Una forma de investigar este tipo de validez es el análisis factorial de las actuaciones de los adolescentes en las subpruebas usando el método de componentes principales.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales sobre los 132 reactivos que mostraron calidad discriminatoria con rotación Varimax para la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente. El análisis factorial agrupó 68 reactivos en 4 factores que explicaron el 25.20% de la varianza. El análisis de los reactivos permitió darle nombre a cada factor. A continuación se muestran los resultados. En la tabla 3 se observa el reactivo, el factor al que pertenece y la carga factorial respectivamente.

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* y sus índices psicométricos.

<i>Reactivo</i>	<i>PR- Violencia</i>	<i>PR- Consumo sustancias</i>	<i>PR- Mitos y realidades</i>	<i>PR- Conducta Sexual</i>
B148- Dejo que mi pareja me hable con groserías porque no quiero quedarme solo(a).	.758			
B118- La mujer debe de aguantar lo que sea con tal de mantener su relación de pareja.	.720			
B149- Si mi pareja me es infiel me quedo con ella para no sentirme solo (a).	.692			
B142- Permito que mis padres me lastimen para conservar su cariño.	.653			
B119- Dejo que mi pareja escoja la ropa que voy a usar para evitar peleas.	.643			
B99- Prefiero soportar gritos de mi pareja a perderla.	.643			
B187- La violencia solo ocurre en países pobres.	.638			
B126- Aunque no esté de acuerdo, hago lo que mis amigos digan para no perder su amistad.	.635			
B19- Mi pareja tiene derecho a gritarme si no hago lo que quiere.	.612			
B30- Si mi pareja se arrepiente después de maltratarme es porque va a cambiar.	.580			
B157- Que un hombre le pegue a su mujer es signo de fortaleza.	.560			
B108- Acepto que mis padres me humillen para mantener su apoyo económico	.560			
B57- Mis padres me pegan porque quieren lo mejor para mí.	.545			
B78- Si mi pareja me pega una vez es seguro que no volverá a repetirse.	.531			
B98- Que mi pareja me haya pegado una vez no significa que lo vaya a volver a hacer.	.461			
B41- Si mi maestro me ridiculiza en clase lo hace para que sea un mejor alumno.	.449			
B16- La mujer debe de hacer lo que su pareja le diga.	.449			
B183- Expresar mi enojo a través de la violencia no me meterá en problemas.	.399			
B113- Critico a mi pareja porque quiero que sea una mejor persona.	.380			
B115- Burlarme de mis compañeros no me meterá en problemas.	.374			
B54- Aunque no tenga ganas de tener relaciones sexuales, acepto para que mi pareja no se enoje.	.329			
B181- Consumir drogas significa que soy una persona de mente abierta.		.442		
B109- Solo los hombres pueden ser alcohólicos.		.306		
B188- Mi cuerpo puede controlar el efecto de las drogas.		.326		
B45- Me divierto más cuando tomo alcohol.		.744		
B32- Tomo alcohol aunque después me dé cruda.		.722		
B60- Me gusta beber porque me ayuda a expresar mis sentimientos.		.681		
B192- En las fiestas bebo alcohol para formar parte del grupo.		.641		
B84- En todas las fiestas debe de haber alcohol.		.631		
B70- He llegado borracho a la escuela aunque pueda haber castigos.		.630		

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* y sus índices psicométricos (continuación).

<i>Reactivo</i>	<i>PR- Conducta Sexual</i>	<i>PR- Mitos y realidades</i>	<i>PR-Consumo sustancias</i>	<i>PR- Violencia</i>
B104- Cuando quiero ganar un poco de valor y confianza en mí mismo(a), me bebo unas copas.			.624	
B177- Consumo alcohol aunque me provoque problemas con mi familia.			.609	
B136- Me gusta beber alcohol porque me ayuda a ligar con los(as) chicos(as).			.605	
B29- Beber alcohol mejora mi capacidad para relacionarme con otros.			.600	
B71- Bajo los efectos de las drogas me divierto mí.			.600	
B42- Los que no beben son aburridos.			.599	
B191- Bebo alcohol para sentirme más seguro al relacionarme con los demás.			.586	
B79- Consumo drogas porque aumenta mi creatividad.			.572	
B52- Si no bebo me siento excluido(a) y rechazado(a).			.571	
B69- Compró drogas ilegales aunque me pueda meter en problemas.			.570	
B173- El alcohol mejora el rendimiento sexual.			.566	
B53- Bebo alcohol para aumentar mi rendimiento sexual.			.546	
B117- Fumo marihuana porque me relaja.			.496	
B62- Fumar tabaco relaja y ayuda a manejar el estrés.			.411	
B56- Cuando bebo no se afecta la manera en que tomo decisiones.			.381	
B44- Las drogas no me ponen en peligro.			.375	
B124- Es normal que los jóvenes beban.			.371	
B178- En los jóvenes, tomar alcohol sólo es malo cuando es en exceso.			.339	
B61- Aunque otros puedan contraer una infección de transmisión sexual, a mí no me va a pasar.	.415			
B46- Si me informo sobre drogas puedo controlar su efecto.	.688			
B15- Sólo las mujeres que tienen relaciones sexuales con muchos hombres se embarazan sin planearlo.	.600			
B73- Una persona inteligente como yo no va a tener un embarazo no deseado.	.587			
B179- No me convertiré en adicto(a) porque soy inteligente.	.523			
B131- Si conozco a la persona con la que voy a tener relaciones sexuales, estoy libre de contraer una infección de transmisión sexual.	.474			
B107- La violencia física es más grave que la psicológica.	.443			
B33- Las infecciones de transmisión sexual las contraen las personas con poca higiene.	.416			
B121- Los síntomas de las infecciones de transmisión sexual aparecen al día siguiente de tener el contacto sexual con la persona infectada.	.395			
B17- Mi pareja no me va a contagiar de una infección de transmisión sexual.	.394			
B75- Permito que mi pareja revise mi celular porque así aumenta su confianza en mí.	.385			
B14- Si me aseo los genitales antes y después de tener relaciones sexuales me protejo de contagiarme de una infección de transmisión sexual.	.357			

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* y sus índices psicométricos (continuación).

<i>Reactivo</i>	<i>PR- Conducta Sexual</i>	<i>PR- Mitos y realidades</i>	<i>PR- Consumo sustancias</i>	<i>PR- Violencia</i>
B137- Prefiero tener sexo sin usar condón porque deja de ser espontáneo.	.374			
B86- Tengo sexo sin protección para que no se enoje mi pareja.	.433			
B47- Si no tengo dinero para comprar condones, elijo tener relaciones sexuales aunque implique un riesgo.	.400			
B91- No tengo que usar condón con mi pareja porque me es fiel.	.706			
B150- Si tengo una pareja estable no puede contagiarme de una infección de transmisión sexual.	.626			
B151- Prefiero tener sexo sin usar un condón porque me da más placer.	.571			
B65- Tengo relaciones sexuales sin condón con mi pareja porque nos mantiene unidos.	.550			
B159- Si mi pareja confía en mí no me pedirá que utilicemos condón al tener sexo.	.528			
B129. No tendría sexo sin usar un método anticonceptivo porque puedo embarazarme (o embarazarse a mi pareja).	.436			

Los resultados del análisis factorial apoyan fuertemente el argumento básico de que las subpruebas de la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente miden la percepción de riesgo.

Los hallazgos de nuestro análisis factorial han sumado credibilidad en tanto que son acorde con estudios que investigaron la estructura factorial de otras pruebas de percepción de riesgo.

Validez de reactivos

Finalmente, otro aspecto importante de la validez de constructo trata de la correlación entre la prueba y reactivo. Se puede ganar información acerca de la validez de constructo de una prueba examinando la correlación entre los reactivos individuales y los resultados totales de la prueba. Analizamos esta relación (llamada discriminación de reactivos) anteriormente en este capítulo en la sección de validez de contenido. Se informó sobre los poderes discriminantes de la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente en la tabla 1.

Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo el diseño, construcción y validación de un sistema de evaluación para medir la percepción de riesgo en los adolescentes. Para lograr lo anterior, se diseñaron los reactivos de la escala basados en una revisión bibliográfica acerca de la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen y Madden (Duran, Alzate y Sabucedo, 2009), la cual es un modelo psicosocial utilizado para analizar la relación entre las actitudes y las conductas de riesgo. También se tomaron en cuenta las situaciones en las que, según la teoría, los adolescentes presentan una mayor cantidad de riesgos: consumo de sustancias, relaciones interpersonales de violencia y el ejercicio de la sexualidad.

Se obtuvo una medida válida y confiable que mostró, por un lado, una concordancia conceptual alta con las nociones expresadas previamente sobre lo que es la percepción de riesgo en el adolescente, pero por otro lado, se obtuvieron resultados inesperados en incluso contrarios a lo que menciona la teoría. Se obtuvieron coeficientes de consistencia

interna muy satisfactorios, lo cual indica un alto grado de fiabilidad en la escala.

La prueba está formada por 68 reactivos que se agrupan en cuatro factores: Percepción de Riesgo- Violencia (21 reactivos), Percepción de Riesgo- Consumo de Sustancias (27 reactivos), Percepción de Riesgo- Optimismo Ilusorio (12 reactivos) y Percepción de Riesgo- Conducta Sexual (9 reactivos)

Los reactivos pertenecientes a la dimensión Percepción de Riesgo- Violencia evalúan la capacidad de los adolescentes para percibir situaciones que involucran violencia de género, violencia en la pareja, violencia intrafamiliar y violencia escolar.

Los reactivos pertenecientes a la dimensión Percepción de Riesgo- Consumo de Sustancias, evalúan la capacidad de los adolescentes para percibir situaciones que involucran el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como sus posibles consecuencias.

La dimensión Percepción de Riesgo- Optimismo Ilusorio está conformada por reactivos que evalúan la capacidad del sujeto para percibir la probabilidad de que le ocurran consecuencias negativas si se involucra en determinadas situaciones de riesgo (consumo de sustancias, conducta sexual insegura y relaciones de violencia).

Y por último, los reactivos pertenecientes a la dimensión Percepción de Riesgo- Conducta Sexual evalúan la capacidad de los adolescentes para percibir el riesgo en conductas sexuales inseguras, así como sus posibles consecuencias (infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados).

Como se hace evidente, las dimensiones obtenidas en este instrumento reflejan en forma fiel la percepción de riesgo con relación a la violencia, el consumo de sustancias y la conducta sexual insegura, las cuales son situaciones que pueden llegar a alterar, dañar o incluso truncar el desarrollo físico, emocional, social y sexual del adolescente. Dado lo anterior, se considera que la escala Percepción de Riesgo en el Adolescente constituye una contribución importante para identificar y prevenir daños psicosociales en la adolescencia, además de que tiene la

capacidad de identificar algunos factores de riesgo en las relaciones interpersonales donde exista violencia, el ejercicio inseguro de la sexualidad y el consumo de sustancias a edades tempranas.

De esta forma, representa una herramienta de aplicación práctica en la clínica al dar pauta hacia la generación de investigación básica y aplicada en el área de la adolescencia.

Referencias

- Ajzen I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Alsinet, C., Pérez, R. M. y M. J. Agulló. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. *Revista de Estudios sobre Juventud*, 18, 90-101.
- Celis de la Rosa, A. (2003). La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, 45, suplemento 1, 153-166.
- CIJ. (2009). *Mujer y drogas*. México: Centro de Investigación Juvenil.
- Confederación de Empresarios de Aragón. (2010). Guía de Actuación de Percepción de Riesgos. Recuperado el 17 de septiembre de: [http://www.crea.es/prevencion.nsf/115d8657e25cba3ec1257999002aca0d/\\$FILE/Gu%C3%ADA%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf](http://www.crea.es/prevencion.nsf/115d8657e25cba3ec1257999002aca0d/$FILE/Gu%C3%ADA%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf)
- Consejo Nacional de la Población (CONAPO). (2014). *Consulta Interactiva de Jóvenes*. Recuperado el 1º de Octubre de 2014 de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Mexico_en_cifras
- De la Villa, M. (2009). *Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas*. México: FISAC.

- Díaz-Aguado, M. J. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género. *Papeles del psicólogo*, 84, 35-44.
- Díaz-Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17, 549-558.
- Durán, M; Alzate, M y Sabucedo, J. (2009). La Influencia de la Norma Personal y la Teoría de la Conducta Planificada en la Separación de Residuos. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*. 2009, 10(1y2), 27-39.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008. (2010). México: *Encuesta Nacional de Adicciones*. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes A. y R. F. Pulido. (2006). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 339358.
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12, 133151.
- Herrero, M.N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Estudios de juventud*, 62.
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14, 175-193.
- Martínez-Ferrer, B., Murgui-Pérez, S., MusituOchoa, G., y M. C. Monreal-Gimeno. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 679-692.
- Mora Ríos, J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43, 89-96.
- Mora Ríos, J., Natera, G. y Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28, 82-90.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de psicología social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Red por los Derechos de la Infancia en México. (2010). *La Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en México Miradas regionales: Ensayo temático de la Infancia Cuenta en México 2010*. Recuperado el 1º de octubre de 2014 de: <http://www.derechosinfancia.org.mx/ensayoicm2010.pdf>
- Rey, C.A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26, 227-241.
- Rodríguez, A y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública* 2006, 32(1).
- Ruiz G.M. y Medina-Mora M.E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D. y A. Blanco. (1998). Optimismo Ilusorio y Percepción de Riesgo. *Boletín de Psicología* 58, 7-17.
- Santrock, J. W. (2004). *Psicología del Desarrollo en la Adolescencia*. Madrid: McGrawHill.
- Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, Naciones Unidas. *Vivir con el Riesgo Informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres* (2004). Recuperado el 17 de septiembre de:

- <http://www.eird.org/vivir-con-elriesgo/capitulos/ch2-section3.pdf>
Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana. (2011). *Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes*. Recuperado el 1º de octubre de 2014 de: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/09/Embarazo-en-Adolescentes-del-Surestede-Mexico-2.pdf>
- Villaseñor-Farías, M. y J. D. Castañeda-Torres. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, suplemento 1, s45-s57.
- Villatoro J., Gutiérrez M., Quiroz N., Moreno M. et al. (2009). Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y Evolución del Consumo. *Salud Mental*, 32, 287-297.
- Villatoro J., Medina-Mora M.E., Cardiel H., Fleiz C. et al. (1999). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Global del Distrito Federal. México: SEP.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life event. *Journal of Personality and Social Psychology* 39, 806-820

3.2.2. Reporte de investigación cualitativa

La coterapia como método de enseñanza en la formación de terapeutas familiares

Elizabeth Aldrete Rivera
Cecilia Fajardo Escoffié
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue conocer la experiencia de los estudiantes y los supervisores de la Maestría en Terapia Familiar de la UNAM, en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de coterapia; explorar las ventajas y desventajas de la misma, así como entender las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza en dicho programa de formación. La investigación es de corte cualitativo y el instrumento para la recolección de datos fue una entrevista semiestructurada; los participantes fueron tres egresados del programa y tres supervisores del mismo. A través del análisis de las entrevistas, se construyeron las siguientes categorías: concepción de la coterapia; ventajas; desventajas; la relación entre coterapeutas y el papel del supervisor en la coterapia. Las conclusiones de esta investigación complementan lo encontrado previamente en la teoría, resaltando la concepción de la coterapia como una etapa de un proceso de entrenamiento, así como la importancia de la flexibilidad en la relación de los coterapeutas.

Palabras clave: Coterapia, supervisión, formación del terapeuta, sistémico.

Introducción

La formación del terapeuta sistémico consiste en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo del estilo personal a través de la observación de sí mismo. En muchas ocasiones, la coterapia se utiliza como una herramienta en el proceso autoformativo del terapeuta.

Específicamente, en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la coterapia es el método que se implementa con más frecuencia en la práctica clínica supervisada. Lo anterior ha llevado a las investigadoras a cuestionar la pertinencia de dicho método como proceso de enseñanza. Se ha observado que en algunas personas, así como en ciertos momentos de la formación, la coterapia podría ser benéfica para el terapeuta en formación; sin embargo, en otras circunstancias podría ocurrir lo contrario.

Justificación

Ésta investigación pretende profundizar en la experiencia de los estudiantes y los supervisores en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de coterapia. También explorar las ventajas y desventajas para el terapeuta en formación y el supervisor sistémico, así como entender las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza. Se considera importante investigar los aspectos relacionados con la coterapia dentro de la formación del terapeuta sistémico porque tiene un impacto directo en su sistema de creencias, emocional y cognitivo, influyendo en su desempeño académico y profesional, así como en la configuración de su experiencia.

Hemos elegido este tema debido a que se observa la utilización constante de éste método en los espacios de supervisión sin la preparación teórico-práctico para su realización. Los estudiantes se enfrentan por primera vez al trabajo terapéutico con consultantes desde el abordaje sistémico y al trabajo en equipo con uno o más compañeros. Esto ha traído consigo la posibilidad de reflexionar sobre las ventajas y desventajas institucionales, educativas, individuales que el trabajo en coterapia representa.

Preguntas de investigación

- ¿Qué ventajas y desventajas tiene la coterapia en la formación de terapeutas familiares sistémicos?
- ¿Cuáles son las vivencias de los estudiantes y de los supervisores?
- ¿Cuáles son las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza?

Marco Teórico

La formación del terapeuta

La formación del terapeuta es indispensable a la hora del desarrollo de los diversos modelos psicoterapéuticos; se espera que dicha formación guarde coherencia con sus propios conceptos de ser humano, con la definición de problema y cambio, los cuales conforman el abordaje clínico (Cruz, 2009).

Existe una semejanza entre el modelo terapéutico que se aprende y el modelo de formación, en el que el terapeuta aprendiz configura su experiencia integrando su sistema

emocional y cognitivo; todo lo anterior a través del complementar sus conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo (Cruz, 2009).

El terapeuta en formación no sólo abordará la búsqueda de desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también deberá revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán involucradas en el trabajo clínico (Cruz, 2009).

En la perspectiva sistémica, la formación del terapeuta responderá a características que se relacionan con los postulados del propio modelo. Así, se propone que en la formación teórico-práctica de los terapeutas sistémicos, se alcance lo siguiente (Cruz, 2009):

- Mejorar y ampliar el conocimiento del terapeuta en formación en áreas específicas de su trabajo. Obtener conocimientos técnicos respecto al trabajo en diversos contextos.
- Reducir sus distorsiones cognitivas, y al mismo tiempo, ampliar sus marcos de referencia.
- Asumir la necesaria reflexión acerca de las creencias y significados respecto a sí mismo, el cambio, y la psicoterapia; teniendo oportunidades para cuestionar sus conocimientos y hacer surgir nuevos repertorios.
- Mejorar sus habilidades como terapeuta, implementar el uso de recursos como el humor, la improvisación, el trabajo con el cuerpo y la voz, entre otros aspectos.
- Ayudar al terapeuta en el manejo de casos, entregándole meta-observaciones, que le permiten una reformulación y por tanto el surgimiento de nuevas formas de concebir su trabajo terapéutico, y sus acciones como terapeuta.

La definición que el terapeuta en formación hace de sí mismo, podría facilitar o entorpecer el surgimiento de una identidad que le permite verse a sí mismo como competente.

Es por eso que parte importante de la formación deberá ser una instancia donde el terapeuta en formación se ponga en escena, explorando, definiendo y redefiniendo sus conductas y creencias, respecto a su desempeño terapéutico (Cruz, 2009).

La búsqueda institucional de asegurar la calidad de la formación y de asumir la responsabilidad ético social de la actividad terapéutica, señala que la formación como terapeuta deberá tomar, de modo integral, a lo menos tres niveles de formación (Cruz, 2009):

1. Una formación teórica, que asegure una coherencia en el actuar terapéutico, así como también una forma de asegurar un lenguaje común que permita representar la experiencia y transmitirla.
2. Una formación práctica, donde poder aprender desde el hacer, e integrar sus experiencias y reflexiones en una instancia de supervisión clínica.
3. Una formación de la persona del terapeuta, donde asumir aquellos aspectos diferenciadores, personales y únicos del hacer del terapeuta en formación.

La Coterapia

La coterapia es una práctica en la que dos terapeutas atienden a un consultante, pareja, familia o grupo, al mismo tiempo y en el mismo espacio. Una de las principales razones por las que se selecciona la coterapia es porque aumenta la oportunidad de aprender del coterapeuta, a partir de la discusión y colaboración mutua; para ello, es importante que exista una similitud en los marcos teóricos, ya que éstos serán las bases sobre la cual se construya el equipo de trabajo (Moncayo, 2014).

La coterapia puede estar conformada ya sea desde un modelo más igualitario de distribución de poderes o desde la subordinación, misma que puede estar fundamentada en factores económicos, de clase social, antigüedad, edad, sexo poder intelectual, entre otros.

Lo importante es que una vez que se establece una dinámica de distribución de poderes, la relación entre los coterapeutas se convierte en un modelo de funcionamiento y sobre todo, de negociación de las diferencias o a veces de negación de las mismas (Garrido, 1996).

Ventajas de la coterapia

La utilización de la coterapia puede aportar distintos beneficios, tanto para el proceso terapéutico como para los estudiantes en formación; a continuación se describen algunos de ellos (Díaz, 2000; Garrido, 1996; Moncayo, 2014):

- La relatividad, es decir, el poder mirar desde diferentes perspectivas los mismos fenómenos, lo que permite una construcción más amplia compartida de la realidad, aumentando así el potencial de hipótesis y la creatividad.
- Apoyo mutuo de los terapeutas, con la puesta entre paréntesis de las propias emociones y con la posibilidad de una implicación mayor de algún miembro, mientras el otro permanece un poco al margen.
- La coterapia, tanto de dos terapeutas del mismo sexo, como de ambos sexos, puede ser un recurso eficaz para tratar las diferencias de género de una forma enriquecedora para el sistema terapéutico.
- La pareja de coterapeutas puede generar un diálogo entre ellos comentando lo que está sucediendo en la sesión, ya sea explicitando sus puntos de vista, planteándose mutuamente preguntas o expresando desacuerdos.
- Los terapeutas pueden intercambiar hipótesis sobre lo que está sucediendo, lo cual puede estimular la reflexión en los consultantes.

- Mientras uno de los terapeutas interactúa con un miembro de la pareja o familia en un aspecto particular, el otro recoge los feed-back del otro miembro.
- Los puntos ciegos del terapeuta de cada terapeuta pueden equilibrarse.
- Permite reflexionar más fácilmente sobre cómo los prejuicios de cada terapeuta entraron en juego durante el proceso.
- La corresponsabilidad en el caso; cuando uno de los terapeutas ha de ausentarse, se cuenta con el apoyo y atención del otro.
- En la práctica privada, mitiga la soledad profesional.
- Aumenta el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas.
- Favorece el análisis del proceso terapéutico y la evaluación de las habilidades de los terapeutas.
- Flexibilidad de roles, por ejemplo, mientras que un terapeuta puede ser más activo, el otro puede permanecer de observador, y luego cambiar posiciones.
- Puede representar una productiva herramienta para el entrenamiento de terapeutas en formación, quienes pueden aprender y desarrollar nuevas habilidades al participar de las sesiones con colegas con más años de experiencia.

Desventajas de la coterapia

Por otro lado, se encuentran ciertas desventajas en el uso de la coterapia, mismas que serán descritas a continuación (Garrido, 1996; Moncayo, 2014):

- La lucha por el liderazgo en la sesión.
- La evitación de los problemas de competición que llevaría a la fusión.
- Confusiones y falta de comunicación.

- Falta de congruencia entre los coterapeutas; esto se suele dar cuando existen diferentes concepciones y metas respecto al caso clínico.
- La observación de las relaciones entre los coterapeutas puede distraer la atención de los consultantes sobre las problemáticas que los aquejan.
- Los desacuerdos entre los terapeutas pueden influir negativamente en el proceso terapéutico.
- Es más cara para los clientes y se pueden dar más problemas para fijar los horarios.

Requisitos de una buena coterapia

Para poder formar una buena relación, es indispensable que los terapeutas puedan comunicarse abiertamente, participar equitativamente, cooperar y confiar uno con el otro, respetarse mutuamente, estar dispuestos a compartir habilidades y reconocer mutuamente sus logros (Moncayo, 2014).

Entre los factores que facilitan la compatibilidad de los coterapeutas se encuentran su orientación teórica, su estilo personal, sus habilidades, la cantidad y calidad de participación y la madurez para analizar sus problemas. Mientras que la existencia de rivalidad, confusión, falta de comunicación y congruencia suelen ser factores que dificultan la compatibilidad de los coterapeutas (Moncayo, 2014).

Factores como la edad, sexo, status social y/o profesional no son per se negativos, pueden incluso representar una gran ventaja en tanto puedan ser integrados y aprovechados para ampliar el diálogo terapéutico.

El decidir trabajar en coterapia implica beneficios y también retos, pues se deberán asumir los efectos de entablar varias relaciones a la vez, es decir, la relación terapéutica con los

consultantes, la profesional con su colega, y la terapéutica-profesional con ambos (Moncayo, 2014).

La supervisión

La supervisión es considerada un espacio clínico formativo así como un proceso generativo que transforma a las personas para desarrollar sus competencias. El enseñar un enfoque específico de terapia consiste en una práctica reflexiva del propio quehacer terapéutico. Es isomófica a la terapia ya que genera un tipo particular de dinámica relacional, resultado del entrelazamiento entre la construcción individual y la construcción del equipo (Hernández, 2007).

Además de ser una práctica reflexiva del quehacer terapéutico propio, la supervisión en vivo es una forma particular de hacer terapia, donde los estudiantes y el supervisor integran el equipo terapéutico. En éste contexto interactúan diversos actores que desempeñan roles sociales distintos, adscritos a intereses y expectativas específicas acerca de lo que ocurre en la terapia, constituyendo así un sistema complejo (Fruggeri, 2001).

La observación de los procesos que emergen en la dinámica relacional propia del sistema de supervisión puede ser puntuada desde la construcción individual enfocada en el terapeuta, o desde la co-construcción, basada en los consultantes y el terapeuta y el terapeuta y el equipo de supervisión (Fruggeri, 2001).

La supervisión tiene por objetivo activar los recursos interaccionales del terapeuta, ampliando y complejizando sus posibilidades de relación para que sea instrumento de cambio versátil y efectivo. El trabajo a través de conversaciones reflexivas, son acompañadas de un supervisor que funge como soporte emocional, consultor, colega, docente y promotor. La supervisión es entonces un modo deliberado de generar cambio a través de conversaciones,

que surgen del deseo de los psicólogos de disponerse para practicar una forma particular de psicoterapia (Hernández, 2007).

La supervisión pretende aumentar la complejidad de las intervenciones del terapeuta en el espacio psicoterapéutico, esto la convierte en un proceso íntimo, que busca generar un espacio de protección y respeto (Fruggeri, 2001).

Además del rol propiamente dicho de supervisión, se puede hablar de cinco roles complementarios y simultáneos: el rol de soporte emocional al terapeuta, que ayuda a explorar vivencias personales sin llegar a convertirse en un proceso terapéutico; el rol de consultor de caso, ofreciendo alternativas sobre las mejores opciones para la evolución de la terapia, enfocándose más en los consultantes que en el terapeuta; el rol de docente, que enseña cómo hacer una intervención a través del modelamiento o el acompañamiento en el ejercicio de la terapia en vivo; como colega, compartiendo responsabilidades clínicas con el terapeuta; como promotor de los supervisados y de la innovación de la práctica, estimula a tomar iniciativas y a transferir sus aprendizajes a sus demás campos de trabajo, hacer de la transparencia un valor fundamental de la relación en la terapia y en la supervisión (Ungar, 2006).

Entre los aspectos imprescindibles para supervisar se encuentran: los relacionados con el proceso terapéutico como tal; los concernientes a la relación entre el terapeuta y el consultante y entre el supervisor y el terapeuta; respecto al terapeuta, sus habilidades y su autocuidado; y lo relacionado con las técnicas de intervención y la ética (Loubat, 2005).

Se distinguen así cuatro dimensiones consideradas como condiciones para la supervisión constructiva de la identidad del terapeuta: apertura en el ambiente de la supervisión, respeto, apoyo y estímulo, oportunidades para el desarrollo personal y orientación conceptual y técnica (Ungar, 2006).

Podemos hablar de un modelo genérico de supervisión que atiende a niveles progresivos que muestran las fases en el desarrollo del supervisado. Éste inicia con la dependencia hacia el supervisor, moviéndose hacia la autonomía, para llegar a la dependencia condicional (Fernández, 2008).

Un buen sistema de supervisión será aquel que facilite la circulación activa de las tareas del supervisado, que incrementara su competencia en la práctica. La calidad de la supervisión se puede determinar estudiando el modo en que las distintas acciones del supervisor favorecen dicha circulación (Milne y James, 2002).

El contexto social de los consultantes y las consecuencias ético-sociales de la intervención evidencian la importancia de priorizar las necesidades de los consultantes frente a las necesidades de aprendizaje. Es así que cuando el caso resulta de difícil manejo para el terapeuta en formación, el supervisor participa y adopta varios roles en el sistema de aprendizaje y cambio. El supervisor será exitoso si logra modelar la buena práctica de la terapia, asumiendo los diversos roles necesarios en la supervisión; lo anterior requiere de una identidad versátil y de flexibilidad (Fruggeri, 2001).

Diseño de Investigación

La presente investigación es de corte cualitativo de casos en profundidad; el método utilizado para la obtención de los datos fue la *entrevista a profundidad*, mediante la cual se obtuvo información sobre la experiencia de los participantes para la modalidad de coterapia, con el objetivo de rastrear los significados, creencias y prácticas que conforman la experiencia del trabajo terapéutico en ésta modalidad.

Participantes

Consiste en una muestra no probabilística por conveniencia, es decir, el muestreo se llevó a cabo de manera intencional. La muestra la conformaron tres egresados de la Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la UNAM, un hombre y dos mujeres que se desempeñan en el ámbito privado actualmente. También participaron tres supervisores de la Maestría; un hombre, con formación en Terapia Familiar y Terapia de Grupos desde las corrientes sistémicas y psicoanalíticas; dos mujeres, Terapeutas Familiares Sistémicas, con orientaciones teóricas narrativas y en equipos de reflexión.

Procedimiento

Los y las participantes fueron seleccionados con base a los conocimientos previos que las investigadoras tenían de ellos y ellas. Esto quiere decir que los egresados fueron elegidos por la disponibilidad de tiempo y la cercanía para trasladarse. Las y los supervisores fueron seleccionados de la siguiente manera: dos de ellos supervisan casos de coterapia, una en vivo y el otro de forma videograba y la otra supervisora no utiliza la coterapia en su trabajo de supervisión. A todos los egresados se les contactó vía electrónica, explicándoles que se estaba realizando un estudio relacionado con la coterapia. Las y los supervisores fueron contactados de forma personal.

Una vez concertada la cita con la primera participante, se les explicó el objetivo del estudio comentándole: *“Estamos realizando ésta investigación porque nos interesa conocer tu experiencia y opinión acerca de la coterapia, es importante que te sientas libre de expresar lo que has vivido, considerando que no hay respuestas buenas ni malas”*. Se obtuvo su consentimiento para grabar la entrevista.

La entrevista se llevó a cabo con el apoyo de una guía de entrevista que sirvió como base y tuvo una duración de entre 30 y 90 minutos con cada integrante. En cuanto al lugar, se realizó en lugares que fomentarán la comodidad y privacidad necesaria para el adecuado desarrollo de la entrevista.

Posteriormente se transcribieron los audios de cada entrevista. Después se realizó el análisis del discurso de los participantes.

Materiales

- Guía de entrevista
- Equipo de grabación de audio
- Sillas y Mesa

Análisis

Después de la transcripción de las entrevistas se asignaron etiquetas de acuerdo a los elementos identificados en el discurso de los participantes. De las seis entrevistas realizadas se observaron cinco categorías que engloban la comprensión del fenómeno estudiado.

A continuación se enuncian las categorías y subcategorías encontradas.

1. Concepción de la coterapia:
 - ✓ La coterapia como una forma de trabajo.
 - ✓ La coterapia como proceso de entrenamiento.
2. Ventajas.
3. Desventajas.

4. La relación entre coterapeutas:
 - ✓ Características de la relación entre coterapeutas que favorecen el aprendizaje.
 - ✓ Características de la relación entre coterapeutas que no favorecen el aprendizaje.
5. Papel del supervisor en la coterapia:
 - ✓ Características de la supervisión que favorecen el aprendizaje.
 - ✓ Características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje.
 - ✓ Problemas en la coterapia.
 - ✓ Selección de la pareja de coterapia.

Posteriormente se realizó el análisis cuidadoso de los extractos de discurso que dan noción de éstas categorías y la concentración de las ideas teóricas que aluden a las mismas.

Concepción de la coterapia

La coterapia como una forma de trabajo

La idea de la coterapia como una práctica especial en la que dos terapeutas tratan un consultante, pareja, familia o grupo al mismo tiempo y en el mismo espacio (Moncayo, 2014) se corrobora con la información obtenida de las entrevistas:

La coterapia es un trabajo en conjunto con otra terapeuta, para poder atender una problemática.

A una forma de trabajo, donde dos terapeutas o a lo mejor podrían ser más, trabajan a la par con una familia, un consultante o una pareja.

P2

Creo que la coterapia es una forma de compartir la experiencia terapéutica con otro u otra terapeuta.

P3

Para mí la coterapia es el abordaje en conjunto de un caso entre dos o, en mi experiencia, más terapeutas.

P4

La entiendo como el hacer un trabajo de conjunto, por lo menos entre dos personas, que como un acuerdo se ponen a desempeñar los roles de la terapia y que como un acuerdo van organizando su trabajo e intervenciones, para llevar a cabo un proceso de terapia, que empieza con la evaluación, sigue con el trabajo intermedio, para llegar al final, a los resultados posteriores, que siempre se esperan que sean positivos.

P5

Integrando lo anterior, la coterapia puede ser definida como una forma de trabajo en conjunto, por lo menos entre dos terapeutas, que tratan un consultante, pareja, familia o grupo al mismo tiempo y en el mismo espacio, y que se organizan para llevar a cabo un proceso de intervención.

La coterapia como proceso de entrenamiento

Que es como la parte de un proceso para llegar a, aprendes a hacerlo primero mirando, luego en coterapia, y finalmente aprendes a hacerlo sola. Como un proceso que se va desplegando como en pasos, aproximaciones sucesivas.

P2

Creo que en los primeros semestres si ayuda mucho, hasta te da una sensación de seguridad distinta para abordar el caso, y que creo que viene muy bien sentirte acompañado, porque además en los primeros semestres se da el cambio de paradigma, entonces viene muy bien en los primeros semestres, eso es lo que pienso en mi experiencia. Incluso aunque fuera en los últimos semestres, yo creo que de tanto en tanto no vendría mal practicar sesiones en coterapia, creo sería distinto ya que tienes más el marco y el bagaje.

P4

Muchos programas de entrenamiento hacen todo en escalones. Primer semestre que el alumno entre a ver con un experto, en un siguiente momento que podría ser el siguiente semestre, que participe junto con el profesor. En el siguiente que participe llevando la mano y el profesor atrás de. Y en el cuarto que ya sea el alumno el que lleve la sesión, y que si quiere que le pida al profesor esté adentro por si le quiere decir algo o hay algo que quiere preguntar, se pueda hacer en la sesión. El escalonamiento, paso a paso, escalón a escalón, es muy útil.

P5

De esto se puede concluir que la coterapia en el entrenamiento de terapeutas familiares puede considerarse como parte de un proceso por etapas. La primera implicaría que se

observe al experto en acción, posteriormente participará con él pero manteniéndose atrás. En un siguiente momento trabajarían juntos, pero el aprendiz sería más activo y finalmente trabajaría solo. Dentro del plan de formación podría ser considerada como posterior a que el aprendiz haya observado al supervisor en acción, para después atender casos con un compañero de generación y terminar su entrenamiento de forma individual bajo supervisión.

Ventajas de la coterapia

Dentro de las ventajas de la coterapia Garrido (1996) menciona la relatividad, lo que permite una más amplia construcción compartida de la realidad; asimismo destaca la ampliación de las potencialidades, la valoración de las diferencias y la corresponsabilidad en el proceso terapéutico. Por su parte, Moncayo (2014) menciona que la coterapia aumenta el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas, ayuda a mantener la multiparcialidad en el proceso y conlleva al aumento de la efectividad terapéutica debido a la división del trabajo y el apoyo recíproco. Con la información obtenida en las entrevistas se corrobora esta idea:

Yo creo que la ventaja es mucha...Entonces creo que lo que pueda ayudar es que lo que se te va a ti, la otra persona lo pueda agarrar y viceversa...Yo creo que eso ayuda en el mismo proceso de aprendizaje, es decir, viéndolo como desde lado de alumna, a mí lo que me tocó, es que yo estaba segura que sí yo la “regaba”, entre comillas porque nunca la riegas, tenía a alguien que podría ayudarme y sacar la batuta, y si no pues saliendo de sesiones podríamos conversar y ver qué onda.

PI

Aprendes otro estilo, el de tu compañero/a, puede ser un tipo de aprendizaje diferente que solo mirar a alguien hacer terapia...y eso te enseña, te ayuda, te cuestiona.

P2

Pensando que estamos en una formación sistémica ayuda, justo a mirar a los otros y mirar dentro del sistema, mirar a los otros dentro del sistema y mirarte dentro del sistema y entonces eso ayuda para que abras más las aportaciones o que las ideas no colonicen.

P3

Pensando en las cosas formativas, es que trabajar en coterapia permite que puedas participar en un caso; si todos los casos fueran en individual habrían menos oportunidades de que fuéramos supervisados, entonces al hacerlo en coterapia se tiene la oportunidad de estar participando directamente y de ser supervisado, lo cual es una ventaja para el contexto formativo.

Te vuelves sensible al otro, no sólo a la familia, sino favorece en el terapeuta múltiples niveles de sensibilidad incluyendo la sensibilidad al trabajo con el compañero. No solo es el feedback de la familia, sino que tienes que estar pendiente del feedback que hay entre los terapeutas, creo que eso te desarrolla este pensamiento multiproceso.

P4

Así, se concluye que el atender un caso en coterapia, permite a los terapeutas en formación ampliar la visión del caso clínico y tomar en cuenta múltiples perspectivas que enriquecen el trabajo, sin necesidad de que la realidad de uno de los dos colonice la

intervención, sino más bien, que se complementen. Con lo anterior, se relaciona la posibilidad de aprender un estilo terapéutico distinto al propio.

Asimismo, en la información encontrada en las entrevistas, se resalta el que al compartir la responsabilidad de la terapia, baja la angustia de los alumnos supervisados al sentirse acompañados, lo cual es también una ventaja para los terapeutas en formación.

Por último, como parte del contexto del programa de formación de la UNAM, se encontró que los participantes consideran que el trabajo en coterapia permite una mayor participación de los alumnos en la práctica clínica supervisada.

Desventajas de la coterapia

Garrido (1996) menciona como desventajas de la coterapia la lucha por el liderazgo en la sesión y el sentimiento de desplazamiento entre los terapeutas que pueden competir por el título del mejor, el no mirar durante toda la sesión a su coterapeuta o invalidar los comentarios de éste de forma clara o sutil. El extremo contrario, la evitación de los problemas de competición que lleva a la trampa de la fusión donde no hay discrepancia. La falta de acuerdo entre los terapeutas y las metas distintas con respecto a la terapia confunden a los clientes y paralizan el proceso de cambio. Finalmente, la falta de congruencia entre los coterapeutas en relación al diagnóstico y la severidad de la enfermedad se traduce en mensajes incongruentes para los clientes. A estos aspectos se suman:

La pasividad de uno apoyándose o colgándose del otro. A veces se hacen parejas en las que uno es muy pasivo y otro muy activo, que a lo largo de todo el proceso

terapéutico la coterapeuta 1 siempre es 1 y el 2 siempre es 2, esta rigidez es desventajosa.

Cuando surgen pleitos en los que no hay acuerdos ni posibilidad de hacer acuerdos y hay mucho enfrentamiento. Cuando hay enfrentamientos porque no se ponen de acuerdo en lo que ven, en lo que quieren hacer y se van a un pleito, ya no funciona la terapeuta.

P5

Podría ser otra desventaja, que los estilos sean tan distintos, entonces que lejos de estar involucrados en lo que está sucediendo con la familia o quien consulta, se vuelva más un asunto entre coterapeutas de quien sabe más, quien puede mejor, cuáles son las intervenciones que resultan más exitosas. O que de plano alguno de los dos se dé por vencido, “lo que yo digo todo el tiempo lo contradices o anulas, entonces me siento en la sesión porque lo tengo que hacer, pero me doy por vencida, no participo, no doy ideas nuevas, solo secundo lo que dices y ya no me peleo con eso”.

P2

Mi sensación es que la coterapia a veces es: alguien plantea una línea y el otro se tiene que ir por la línea del otro y ahí creo que se pierde, se pierde la voz de uno de los terapeutas para seguir a uno en harás de no confundir a la familia y creo que ahí la familia pierde y pierden los terapeutas porque no se escuchan.

P6

Conversando muchas teníamos esa idea y yo creo que sí es ser respetuoso pero no respetuoso en el exceso, en el exceso como para que tú te pierdas en la relación o te pierdas de tener voz.

P3

Entonces como desventajas del trabajo en coterapia se observan aquellas que dificultan el proceso terapéutico y aquellas que están relacionadas con el desempeño del terapeuta. En relación al proceso terapéutico destaca la falta de acuerdo en relación al diagnóstico y metas del proceso, que impide la consecución de objetivos y que crea confusión en los consultantes. En relación al desempeño de los terapeutas, la lucha por ser el que mejor se desenvuelve fomenta la falta de colaboración entre ambos a través de no mirar y de invalidar los comentarios del otro. Las diferencias en los estilos pueden generar discusiones o la seudopasividad de uno de los coterapeutas, debido a la necesidad de evitar las discrepancias, creando una ilusión de fusión, o la derrota al no ser considerado, generando que la voz de uno de ellos se pierda en el proceso.

La relación entre coterapeutas

Características de la relación entre coterapeutas que favorecen el aprendizaje

Moncayo (2014) expone que en una relación de coterapia ambos deben de poder comunicarse abiertamente, participar equitativamente, cooperar y confiar uno con el otro, respetarse mutuamente, así como estar dispuestos a compartir habilidades y reconocer mutuamente sus logros. Asimismo, entre los factores que facilitan la compatibilidad de los coterapeutas se encuentran (Salvendy, 1993, en Moncayo, 2014): su orientación teórica, su

estilo personal, sus habilidades, madurez para analizar sus problemas, cantidad y calidad de participación.

Respecto a lo anterior, en la información recabada en las entrevistas se encontró lo siguiente:

Considero que partir de epistemologías similares es necesario en la relación de coterapeutas...También pensaría en confianza, respeto, compromiso y ética.

P1

Comunicación, que los coterapeutas tengan espacio para hablar de cómo se sintieron, que están observando, ellos nada más... Cierta humildad, de estar dispuesta a dudar de lo que tú ves o entiendes para darle espacio a que coexista la forma en la que piensa o ve tu compañero de coterapia.

P2

Que haya el mínimo de rivalidades, de resentimientos y de enfrentamientos.

Para qué funcione como aprendizaje, que sean flexibles en quién toma la mano y quién va atrás.

Poder platicar antes de la sesión, durante la sesión y después (diálogo entre clínicos).

P5

Tomando en cuenta lo anterior, se puede concluir que la relación entre los coterapeutas requiere de cierta compatibilidad entre sus miembros, en cuanto a orientación teórica, es decir, partir de una epistemología similar. Asimismo, resalta la importancia de la comunicación entre los miembros de la pareja; de modo específico, uno de los participantes llama a esto “diálogo entre clínicos”, refiriéndose a platicar antes, durante y después de la

sesión. Tanto en la teoría revisada como en la información recabada destaca la importancia de una relación de confianza, respeto, compromiso y cooperación. Por último, se encontró que la flexibilidad es una característica valorada por los participantes, para favorecer una buena relación de coterapia.

Características de la relación entre coterapeutas que no favorecen el aprendizaje:

Entre los factores que dificultan la compatibilidad de los coterapeutas se encuentran: existencia de rivalidad, confusión, falta de comunicación y de congruencia (Moncayo, 2014). La información brindada por los participantes en relación a lo anterior, fue la siguiente:

Cero compromiso; que lleguen tarde, que no les importe el caso, dejar nada más que el otro pregunte.

P1

Competir; compararse; no escucharse; llegar cada quien a la sesión sin haber conversado antes y querer que la sesión sea a su propio estilo...”.

P2

Ortodoxia. Entendida como de mi teoría es lo único que existe en éste mundo y no hay otras. Yo creo que cuando eso ocurre no puede haber coterapia”.

P3

Pues que no deben de ser de los que les gusta tener todo el tiempo el micrófono, porque entonces ahí se acaba la coterapia. Pensaría que tiene que ver con esto de la rigidez, algo que para mí es deseable es un coterapeuta que no esté totalmente casado con un modelo...”

P4

Con lo anterior se puede concluir que los participantes reafirman lo encontrado en la teoría, respecto a que la falta de compromiso, la rivalidad o competencia y la falta de comunicación dificultan la relación entre los coterapeutas. Por otro lado, la información recabada en las entrevistas aportó que la rigidez, entendida como el no estar “casado” con un modelo y la ortodoxia, es decir, pensar que la teoría propia es lo único válido, son elementos de la relación coterapéutica que no favorece el aprendizaje de los terapeutas en formación.

Papel del supervisor en la coterapia

Características de la supervisión que favorecen el aprendizaje:

Según Fruggeri (2001) el supervisor sería exitoso solo en la medida en que logre modelar la buena práctica de la terapia sistémica, asumiendo los diversos roles convocados en el curso de la supervisión. Esto exige desarrollar una identidad versátil, que permita responder con flexibilidad a las variadas necesidades de los consultantes y de los terapeutas en formación.

Ungar (2006) resalta la importancia de asumir una postura coherente con respecto a la noción de experto o mentor, sin usar el autoritarismo; ser sensible a las diferencias individuales y culturales; cuidar la forma de preguntar y de conversar; hacer de la transparencia un valor fundamental de la relación en la terapia y en la supervisión, lo que implica dar retroalimentación sobre el desempeño del terapeuta, sus fortalezas y sus zonas de mejoramiento. Por su parte, Milne y James (2002) proponen favorecer el aprendizaje experiencial a través del modelado, juego de roles, etc.; manejar el flujo de la sesión; escuchar y observar activamente; sostener y alentar; revisar los conceptos teóricos básicos pertinentes; desafiar hipótesis; brindar información, datos y técnicas; plantear y observar registros grabados (o en vivo).

Ayuda que no hagan diferencias o distinciones entre los coterapeutas; que no hagan distinciones de cómo uno hace las cosas mejor, eso puede causar conflicto entre los coterapeutas. También que ayuden si se está quedando atrás uno; cómo podría ayudarle, si está bien o no. Igual que les pregunten porqué preguntan ciertas cosas, qué idea iban siguiendo.

P1

Es que creo que la supervisión se enfoca muchísimo en el caso y no en la coterapia, aquí en la Maestría. Raramente en la supervisión, al menos de lo que recuerdo, son pocas las puntuaciones que se hacen directo sobre la coterapia...”

P4

Supervisión video-grabada, porque permite ver todo: lenguaje verbal y no verbal, lenguaje corporal. Y lo que no está video-grabada, por ejemplo el diálogo interclínicos, pues sería otra parte de la supervisión que tendría que incluirse, platicarlo... Lo favorable es que la supervisión tuviera un nivel de angustia de leve a moderado, si pasa de moderado a alto, el alumno se bloquea, se bloquea la capacidad de decidir, escuchar, exponer y reflexionar. La condición para que la supervisión de la coterapia fuera útil es evitar que los niveles de angustia pasen de moderada a alta”.

P5

Se puede concluir que en la teoría existente hay mucha información en relación a los roles que debe de cumplir el supervisor para beneficiar al terapeuta en formación: flexibilidad, sensibilidad, el ser respetuoso, dar retroalimentación de fortalezas y áreas de oportunidad, orientar, modelar, usar registros videograbados, brindar información. La información recabada en las entrevistas aporta ideas específicas en relación a la supervisión de casos clínicos que se llevan en coterapia, aspecto que no se encontró en la teoría revisada.

Los participantes resaltaron como aspectos positivos de la supervisión para la coterapia, el no comparar el desempeño de los coterapeutas, el promover la participación equitativa de cada uno, el dar seguimiento a las intervenciones que cada uno realiza y analizar el diálogo interclínicos, esto es, la comunicación de la pareja de coterapeutas antes, durante y después de la sesión.

Asimismo, se agrega la importancia de que el supervisor genera un nivel de angustia moderado, que exija a los terapeutas trabajar, pero que no bloquee la capacidad de decidir, escuchar, exponer y reflexionar.

Por último, es importante resaltar que mencionaron que en el programa de formación de la Maestría en Terapia Familiar de la UNAM no se enfoca lo suficiente en la relación entre los coterapeutas, sino más bien en el caso clínico.

Características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje:

Si bien no se encontró en la teoría revisada información referente a las características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje, en las entrevistas resalta lo siguiente:

Que no te de ninguna retroalimentación y se vaya siempre con tu compañero. Que te diga siempre muy bien o que simplemente no te diga nada.

Creo que como supervisora pudieras descuidar la relación de los coterapeutas; estar tan puesta en el caso que no hagas preguntas ni altos para ver cómo están los coterapeutas. Puedes ser un poco ciega a mirar cómo uno está trabajando más que el otro, o que uno se está recargando mucho más. Podrías como no marcar ritmos para permitir que ambos terapeutas desarrollen y tenga actividad de participar en el proceso de modo equitativo, como dejar que el proceso corra solo y ahí podrías estar dificultando el proceso de aprendizaje, porque no estás cuidando la relación entre coterapeutas.”

P2

Es que creo que la supervisión se enfoca muchísimo en el caso y no en la coterapia, aquí en la maestría. Raramente en la supervisión, al menos de lo que recuerdo, son pocas las puntuaciones que se hacen directo sobre la coterapia; o sea yo recuerdo que los primeros comentarios sobre la coterapia me los hizo Flavio revisando los videos, antes de ahí no, o sea las puntuaciones son de “y esta pregunta, por qué hiciste esta pregunta” o del caso, creo que por eso creo que no es sencillo. Como le decía a Noemí, la coterapia la aprendes silvestremente, o sea ni si quiera puedes decir que sabes de coterapia, lo haces porque aprendiste a hacerlo así, pero no porque te hayan hecho un comentario de “aquí parece...”. Por ejemplo, me acuerdo de comentarios de Flavio diciéndonos “aquí parece que tu estas llevando el 1 y ella el 2 y luego se fueron para allá” ...pero eso fue mucho después, por eso creo que la supervisión ni siquiera considera suficientemente los aspectos de la coterapia.

P4

La persecución. Definitivamente el ir a la supervisión es ir a exponerse, entonces si uno se siente muy amenazado o criticado se echa a perder. En mi experiencia de alumno, me ha tocado tener supervisores amenazantes, que crean una situación de pánico, y así uno no piensa ni escucha, solo piensa “que se acabe”.

P5

Con lo anterior, se concluye que la presente investigación aporta información relevante acerca de las características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje de los terapeutas en formación bajo el trabajo en coterapia, siendo las más significativas las siguientes: falta de retroalimentación a uno de los coterapeutas, es decir, que el supervisor se enfoca sólo en uno de los miembros de la pareja de coterapeutas; descuidar el supervisar la coterapia por poner únicamente atención en la parte clínica del caso; no promover una participación equitativa por parte de ambos coterapeutas; la persecución, entendida como que el supervisor genera una situación de pánico en los supervisados.

Problemas en la coterapia

Cuando hay esas dificultades que vienen con la excesiva rivalidad, se rompen las parejas. Entonces uno como supervisor, me ha tocado plantearles “ya vimos que tienen tales características que los enfrenta, y que los pone en una escalada, que los lleva a no ver e identificar lo que está pasando con sus familias. Entonces propondría que lo revisen en sus terapias personales, y si eso no logra flexibilizarlos, que se percataran de lo que está sucediendo y lo cambiaran, entonces el planteamiento en cambiar de coterapeutas, una necesidad de separarse, por la rigidez en la que entraron.

P5

En mi caso ha tenido mucho más que ver con querer ver a todos los alumnos trabajar y que si no trabajan en coterapia no tendría espacio en el semestre para hacerlo. Ha tenido que ver mucho más con cuestiones prácticas que elegir la coterapia porque los quiero someter a ciertas cuestiones de aprendizaje. O sea no por cuestiones didácticas sino prácticas.

Si veo alguien que pueda tender a recargarse en los demás, porque veo que lo hace en los equipos de trabajo o en las clases, quizá pediría que esa persona lleve la batuta por un rato. Más que deshacer a las parejas, metería un poco mi cuchara. Por ejemplo, a veces he pedido a algunas parejas de coterapeutas les he pedido que una sesión dirija una y la otra le toca seguir y acompañar, y a la siguiente sesión al revés. Cuando veo que una de las dos está trabajando mucho más que la otra, o va mucho más aventajada que la otra si llego a meter mano, pero no deshago parejas. Si ellos se eligieron confío en que fue por algo que tenía sentido. Prefiero que sigan así aunque tengamos que hacer arreglos, a ponerlos a trabajar con alguien que no te cae bien; tu como supervisora no sabes siempre qué está pasando en el grupo, entonces podría poner a trabajar juntas a quienes son archienemigas, o quieren el mismo novio, entonces causaría más problemas que resolver lo otro que sobre la marcha se puede limar.

P2

El que tú hagas algo yo lo voy a significar de una manera, aunque eso no sea lo que significara para ti, y si eso no se habla se convierte en un problema, entonces, empezar a revisar eso de una forma eh, a lo mejor no tan, no tan así pensada de hablemos de los significados, sino como más de hablar de las importancias, oye esto no me gustó por esto o esto me agrado por esto, yo creo que eso empieza a llevarte a

una visión distinta de la persona con la que estás trabajando y creo que es allí en lo que yo pienso en esto de los significados, por qué hace esto, y no tanto un porque como de explícamelo, sino de por qué esto es importante para ti, cómo es importante para ti, qué significado le das y cómo te lleva a actuar de una manera y a estar en el espacio de una manera; entonces cuando tú ves esto y lo empiezas a compartir es una cosa bien diferente.

P3

Cuando íbamos empezando apenas en coterapia, y mi compañero hizo un comentario como descafilándome dentro de la sesión; si me quedé como sacada de onda, pero no dije nada, durante la sesión me estuve enfocando en no demostrar mi enojo. Después lo comenté en supervisión; lo resolvimos platicando y en la siguiente ocasión pues no volvió a ocurrir.

P1

Se puede concluir que durante el trabajo en coterapia el supervisor debe abordar las situaciones en las que se perciba rivalidad o falta de participación por parte de uno de los integrantes durante las sesiones, promoviendo el trabajo personal en terapia si este está relacionado con situaciones particulares que afectan el rendimiento del alumno o enfatizando las dificultades para que los terapeutas puedan identificarlas y cambiarlas. Si el supervisor o la pareja de terapeutas se percatan que a pesar de los intentos realizados por mejorar la relación, no mejora, es necesario separar a los terapeutas que no está beneficiando en su aprendizaje y que afecta directamente a la familia y al equipo de trabajo.

En el caso particular de la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad, la supervisión se caracteriza por la practicidad para que más alumnos puedan atender casos, no tanto para que

aprendan qué es y cómo se lleva a cabo la coterapia. Es así que los alumnos tienen que hacer frente a dificultades propias del caso y a las que surgen de la relación con su compañero de trabajo. Es en el camino que ellos resuelven las dificultades, hablando con el coterapeuta, exponiendo las ideas que tienen alrededor del conflicto y encontrando formas para solucionarlo, involucrando pocas veces a los supervisores.

Selección de la pareja de coterapia

Si yo pensara en escoger un coterapeuta, pensaría en escoger a alguien que yo sienta que tiene experiencia clínica, pensaría que sea alguien que me caiga bien, pensaría que para mí es importante percibir que es una persona respetuosa y abierta, que yo no lo vea como una persona como muy rígida. Para mí es importante ver que una persona sea flexible y eso creo que sería importante al elegir al coterapeuta y que yo me pueda sentir en confianza de que si yo la riego este no lo va a hacer más evidente.

P4

Si trabajara en coterapia creo que sería útil como una especie de guion de ciertas preguntas, pero no para que yo elija a las parejas, sino para que ellos elijan. O sea, qué necesitarías tú para saber que puedes trabajar con esta persona, o en qué te estás basando para hacer esta elección, o qué estás esperando de ésta elección, por qué elegiste a tu compañero ¿no? o sea así como decir que siempre es positiva o no sé o tiene más caso en familias de este tipo, o sea, como que quede claro por qué se están eligiendo y qué necesitan la una de la otra para que realmente se apoyen.

P6

Siempre dejo que los elijan. Les dejo que lo elijan, pero después si puedo tener ciertas observaciones. La experiencia de las chicas que les conté, si veo una pareja muy asimétrica de conocimientos, habilidades o desempeño, decirles “están conscientes o han contemplado de que esto podría convertirse en un problema, como van a hacerle para que no se convierta en un problema

Si ellos se eligieron confío en que fue por algo que tenía sentido. Prefiero que sigan así aunque tengamos que hacer arreglos, a ponerlos a trabajar con alguien que no te cae bien; tu como supervisora no sabes siempre qué está pasando en el grupo, entonces podría poner a trabajar juntas a quienes son archienemigas, o quieren el mismo novio, entonces causaría más problemas que resolver lo otro que sobre la marcha se puede limar.

P2

Yo te podría decir que sería mejor trabajar con quien te sientas más cómodo, y sin embargo, puede ser más nutritivo trabajar con quien no, porque implica más retos por enfrentar y cosas por aprender; incluso de la persona que más crees que es contraria a ti puedes aprenderle cosas, entonces creo que puede ser mucho más formativo eso. Y aprender que el trabajo es el trabajo, y tus amistades fuera del área es otra cosa.

P1

Finalmente, se observa que la elección de los coterapeutas de acuerdo con los supervisores no se basa en un criterio que ellos hayan establecido, como podría pensarse, ésta se vuelve una decisión de los alumnos, en los que se confía debido a que conocen sus habilidades y deseos para un equipo de trabajo y conocen bien a sus compañeros de grupo. La participación de los supervisores se da solamente para guiar la elección; ésta puede

realizarse con un formulario que facilite el proceso. Se plantea la oportunidad de aprender nuevas cosas y enfrentar retos si la pareja es elegida por el supervisor, que requiere de una actitud profesional frente al trabajo terapéutico con la familia por parte de ambos terapeutas.

Discusión

Retomando el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se puede concluir que gran parte de los datos recabados en el marco teórico fue confirmada por los participantes; sin embargo, en ciertas categorías se encontró información relevante que complementa y aporta nuevos elementos.

En la teoría revisada, se encontró que la coterapia se concibe como una forma de trabajo. En los resultados de la investigación, lo anterior se complementó con la concepción de la coterapia como un proceso de entrenamiento por etapas; como una especie de andamiaje, que en un inicio da seguridad al terapeuta en formación, al mismo tiempo que le permite consolidar los conocimientos y las habilidades clínicas que requiere.

También se concluyó, a partir del análisis de los resultados, el valorar la flexibilidad como una característica necesaria para una buena relación entre coterapeutas; mientras que la rigidez, es decir, pensar que la teoría propia es lo único válido, son elementos de la relación coterapéutica que no favorece el aprendizaje de los terapeutas en formación.

Otro punto importante que se obtuvo a partir del análisis, es que para muchos de los terapeutas en formación, el comenzar la práctica clínica con supervisión en vivo implica cierta angustia y miedo. Es aquí donde dos elementos toman un papel central: por un lado, la coterapia como parte de un proceso de entrenamiento y aprendizaje, y por otro, el papel del supervisor. Parece ser que lo ideal es que la relación que se genere entre los coterapeutas

promueva una responsabilidad compartida equitativamente del caso clínico en cuestión, al mismo tiempo que exista una supervisión que brinde atención no sólo al aspecto clínico del caso, sino también una retroalimentación a la relación entre coterapeutas y un soporte emocional a ambos.

Si bien no era el propósito principal de la presente investigación, parece importante resaltar que el sentir de los terapeutas en formación de la Maestría en Terapia de la UNAM respecto a la supervisión que reciben, es que no se enfoca lo suficiente en la relación entre los coterapeutas, sino únicamente en el caso clínico. De igual modo, resultó relevante concluir que los alumnos de dicha Maestría consideran que, en ocasiones, tienen que hacer frente a dificultades propias del caso y a las que surgen de la relación con su compañero de trabajo; es en el camino que ellos resuelven las dificultades, hablando con el coterapeuta, exponiendo las ideas que tienen alrededor del conflicto y encontrando formas para solucionarlo, involucrando pocas veces a los supervisores. Lo anterior podría relacionarse con que en este programa de formación, según los participantes, parece ser que el trabajo en coterapia se elige más para que haya mayor oportunidad de que los alumnos sean supervisados en vivo y no tanto para que aprenda qué es y cómo se lleva a cabo la coterapia.

El objetivo de la presente investigación fue conocer la experiencia de los estudiantes y supervisores en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de la coterapia, explorar las ventajas y desventajas para el terapeuta en formación y el supervisor sistémico, así como entender las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza. Se considera que lo anterior se alcanzó con el análisis de las entrevistas realizadas. Sin embargo, se reconoce como limitación de la misma el formato semiestructurado del instrumento de entrevista. Se sugiere para futuras investigaciones, hacer uso de una entrevista abierta, que permita profundizar aún más en la temática, así como el poder tener alcance para hacer

partícipes a los consultantes de los casos clínicos, de modo que se conozca también su perspectiva de recibir atención clínica por parte de una pareja de coterapeutas.

Referencias

- Cruz, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 129-142.
- Díaz, P. I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax México.
- Fernández, H. (2008). La supervisión en psicoterapia. En H. Fernández, H. (Comp). *Integración y salud mental. El proyecto AIGLÉ 1977-2008* (pp. 177-199). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fruggeri, L. (2001). La supervisión desde diferentes niveles de análisis: entrenamiento y práctica reflexiva. *Sistemas familiares*, 17, (2), 88- 100.
- Garrido, M. (1996). Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 26, 87-112.
- Hernández C., A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Perspectivas en Psicología*, 3, (2), 227-238.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica. *Terapia Psicológica*, 23, (2), 75-84.
- Milne, D.L. y James, I.A. (2002). The observed impact of training on competence in clinical supervisión. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 55-72.
- Moncayo, B. (2014). *Terapia sistémica relacional y posmoderna: un diálogo para construir nuevas miradas y generar diferencias*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México Distrito Federal.
- Ungar. M. (2006). Practicing as a postmodern supervisor. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (1), 59.

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

3.3.1 Productos Tecnológicos

Traducción de texto

Denzin, Norman K. (1989). Interpretative Biography. En Van Maanen, J. *Qualitative Research Methods* (Vol 17. Pp. 13-48). California: Sage Publications.

Norman K. Denzin expone en este capítulo los aspectos generales de las suposiciones del método de biografía interpretativa, así como un apartado de clarificación de conceptos que rodean este método, su uso y su historia en la sociología y la literatura.

Inicialmente, el autor hace una diferencia entre los escritos autobiográficos y los biográficos, estableciendo que los primeros son escritos en primera persona y los segundos por otra persona. Se resalta la importancia de usar las estrategias y técnicas de la interpretación literaria y el criticismo, así como alinear el uso del método con las nuevas ideas estructuralistas y posestructuralistas desarrolladas en la teoría crítica en cuanto a la lectura y escritura de textos sociales.

Por último, se examinan una serie de términos que se relacionan con el método biográfico y se discuten los problemas que surgen por su uso. Los términos son: método, vida, sí mismo, experiencia, epifanía, caso, autobiografía, etnografía, auto-etnografía, biografía, historia de la etnografía, discurso, narrativa, narrador, ficción, historia, historia personal, historia oral, historia de caso, estudio de caso, presencia escrita, diferencia, historia

de vida, historia del sí mismo e historia de experiencias personales. Con lo anterior, el autor pretende ofrecer algo más que sólo un diccionario de términos, para deconstruir los fundamentos conceptuales de un proyecto biográfico.

Taller “El terapeuta y la coterapia”:

El taller “El terapeuta y la coterapia”, con una duración de 6 horas, fue impartido el 16 y 23 de febrero (3:00pm – 6:00pm) por las facilitadoras Paola Carreño Fernández, Cecilia Fajardo Escoffié y Nancy Morales Aguilar y dirigido al grupo de estudiantes de segundo semestre de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

El objetivo del taller fue impartir conocimientos teóricos en relación a la coterapia, para generar habilidades clínicas en los terapeutas en formación, que faciliten el trabajo bajo esta modalidad, así como reflexionar de la persona del terapeuta.

Las temáticas abordadas fueron: dudas y miedos en torno a la supervisión; la persona del terapeuta y la coterapia.

De modo general, el taller fue evaluado de modo satisfactorio por los participantes.

3.3.2 Programa de intervención comunitaria

Nombre del taller: “Yo me cuido: Cómo ser consciente ante los riesgos de la sexualidad, adicciones y violencia en pareja”.

El taller tiene como antecedente la investigación cuantitativa sobre la escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente; en ésta se observó la necesidad de crear un taller

de prevención, en el cual los adolescentes puedan obtener conocimientos sobre cuáles son las conductas de riesgo y las acciones que pueden tomar frente a ellas.

Fue dirigido a adolescentes de entre 15 y 18 años, estudiantes de la preparatoria 1 “Gabino Barreda” de la UNAM, lugar en el que se impartió el taller.

El objetivo general del taller fue fomentar en los adolescentes conocimientos, actitudes y conductas adecuadas, por medio de la información, la práctica y la enseñanza para favorecer los estilos de vida saludables y el autocuidado.

Las temáticas y contenidos abordados fueron: conducta sexual, consumo de sustancias y violencia (definición de violencia, tipos de violencia, prácticas de violencia, conflictos en las relaciones de pareja, señales de violencia, justificaciones de la violencia y características de una relación sana).

El taller se diseñó para llevarse a cabo en 3 sesiones de 3 horas cada una, debido a los espacios disponibles y a los espacios libres entre clases de los estudiantes. El taller se llevó a cabo con 21 estudiantes, 12 mujeres y 9 hombres.

Debido a las características de la población, el taller fue diseñado para combinar la presentación de información con actividades prácticas de observación, reflexión, interacción, escenificación, resolución, etc.

Se elaboraron dos manuales, uno corresponde al instructor donde se detallan las características propias del taller. El otro corresponde al del participante, que incluye información relevante para los adolescentes y algunas de las actividades desarrolladas en el taller.

Se observó que es necesario que los adolescentes cuenten con espacios donde se lleven a cabo actividades como las propuestas, sobre todo en temas de violencia, ya que expresaron más dudas y desconocimiento de la información. Se constató que falta mucho

trabajo por hacer con esta población, pues su involucramiento en conductas de riesgo es alto. Finalmente, con los comentarios que se hicieron al terminar el taller se concluyó que el taller fue benéfico, ya que los participantes mencionaron que se aclararon dudas, se brindó información que desconocían y herramientas para abordar situaciones de riesgo.

3.3.3 Constancia de asistencia a eventos académicos.

- **Nombre del evento académico:** 4º Congreso Internacional: “Terapia Breve y Familiar MRI Ayer y Hoy”.
- **Lugar:** Cholula, Puebla, México.
- **Fecha:** 24-26 de octubre de 2014.

- **Nombre del evento académico:** “Trabajo terapéutico con parejas desde las distintas miradas de la terapia familiar”
- **Lugar:** Ciudad de México, México.
- **Fecha:** 15, 16 y 19 de junio de 2015.

- **Nombre del evento académico:** “El derecho y el papel del psicólogo, abuso sexual, violencia familiar y género”.
- **Lugar:** Ciudad de México, México.
- **Fecha:** 29 de junio – 1 de julio de 2015.

- **Nombre del evento académico:** “Terapia breve sin cita: modelo de sesión única”.
 - **Lugar:** Ciudad de México, México.
 - **Fecha:** 28 de mayo de 2016.
-
- **Nombre del evento académico:** “Simposio de adicciones desde diferentes perspectivas”.
 - **Lugar:** Ciudad de México, México.
 - **Fecha:** 14 y 15 de junio de 2016.
-
- **Nombre del evento académico:** “El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia”.
 - **Lugar:** Ciudad de México, México.
 - **Fecha:** 17-19 de junio de 2016.

3.3.4. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos

- **Nombre del congreso:** VIII Congreso Internacional Y XIII Nacional de Psicología Clínica.
- **Lugar:** Granada, España.
- **Fecha:** 19-22 de noviembre de 2015.

- **Título y resumen de la ponencia:**

Análisis de las conductas de riesgo en adolescentes escolares: consumo de sustancias,
práctica sexual y violencia

Cecilia Fajardo-Escoffié, Elizabeth Aldrete-Rivera, Blanca Barcelata-Eguiarte,
Andrea Anaya-Acosta y Dolores Mercado-Corona.

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

Temática: Evaluación Psicológica

Los perfiles epidemiológicos indican altas prevalencias en conductas consideradas de riesgo en adolescentes, vulnerando su salud integral. Lo anterior hace importante valorar este tipo de comportamientos, a fin de desarrollar programas de prevención y promoción de conductas saludables. El propósito del estudio fue analizar conductas de riesgo en función del sexo, consumo o no consumo de sustancias, así como de la actividad sexual. Se corrió un estudio comparativo (PAPIITIN303714) con 170 adolescentes mexicanos de 14 a 20 años de edad ($M_{edad} = 15.88$; $DE = 1.00$) de bachilleratos públicos, a quienes se les aplicó la Escala de Percepción de Riesgo para Adolescentes, compuesta por 66 reactivos relacionados con el consumo de sustancias, violencia y conducta sexual insegura. La aplicación se realizó en las aulas previo consentimiento informado. Los datos indican diferencias significativas debidas al sexo en todas las dimensiones evaluadas. Los hombres presentan valores más altos en consumo de sustancias ($t = 2.56$; $p = .009$), violencia ($t = 2.56$; $p = .011$), conducta sexual insegura ($t = 5.70$; $p = .000$), y creencias de consumo de sustancias y conducta sexual insegura ($t = 2.77$; $p = .006$).

También se encontraron diferencias significativas entre consumidores y no consumidores de drogas. Los no consumidores de tabaco y de alcohol presentaron mayor percepción de riesgo ($t=2.72$; $p=.007$ y $t=2.26$; $p=.025$, respectivamente) que los consumidores. Por último, se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes sexualmente activos y no activos; puntuando con menor percepción de riesgo los primeros con respecto a los segundos en relación a conductas sexuales inseguras ($t=2.15$; $p=.033$). Los resultados coinciden con evidencia previa que muestra diferencias en la percepción de riesgo en función del sexo y los patrones de conducta de riesgo en consumo y conducta sexual insegura. Estos hallazgos podrían orientar el diseño de programas de prevención y promoción, considerando el sexo y tipo de conducta de riesgo.

Palabras clave: Adolescentes, percepción de riesgo, consumo de sustancias, conducta sexual, violencia.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

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

Las competencias que fomenta la Maestría están enmarcadas en una práctica de responsabilidad social y profesional. Se procuró en todo momento impulsar la ética y el compromiso social, particularmente a través de las siguientes habilidades: el desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social; dar una

actitud de respeto, confidencialidad y compromiso frente a las necesidades de los usuarios; mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional; analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional; actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante y asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor lo considera necesario.

Además de las habilidades fomentadas en la formación, existen diversos códigos que regulan la práctica del psicólogo clínico, a continuación se describen los aspectos más importantes del Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C (AMTF) establecido en 1997:

- *Responsabilidad con los pacientes:* los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar sus derechos y llevar acabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.
- *Confidencialidad:* los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona.
- *Capacidad e integridad profesional:* los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.
- *Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados:* los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes y/o supervisados.
- *Responsabilidad con los participantes de investigaciones:* los investigadores deberán respetar la dignidad de los participantes en la investigación.

- *Responsabilidad a la profesión:* los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.
- *Arreglos financieros:* los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.
- *Publicidad:* los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Complementando lo anterior, quisiera retomar a Hirschhorn (1999) quien propone que la ética implica, en primer lugar, reconocer que la elección de un modelo teórico no tiene que ver con que es el mejor modelo ni la única realidad, si no con un reconocimiento de que la elección se relaciona con los valores y preferencias personales del terapeuta. Lo anterior nos lleva a hacernos responsables de las implicaciones que esta elección tiene en nuestro trabajo: cómo lo que hacemos o dejamos de hacer impacta en la relación terapéutica, en nuestro modo de posicionarnos frente a los consultantes, en el efecto que nuestras palabras y acciones pueden tener en la vida de los consultantes.

Siguiendo lo anterior, considero que en el proceso de formación las elecciones éticas necesarias para hacer un buen trabajo con los consultantes empiezan con el compromiso por conocer y entender con mucha claridad la epistemología que hay detrás de los modelos teóricos. Después pensaría que estos conocimientos tienen que llevarse a la práctica (en la

medida de lo posible y con supervisión), para que uno vaya sintiendo qué tan cómodo se siente al implementar ciertas teorías en el trabajo clínico.

Todo esto implica un proceso de mucho análisis respecto a los efectos que tiene el trabajo clínico en los consultantes y en uno mismo, así como acerca de la posición que uno toma dentro del sistema terapéutico; implica un proceso de autoconocimiento y de constante autoreflexión. Creo que también tiene que haber una integración entre la persona del terapeuta y la teoría.

Con todo lo anterior uno puede llegar a descubrir con qué modelos teóricos o con qué modelo teórico se siente cómodo y congruente al momento de hacer terapia. Y luego corresponde seguir haciendo una reflexión continua del propio trabajo; de este modo, la responsabilidad ética pienso que no termina nunca.

4.

CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Durante dos años, a través del programa de formación de Terapia Familiar se promovió el desarrollo de distintas habilidades y competencias necesarias para la práctica clínica. En primer lugar, se hizo una amplia *revisión teórica y conceptual* de la epistemología que fundamenta los principios de la Terapia Familiar, así como el recorrido histórico que ha atravesado ésta. De manera conjunta, se enseñaron de forma muy puntual los aspectos teóricos de los diferentes modelos de intervención que conforman la Terapia Familiar de corte sistémico, constructivista y construccionista. Considero este aspecto sumamente relevante y de lo más enriquecedor que ofrece la maestría, pues sin una revisión y, sobre todo, sin un análisis previo de las ideas epistemológicas que están detrás de los modelos de intervención, la formación se hubiera reducido a una aplicación técnica de una serie de intervenciones, sin realmente poder introyectar los modelos teóricos y más importante aún, sin poder tomar una postura crítica ante éstos.

En conjunto con la impartición de conocimiento teórico, la supervisión propició un espacio para el desarrollo de *habilidades clínicas*, tanto en la participación como equipo detrás del espejo como en el rol de terapeuta de distintos casos clínicos. En este espacio se contó con la guía de un(a) supervisor(a), que en ocasiones modelaba el trabajo y sobre todo daba una retroalimentación del trabajo realizado en las sesiones terapéuticas, en la mayoría de los casos de acuerdo a un modelo de intervención particular. Junto con el rol del supervisor, el grupo ayudó a enriquecer muchísimo el análisis y la retroalimentación que se hacía de cada uno de los casos vistos y de la teoría aplicada. El espacio de supervisión dejó

muchísimo aprendizaje a nivel de intervención y a nivel de análisis y reflexión del propio trabajo terapéutico.

De modo específico se pueden nombrar las distintas habilidades clínicas que se promovieron en la maestría, tanto de detección, como evaluación y tratamiento, mismas que son consideradas en el perfil de egreso: capacidad de observación del proceso terapéutico; establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio; entrevistar, generar una relación de colaboración; técnicas de alianza terapéutica; definir motivos de consulta y demandas terapéuticas; evaluar el tipo de problema y opciones de solución; definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios; identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas; generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas de los usuarios; formular hipótesis que promuevan el cambio; evaluar los resultados y terminar el tratamiento; crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento; reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación; seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones; diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos; acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico; elaborar reportes del tratamiento.

En la práctica clínica también se implementó la coterapia, lo que permitió el aprendizaje bajo este modo de trabajo, fomentando la flexibilidad de ideas, el tomar en cuenta múltiples

perspectivas al hacer el análisis del caso, el aprender de un estilo terapéutico distinto al propio y el aprender a desarrollar la corresponsabilidad en un caso clínico.

A lo largo de la formación se promovió también el desarrollo de *habilidades de investigación*. En tres asignaturas distintas se llevaron a cabo trabajos de investigación, tanto de corte cuantitativo como cualitativo. De este modo, se trabajó en el diseño, aplicación e implementación de proyectos sobre distintas problemáticas, así como con la difusión de los resultados.

El fomento de *habilidades de enseñanza* fue también algo característico de este programa de maestría. En las diferentes asignaturas teóricas que se cursaron, se buscó que el grupo fuera agente activo en la construcción del conocimiento, de modo que en muchas ocasiones los alumnos estuvieron a cargo de exponer los temas que se revisaron, por supuesto siempre bajo la guía y la retroalimentación del profesor a cargo.

De igual modo, parte de la formación fue la elaboración de un programa de *intervención sociocomunitaria*, lo que implicó en algunos casos la detección de necesidades para la solución de problemas psicosociales y en otros casos la prevención de problemáticas en el seno familiar y comunitario. Estos programas fueron aplicados en colaboración con diferentes instituciones.

Todas las competencias desarrolladas a lo largo de la maestría fueron promovidas siempre dentro de un marco de respeto y compromiso social, logrando transmitir a los alumnos la importancia de la *ética profesional* en la práctica de la Terapia Familiar en cualquiera de los contextos de aplicación.

4.1. Reflexión y análisis de la experiencia

Definitivamente estos cuatro semestres de aprendizaje han generado una diferencia en mi formación como terapeuta y también en mi vida personal. Considero que esta Maestría me llevó a un cambio epistemológico a partir de la influencia de la visión sistémica, así como del Constructivismo y el Construccinismo Social. Lo primero lo noto en mi trabajo al hacer más puntuaciones en las interacciones en lugar de puntuaciones lineales; en mi vida personal creo que ahora reflexiono más acerca de cómo mi comportamiento repercute en mis experiencias de vida y en mis relaciones interpersonales, al mismo tiempo que me doy cuenta de cómo éstas repercuten en mí.

Respecto al Constructivismo y al Construccinismo Social, creo que me han permitido cuestionarme más acerca de mi modo de percibir e interpretar las cosas, al mismo tiempo que comienzo a tomar más en cuenta cómo es que los otros las conciben. Con los consultantes me ha llevado a mostrar mayor curiosidad frente a sus relatos y no dar por sentado que lo que expresan es precisamente lo que yo interpreto. También, me he vuelto más consciente de cómo influyen en mí las ideas que predominan en la cultura y en la sociedad, así como a hacerme responsable del efecto que mis acciones tienen mis relaciones. Pienso que también me he vuelto más tolerante a otras ideas y a otros modos de vivir la vida distintos al mío.

El trabajo en estos dos años implicó un fuerte proceso de introspección personal. Lo que vimos en las distintas asignaturas inevitablemente me llevaba a reflexionar acerca de mis propias ideas, mi postura y mi persona. Por otro lado, los supervisores me invitaron a ser más autoreflexiva, a cuestionarme desde qué ideas, qué experiencias, qué teorías y qué prejuicios partía mi discurso y mi trabajo con los consultantes.

Descubrí que es imposible dejar fuera del consultorio mi experiencia de vida y mi persona; al mismo tiempo, he concluido que es sumamente importante, e incluso lo considero mi responsabilidad ética como terapeuta, el reflexionar acerca de mi posición dentro del sistema terapéutico, a ser consciente de la relación terapéutica, así como desde dónde estoy interviniendo y qué efectos está teniendo lo que hago o dejo de hacer en las sesiones.

A lo largo de los dos años de formación, se fue dando un proceso de integración de los conocimientos y habilidades adquiridas. Poco a poco fui sintiendo una apropiación del espacio terapéutico en las sesiones. Considero que en un inicio mi desempeño estuvo más centrado en dar una respuesta a las exigencias de las distintas supervisiones, mientras que hacia el final de la Maestría comencé a sentirme más libre y segura en mi trabajo clínico, comencé a experimentar mi propio estilo de hacer terapia, que ya no respondía a la necesidad de cumplir con la expectativa del supervisor que está detrás del espejo, aunque seguía considerando sumamente enriquecedor, y todavía necesaria, las retroalimentaciones.

Hasta aquí he hecho referencia de mi experiencia personal, pero encuentro imposible dejar fuera la dinámica que se generó con mis compañeros a lo largo de estos dos años de formación, pues sin duda el grupo marcó una diferencia importante en mí. Creo que desde el primer semestre logramos integrarnos y fuimos construyendo un espacio de apertura a las ideas, a través del cual fuimos compartiendo nuestros aprendizajes. Conforme fue pasando el tiempo la relación entre nosotros se fue fortaleciendo, aprendiendo a relacionarnos desde un marco de colaboración, respeto, compromiso y apoyo.

Desde las asignaturas teóricas como en las prácticas, considero que cada uno expresaba sus ideas de forma constructiva y siempre hubo interés por parte de todos de escuchar las distintas aportaciones que se hacían. Por mi parte puedo decir que siempre me sentí cómoda de preguntar cualquier duda y de expresar mis ideas. También el hecho de que fuéramos

participativos en las clases generó que el grupo llegara a ser una comunidad de aprendizaje, realmente considero que todos fuimos construyendo el conocimiento, en conjunto con los maestros. Si pienso en lo que se puede generar en grupos en un contexto académico, me parece que el compartir, en lugar del competir, fue algo característico de nosotros. Me siento sumamente agradecida de haber formado parte de esta generación y de haber transcurrido estos dos años acompañada de mis compañeros.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

- American Heart Association. (2015). *Hablemos sobre los ataques cerebrales y la rehabilitación*. Recuperado el 7 de enero de 2017 de: http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/Lets-Talk-About-Stroke-and-Rehabilitation_UCM_430998_Article.jsp#.WHGWaFN97IU.
- American Heart Association. (2015). *Hablemos sobre los cambios causados por un ataque cerebral*. Recuperado el 7 de enero de 2017 de: http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/Lets-Talk-About-Changes-Caused-by-Stroke_UCM_430993_Article.jsp#.WHGWgFN97IU.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Andolfi, M. (1992). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar. (1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C.* Recuperado el 21 de octubre de 2016 de: <http://amtfac.wixsite.com/amtf/codigo-tico>

- Bateson, G. (1985). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1966). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorroutu editores.
- Bertalanffy, L.v. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. (2011). *Terapeuta Dialógico. El diálogo que conmueve y transforma*. México: Pax.
- Beyebach, M. (1999). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones*. Recuperado el 9 de diciembre de 2015 de: <http://www.terapiabrevevitoria.com/ficheros/IntroduccionTBCS.pdf>
- Biever, J, Bobele, M., Gardner, G. y Franklin, C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En Limón, G. *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas*. México: Editorial Pax México.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, pp. 119-130.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (2011). La terapia sistémica de Milán: Historiografía, actualizaciones y traducciones. En Roizblatt, A. S. *Terapia familiar y de pareja*. Mediterráneo, 2da Edición.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. En Campbell, D. y Draper, R. *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. E.U.A: Grune and Stratton.

- Boscolo, L., Cecchin, G., L. Hoffman y P. Penn. (2003). *Terapia Familiar Sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Castro, A.; Valdés, S.A.; Monzote, A.; García, I. y Ponce, R. (2009). *Manejo integral de las enfermedades cerebrovasculares en la Atención Primaria de Salud*. Julio Recuperado el 7 de enero de 2017 de: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/manejo-integral-de-las-enfermedades-cerebrovasculares-en-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 4, pp. 9-17.
- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: alcohol*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: drogas ilícitas*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2012). *Pobreza Urbana y de las Zonas Metropolitanas de México*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Informe_de_Pobreza_en_Mexico_2010.pdf.
- Cruz, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 129-142.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa.

- De Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- Desantik, O.(2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-México.
- Desarrollo Integral de la Familia [DIF]. (2011). *Datos estadísticos menores maltratados en 2011*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://procuraduria.dif.gob.mx/micrositio_pdmf/wp-content/uploads/2012/07/Concentrado-PREMAN-20111.pdf
- Díaz, P. I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax México.
- Espina, B. y Cáceres, J.L. (1999). *Una psicoterapia breve centrada en soluciones*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19 (69), pp. 23-38.
- Espinosa, M.R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- Feixas, G.; Muñoz, D.; Compañ, V. y Montesano, F. (2012). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Recuperado el 15 de diciembre de 2015 de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistemico_2012_2013_r.pdf
- Fernández, H. (2008). La supervisión en psicoterapia. En H. Fernández, H. (Comp). *Integración y salud mental. El proyecto AIGLÉ 1977-2008* (pp. 177-199). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fruggeri, L. (1992). Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método. *Conessionni*, 3, pp. 75-85.
- Fruggeri, L. (2001). La supervisión desde diferentes niveles de análisis: entrenamiento y práctica reflexiva. *Sistemas familiares*, 17, (2), 88- 100.
- Fruggeri L. (2012). *Diferentes normalidades* (en prensa).

- Garrido, M. (1996). Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 26, 87-112.
- Gergen, K. (1991). *El yo saturado*. España: Paidós.
- Gergen, K. (2001). La ciencia psicológica en el contexto posmoderno. En Estrada, A. y Diazgranados, S. (traductoras y compiladoras) (2007). *Kenneth Gergen: construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2001). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado el 26 de noviembre de 2014 de: http://www.swarthmore.edu/sites/default/files/assets/documents/kenneth-gergen/LA_TERAPIA.pdf
- Hernández C., A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Perspectivas en Psicología*, 3, (2), 227-238.
- Hirschhorn, D. (1999). *Postmodern Ethics and Our Theories: Doing Therapy versus Being Therapists*. Recuperado el 3 de junio de 2016 de: <http://drdeb.com/blog/postmodern-ethics-and-our-theories-doing-therapy-versus-being-therapists/>
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). *Una posición constructivista para la Terapia Familiar*. *Psicoterapia y familia*, 2(2), pp. 41-53.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2011). *Panorama de Violencia contra las Mujeres: ENDIREH*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2013). *Ingresos y Gastos en los Hogares*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mhog25&s=est&c=26516>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014*. Recuperado el 21 de septiembre de 2016 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Estadísticas a propósito del... día de la familia mexicana (1 de marzo)*. Recuperado el 21 de septiembre de 2016 de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/familia0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2016). *Estadísticas a propósito del... día de la familia mexicana (6 de marzo)*. Recuperado el 21 de septiembre de 2016 de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/familia2016_0.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI]. (2012). *Estadísticas de Nupcialidad*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI]. (2012). *Mujeres y Hombres en México 2012*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI]. (2014). *Estadísticas de Natalidad*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo24&s=est&c=17531>).
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Recuperado el 14 de enero de 2015 de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Keeney, B. (1987). *La estética del cambio*. Paidós: Buenos Aires.
- Kornblit, A. (1996). *Somática Familiar. Enfermedad orgánica y familia*. Barcelona: Gedisa.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica. *Terapia Psicológica*, 23, (2), 75-84.
- Mackinnon L. (1983) Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*, 22, pp.425-438.
- Milne, D.L. y James, I.A. (2002). The observed impact of training on competence in clinical supervisión. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 55-72.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Moncayo, B. (2014). *Terapia sistémica relacional y posmoderna: un diálogo para construir nuevas miradas y generar diferencias*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México Distrito Federal.
- Neymer G.J. (1998). El cuestionamiento del cambio. En Neymer, R.A. y Mahoney, M. (Comp). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Neymer G.J. (1998). El cuestionamiento del cambio. En Neymer, R.A. y Mahoney, M. (Comp). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- Ochoa del Alda, I. (1995) *Enfoques de terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder
- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *Family Process*, 21(3), pp. 267-280.
- Red por los Derechos de la Infancia en México [REDIM]. (2005). *Informe Alternativo Temático para el Comité de los Derechos del Niño de la ONU. Rostros del silencio: La jerarquía católica y el abuso sexual infantil en México*. Recuperado de: <http://www.derechosinfancia.org.mx/Documentos/complemento-ia-abusosexualinf.pdf>
- Reséndiz G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*, 27(2), pp. 20-28.
- Rodríguez M. A. y Beyebach M. (1994). Terapia Sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas. En Fernández, M. y García, J. (Comp.) *Psicoterapia, modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- Rolland, J. (2000). *Familia, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Ruíz-Giménez, N., González Ruano, P. y Suárez, C. (2002). *Abordaje del accidente cerebrovascular*. Recuperado el 7 de enero de 2017 de: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar*. México: Manual Moderno.
- Scuola di Psicoterapia Sistemico-Dialogica. (2017). El modelo: psicoterapia sistémico dialógica. Recuperado el 4 de junio de 2017 de: http://www.scuoladialogica.it/pagine/2/Il_modello/Il_pensiero_sistemico/

- Segal, L. (1986). *Soñar la Realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata. (1980). Hipótesis, Neutralidad y Circularidad. *Family Process* 19(1).
- Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata. (1980). *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, Agosto, 65-69.
- Sobremonte de Mendicuti, E. (2012). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social Reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), pp. 511-532.
- Telfener, U. (2014). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En Bianciardi, M. y Galvez, F. *Ética y Psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.
- Tomm, K. (1987) La entrevista interventiva II. Las preguntas reflexivas como medio para activar la autocuración. *Family Process*, 26, pp. 167-183.
- Tomm, K. (1988) La entrevista interventiva III. Formulando preguntas lineares, circulares, estratégicas o reflexivas. *Family Process*, 27, pp. 1-15.
- Ugazio V. (2001). *Historias Permitidas, Historias Prohibidas: polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós.

- Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En Campbell D. y Draper R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. E.U.: Grune and Stratton.
- Ungar. M. (2006). Practicing as a postmodern supervisor. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (1), 59.
- University of Maryland Medical Center. (2013). *Accidente cerebrovascular*. Recuperado el 7 de enero de 2017 de: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/accidente-cerebrovascular>.
- Vargas, P. (2004). En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax- México.
- Velasco, M.L y Sinibaldi, J.F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J. (2002). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: El Manual Moderno.
- Watzlawick, P. (2000). La construcción de realidades clínicas. En Watzlawick, P. y Nardone, G. (Comp.). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (2000). La construcción de realidades clínicas. En Watzlawick, P. y Nardone, G. (Comp.) *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. España: Herder.
- Witzeaele, J.J y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. España: Herder.

6. ANEXO



ANEXO I: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Pensamiento Adolescente



La Facultad de Psicología está efectuando un estudio sobre la manera de pensar de los adolescentes. Tus respuestas serán tratadas de manera completamente **anónima y confidencial**, y serán procesadas por computadora con fines de investigación. Por favor, contesta **todas** las preguntas, aunque parezca que se repitan. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo queremos conocer **tu opinión**.

Instrucciones

Las siguientes son oraciones que describen distintas formas de pensar de los adolescentes. Para cada oración marca con una X la respuesta que mejor describa tu forma de pensar. Ejemplo:

	Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los estudios son importantes para mi vida futura.			X			

La persona que contestó el ejemplo anterior está “de acuerdo” en que los estudios son importantes para su vida futura.

Fecha: _____

A1. Sexo: Mujer () Hombre ()	A2. Edad: _____	A3. Grado escolar: Preparatoria 1° () 2° () 3° () Licenciatura No () Sí () ¿Cuál? _____ No. Semestre _____
A4. ¿Has tenido pareja? No () Sí () A5. ¿Cuántas parejas has tenido? _____	A6. Actualmente, ¿tienes una relación pareja? No () Sí () A7. ¿De qué tipo? Free () Novio(a) () Otro () Especifica: _____	A8. ¿Con quién(es) vives actualmente? Puedes marcar más de una opción. Papá () Tíos () Mamá () Primos () Hermanos () Amigos () Abuelo(s) () Hijo(s) () Otros () Especifica: _____

Marca con una X la opción que corresponda a tu manera de pensar.	Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1- No me convertiré en adicto(a) porque soy inteligente.						
2- Tengo sexo sin protección para que no se enoje mi pareja.						
3- La violencia física es más grave que la psicológica.						
4- Si mi pareja me es infiel me quedo con ella para no sentirme solo (a).						
5- Los síntomas de las infecciones de transmisión sexual aparecen al día siguiente de tener el contacto sexual con la persona infectada.						

	Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6- Cuando bebo no se afecta la manera en que tomo decisiones.						
7- La violencia solo ocurre en países pobres.						
8- Dejo que mi pareja me hable con groserías porque no quiero quedarme solo(a).						
9- Consumo alcohol aunque me provoque problemas con mi familia.						
10- Tengo relaciones sexuales sin condón con mi pareja porque nos mantiene unidos.						
11- Las drogas no me ponen en peligro.						
12- Una persona inteligente como yo no va a tener un embarazo no deseado.						
13- Que mi pareja me haya pegado una vez no significa que lo vaya a volver a hacer.						
14- Consumir drogas significa que soy una persona de mente abierta.						
15- Si no tengo dinero para comprar condones, elijo tener relaciones sexuales aunque implique un riesgo.						
16- Aunque otros puedan contraer una infección de transmisión sexual, a mí no me va a pasar.						
17- Cuando quiero ganar un poco de valor y confianza en mí mismo(a), me bebo unas copas.						
18- Si mi pareja confía en mí no me pedirá que utilicemos condón al tener sexo.						
19- Bebo alcohol para aumentar mi rendimiento sexual.						
20- El alcohol mejora el rendimiento sexual.						
21- Si mi pareja me pega una vez es seguro que no volverá a repetirse.						
22. No tendría sexo sin usar un método anticonceptivo porque puedo embarazarme (o embarazarme a mi pareja).						
23- Critico a mi pareja porque quiero que sea una mejor persona.						
24- Mi pareja tiene derecho a gritarme si no hago lo que quiere.						
25- Es normal que los jóvenes beban.						
26- La mujer debe de hacer lo que su pareja le diga.						
27- En las fiestas bebo alcohol para formar parte del grupo.						
28- Si no bebo me siento excluido(a) y rechazado(a).						
29- Compro drogas ilegales aunque me pueda meter en problemas.						
30- Los que no beben son aburridos.						
31- Si mi pareja se arrepiente después de maltratarme es porque va a cambiar.						

	Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
32- He llegado borracho a la escuela aunque pueda haber castigos.						
33- Aunque no tenga ganas de tener relaciones sexuales, acepto para que mi pareja no se enoje.						
34- Mi cuerpo puede controlar el efecto de las drogas.						
35- Prefiero tener sexo sin usar condón porque deja de ser espontáneo.						
36- Si me informo sobre drogas puedo controlar su efecto.						
37- En todas las fiestas debe de haber alcohol.						
38- Tomo alcohol aunque después me dé cruda.						
39- Burlarme de mis compañeros no me meterá en problemas.						
40- Sólo las mujeres que tienen relaciones sexuales con muchos hombres se embarazan sin planearlo.						
41- En los jóvenes, tomar alcohol sólo es malo cuando es en exceso.						
42- Prefiero soportar gritos de mi pareja a perderla.						
43- Fumo marihuana porque me relaja.						
44- Me gusta beber alcohol porque me ayuda a ligar con los(as) chicos(as).						
45- Las infecciones de transmisión sexual las contraen las personas con poca higiene.						
46- Mi pareja no me va a contagiarse de una infección de transmisión sexual.						
47- Acepto que mis padres me humillen para mantener su apoyo económico						
48- Permito que mis padres me lastimen para conservar su cariño.						
49- Si me aseo los genitales antes y después de tener relaciones sexuales me protejo de contagiarme de una infección de transmisión sexual.						
50- Me divierto más cuando tomo alcohol.						
51- Beber alcohol mejora mi capacidad para relacionarme con otros.						
52- Fumar tabaco relaja y ayuda a manejar el estrés.						
53- Si conozco a la persona con la que voy a tener relaciones sexuales, estoy libre de contraer una infección de transmisión sexual.						
54- Si tengo una pareja estable no puede contagiarme de una infección de transmisión sexual.						
55- Prefiero tener sexo sin usar un condón porque me da más placer.						

	Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
56- Solo los hombres pueden ser alcohólicos.						
57- Consumo drogas porque aumenta mi creatividad.						
58- Si mi maestro me ridiculiza en clase lo hace para que sea un mejor alumno.						
59- Que un hombre le pegue a su mujer es signo de fortaleza.						
60- Dejo que mi pareja escoja la ropa que voy a usar para evitar peleas.						
61- Bebo alcohol para sentirme más seguro al relacionarme con los demás.						
62- Aunque no esté de acuerdo, hago lo que mis amigos digan para no perder su amistad.						
63- Expresar mi enojo a través de la violencia no me meterá en problemas.						
64- Bajo los efectos de las drogas me divierto mí.						
65- La mujer debe de aguantar lo que sea con tal de mantener su relación de pareja.						
66- No tengo que usar condón con mi pareja porque me es fiel.						
67- Mis padres me pegan porque quieren lo mejor para mí.						
68- Me gusta beber porque me ayuda a expresar mis sentimientos.						
69- Permito que mi pareja revise mi celular porque así aumenta su confianza en mí.						

A9. ¿Fumas tabaco? No () Sí () A10. ¿Cuántos cigarros fumas a la semana? _____	A11. ¿Tomas bebidas alcohólicas? No () Sí () A12. ¿Cuántos tragos (copas) tomas a la semana? _____	A13. ¿Has probado alguna droga ilegal? No () Sí () A14. ¿Cuál? _____
A15. ¿Actualmente consumes alguna droga ilegal? No () Sí () A16. ¿Cuál? _____	A17. ¿Eres sexualmente activo? No () Sí () *Si la respuesta es No pasa a la pregunta A21.	A18. ¿Usas algún método anticonceptivo para cuidarte? No () Sí () A19. ¿Cuál? _____
A20. ¿Usas condón en tus relaciones sexuales? No () Sí () A veces ()	A21. ¿Has estado en una relación de pareja violenta? No () Sí ()	A22. ¿Consideras que hay violencia en tu casa? No () Sí ()
A23. ¿Has sido víctima de violencia en tu escuela, por parte de compañeros o maestros? No () Sí ()	A24. ¿Consideras que eres agresivo con tus compañeros y/o maestros en la escuela? No () Sí ()	Agradecemos tu participación.