



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa De Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Terapia Familiar

Intento de suicidio en la familia: factores protectores y factores de riesgo.

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

PRESENTA:
Susana Lara Aguilar

Tutora principal: Mtra. Laura Edith Pérez Laborde
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Tutor revisor: Dr. Ricardo Sánchez Medina
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Tutora externa: Mtra. María Luisa Cepeda Islas
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Suplente: Dr. Alexis Ibarra Martínez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Suplente: Dra. Nélida Padilla Gámez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México. Octubre 2020



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.

Al amor en sus múltiples manifestaciones

Sí, ya sé que suena cursi esa primera línea, pero permítanme explicarme.

Me siento afortunada y eternamente agradecida porque puedo decir que me encuentro rodeada de múltiples formas de amor estoy segura de que no hubiera podido llegar a este punto sin esas muchas manifestaciones de amor.

Está el amor que le tengo a mi familia, en particular a mis padres Eva y Juve quienes entre otras cosas me inculcaron disciplina en los estudios, y a mis hermanas, Cris y Alma que me dejaban usar la computadora y el Internet aún a regañadientes. A mis abuelos que me deseaban un lindo día en la escuela. Siempre me he sentido cobijada por ellos.

Está el amor que le tengo a mis amigos: a quienes ya conocía antes de cursar esta maestría que son Myriham, Saúl, Gerardo, Grillo, Laurita. Ellos me vieron intentar 3 ocasiones el ingreso (¡la tercera fue la vencida!)

Fer, a quién conocí gracias a la idea de estudiar francés y más tarde, por medio de él, a Gris. Son unos ñoñazos y los amo por eso. Qué bueno que francés me dejó su amistad porque del idioma ya recuerdo poco :S

Amo haber encontrado amigas a quienes ya no puedo imaginar lejos aquí en la maestría: Eli, Paty, Silvia, Gaby, Ana. Sus voces están conmigo constantemente, en terapia y en la vida.

Me topé con profesores/terapeutas que aman su profesión y en esa medida me brindaron su conocimiento: Alexis, Nelly, Xóchitl, Ligia, Ofelia, Susy González, Rosario. Por supuesto a la maestra Laura Edna que fue mi tutora por un buen rato y muy muy especialmente a ti Laura Edith porque tomaste este barco sin rumbo y lo reencaminaste.

Está el amor de pareja que he construido al lado de Lalo. Tu viviste junto conmigo esta maestría, todo el proceso desde los concursos de ingreso hasta ahora que se está cerrando el ciclo. Eres mi mejor apoyo, mi mayor crítico y el mejor cómplice. Gracias infinitas.

Gracias a CONACyT y a la Universidad que nos brinda programas de excelencia como este, el programa de maestría y doctorado en psicología pues nos provee los medios para profesionalizarnos.

Gracias a la vida, gracias al amor.

“We’re all stories, in the end. Just make it a good one, eh?”
— The Doctor, Dr. Who Season 5, Episode 13

Índice

Introducción.	5
Capítulo 1. Análisis Del Campo Psicosocial.	7
1.1 Principales Problemas Que Presentan Las Familias Atendidas.	7
1.2 Descripción De Las Sedes Dónde Se Realizó La Experiencia Clínica.	13
1.3 Familias Atendidas	20
Capítulo 2. Fundamentos Teórico-Epistemológicos.	29
2.1 Modelos Que Guiaron Los Casos Clínicos.	29
2.1.1 Modelo De Terapia Breve Centrado En El Problema.	29
2.1.2 Terapia breve centrada en soluciones.....	42
2.2 Análisis y Discusión De Los Temas Que Sustentan Los Casos Clínicos. ...	65
Capítulo 3. Casos Clínicos.	79
3.1 Integración De Los Expedientes De Trabajo Clínico.....	79
3.1.1 Familia 1	79
3.1.2 Familia 2.	94
3.2 Análisis y Discusión Teórico-Methodológica De La Intervención Clínica Con Los Casos Elegidos.	106
Capítulo 4. Competencias y Habilidades Profesionales Adquiridas.....	116
4.1 Habilidades Teórico-Conceptuales.	116
4.2 Habilidades Clínicas.	127
4.3 Habilidades De Investigación y Enseñanza.	129
4.3.1 Investigación Cuantitativa.	130
4.3.2 Investigación Cualitativa.....	132
4.4. Habilidades De Difusión.	134
4.4.1 Asistencia a Congresos.....	134
4.4.2 Materiales Didácticos y/o Audiovisuales.....	137

4.5 Habilidades De Intervención.....	138
4.5.1 Desarrollo e Implementación De Talleres.....	138
Capítulo 5. Reflexiones Finales.....	139
5.1 Ética y Compromiso Social.....	139
5.2 Reflexión y Análisis De La Experiencia.....	142
5.3 Implicaciones En La Persona Del Terapeuta y El Campo Profesional	144
Referencias.....	147
Apéndice A. Formatos Utilizados En Sedes Clínicas.....	152

Introducción.

Este reporte de experiencia profesional fue construido a partir de la formación que recibí durante mi estancia en el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala durante el periodo comprendido entre agosto de 2015 y julio de 2017.

Esta formación no habría sido posible sin el compromiso constante en la formación de profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de su oferta académica y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por medio de los recursos económicos que me permitieron dedicarme al 100% al Programa. Como orgullosa integrante de la Comunidad Universitaria y beneficiaria del programa de becas de CONACyT, no puedo menos que ofrecer este documento como parte del compromiso social y profesional hacia mi país y hacia las instituciones ya mencionadas.

Es mi obligación contribuir al desarrollo profesional y social de México y contribuir a la difusión en temas importantes y de gran interés para la práctica clínica de la psicología. De ahí la pertinencia de este documento.

Este reporte está organizado en 5 capítulos. El capítulo 1 se abordan los principales problemas que presentaron las familias atendidas, así como las particularidades de las tres sedes clínicas con las que contamos en la Residencia. En el capítulo 2 se abordan dos modelos teóricos propios del enfoque sistémico, los cuales fueron de gran importancia durante el trabajo con familias; además se aborda con profundidad uno de los temas más importantes que llevan a las familias a terapia: el intento de suicidio. En el capítulo 3 se presenta la integración de dos expedientes de trabajo clínico, así como la discusión teórico-metodológica de la intervención con esas familias. El capítulo 4 aborda las competencias y habilidades profesionales adquiridas durante la residencia. Finalmente, en el capítulo 5 se

encuentran las reflexiones finales desde el punto de vista ético y de las implicaciones para la persona del terapeuta.

Capítulo 1. Análisis Del Campo Psicosocial.

1.1 Principales Problemas Que Presentan Las Familias Atendidas.

El servicio de Terapia Familiar que se brinda en las tres sedes clínicas como parte fundamental de la formación durante esta Residencia, es bien conocido por las autoridades y trabajadores de las Instituciones a las que pertenece cada sede. Estas mismas autoridades son quienes en muchas ocasiones refieren pacientes al servicio, por lo que se convierten en actores importantes para nuestra práctica clínica.

Ellos, los miembros de las Instituciones tienen bien desarrollado el *ojo clínico* para sugerir a diversas personas, familias y parejas que acudan a nuestro servicio. Pero ¿qué es lo que son capaces de percibir?

A juzgar por los pacientes que hemos tenido el privilegio de acompañar durante los dos años que duró la Residencia, en cada sede prevalecen diferentes problemáticas.

Por ejemplo, en el caso de la Clínica de Terapia Familiar ubicada en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, los tres temas más recurrentes fueron:

- Dinámica familiar, entendida como dificultades en la relación entre padres e hijos o adaptación a nuevas circunstancias como cambio de residencia, divorcio reciente, dificultades con los límites, secretos familiares, etc.
- Violencia, principalmente física y ejercida hacia las mujeres.
- Depresión, presentada en jóvenes estudiantes de la FES principalmente, la cual se relaciona con ansiedad, dificultades escolares, problemas de conducta (en niños) e ideación suicida.

Si hablamos del CCH Azcapotzalco, los temas recurrentes fueron:

- Dificultades en la relación padres – hijos, la cual a su vez se relaciona con dinámicas violentas y dificultades de rendimiento académico, el consumo de sustancias y autolesiones.
- Violencia bidireccional padres $\leftarrow \rightarrow$ hijos.
- Intento de suicidio, en una ocasión por parte de un alumno de CCH y en otra por el padre de una alumna.

Finalmente, en cuanto al ISSSTE Tlalnepantla podemos hablar de:

- Duelo por pérdida de familiares cercanos.
- Dificultad en la relación padres – hijos.

Esta revisión rápida de los temas con los que nos encontramos durante la práctica clínica en la Residencia refiere al microsistema y mesosistema, de acuerdo con Bronfenbrenner (1987).

A manera de paréntesis cabe mencionar muy brevemente la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (1987). La teoría es un enfoque ambiental sobre el desarrollo de una persona, a través de diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en su desarrollo cognitivo, relacional e incluso moral. Para explicar esta influencia, el autor nombra 4 sistemas que envuelven al núcleo, es decir, la persona. Los sistemas son los siguientes:

Microsistema: es el nivel inmediato donde se desarrolla una persona, por ejemplo, la familia, la escuela, el trabajo, los amigos, etc.

Mesosistema: se refiere a la interrelación entre dos o más contextos en lo que la persona participa activamente. Por ejemplo, la relación entre la familia y la escuela, o la relación entre la familia y los amigos.

Exosistema: este nivel se refiere al sistema social más amplio en el que la persona no participa directamente pero que sí incide en su desarrollo al interactuar con algún componente del microsistema; podemos encontrar en este nivel a las industrias, los servicios sociales, los medios de comunicación masiva, etc. Por ejemplo, si hablamos de un niño, el horario de trabajo de sus padres ilustraría este punto pues aunque el niño no participa de manera directa en estos, sí tiene consecuencias en su rutina diaria.

Macrosistema: es el nivel más amplio y está formado por valores culturales, costumbres y leyes, situados en un tiempo y lugar determinado. Los principios definidos por este nivel afectan en forma de cadena a todos los anteriores. Por ejemplo, si seguimos con la idea del punto anterior, si la creencia cultural en la que vive la familiar de ese niño es que los padres son los únicos responsables de su crianza, se ofrecerán pocos servicios sociales de ayuda familiar, lo que afectará los contextos en los que los padres funcionan y por ende al propio niño.

Se añade además el *cronosistema*, que se refiere a la dimensión temporal de todo el sistema. Los elementos de este sistema pueden ser externos a la persona, como la muerte de alguien cercano, la evolución cultural, o internos como los cambios que ocurren en una persona cuando llega a la vejez.

Volviendo a los temas más recurrentes en la práctica clínica durante la residencia, surge la pregunta: ¿podremos encontrar referencias a estos temas en contextos más amplios como exosistema y macrosistema? Algunos datos pueden sugerir que sí.

Por ejemplo, como lo informa la CONAPO (2012) en la revisión del Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009, algunas de las problemáticas sociales más comunes que se presentan en los hogares mexicanos y afectan la dinámica y convivencia familiar son:

- Violencia intrafamiliar, ya que en uno de cada cuatro hogares hay violencia.
- Maltrato a menores que, según datos de UNICEF, se incrementa en el país. De las niñas y niños que viven en situación de calle, 45% fueron maltratados en casa.
- Alcoholismo como problemática social.
- Consumo de drogas. Según la Encuesta Nacional de Adicciones, alrededor de 4.5 millones de personas han consumido drogas alguna vez.
- Estrés familiar, junto con problemas de la organización familiar, los conflictos y distanciamientos generacionales, los conflictos entre hermanos y una red más pequeña de apoyo familiar comparada con generaciones anteriores.
- Incremento de las enfermedades emocionales.
- Impacto de la migración en el contexto familiar, ya que uno de cada cuatro mexicanos tiene un familiar migrante.

Ya que estos datos están plasmados en el informe original de 2009 (CONAPO, 2009), como en la revisión de 2012 (CONAPO, 2012), podemos decir que es una tendencia que se mantiene en años recientes.

Por su parte, el INEGI, en diversos informes mencionados a continuación nos aporta datos estadísticos importantes acerca de la prevalencia de la violencia en México.

Por ejemplo, en la nota informativa titulada “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la mujer (25 de noviembre) / datos nacionales” (INEGI, 2018) se afirman los siguientes datos:

- A nivel nacional, 64 de cada 100 mujeres con violencia de pareja a lo largo de su relación, sufrieron violencia severa y muy severa.

- 20.4% de las mujeres ha experimentado violencia de pareja leve. Se entiende por violencia leve los casos en los que únicamente se experimentó violencia de tipo emocional y/o económica y que ocurrió esporádicamente.
- 15.7% experimentó violencia moderada, es decir, daños físicos y/o emocionales moderados como moretones, sangrado o ardor vaginal, pérdida o aumento de apetito.
- El 43.0% padeció violencia severa. En este rubro están las mujeres con violencia física y/o sexual de manera eventual, con daños físicos y/o emocionales severos como cortadas, quemaduras o pérdida de dientes, hemorragias o sangrado problemas nerviosos, angustia o miedo, tristeza, aflicción o depresión e insomnio.
- El restante 20.8% de las mujeres vivió violencia muy severa. Esta considera a quienes reportaron violencia múltiple de manera reiterada, con daños físicos y emocionales que atentan contra su integridad física, tales como fracturas, abortos o partos prematuros, alguna enfermedad de transmisión sexual, pérdida de capacidades motrices, los pensamientos suicidas y el intento de suicidio.

Acerca precisamente del último punto, en donde una de las consecuencias de vivir violencia severa son los pensamientos suicidas e intentos de suicidio, también contamos con la siguiente información.

Hasta 2005, las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios se captaron en las agencias del Ministerio Público; a partir de 2006 se publican datos solamente de suicidios, los cuales se captan mediante los registros de las estadísticas de mortalidad, particularmente, de las accidentales y violentas (INEGI, 2018).

En el último reporte oficial sobre intentos de suicidio que publica el INEGI en 2007, correspondientes a datos de 2005, se tiene que hubo en el país un total 227, de los cuales

108 fueron por hombres y 119 por mujeres. En cuanto a suicidios consumados se tuvieron 3553 suicidios de los cuales 2970 fueron perpetrados por hombres y 583 por mujeres (INEGI, 2007).

Cabe señalar que el hecho de que se haya dejado de recolectar información sobre los intentos de suicidio para poner el foco en los suicidios consumados deja en la obscuridad una gran cantidad de datos que serían de gran ayuda para poner los esfuerzos precisos en los lugares correctos para que se puedan minimizar ambos.

Además, es de gran importancia no olvidar que el estado de nuestra sociedad actualmente presenta graves problemas económicos, políticos, de seguridad etc. Por ejemplo, en los datos sobre incidencia delictiva reportados por el INEGI (2019^a) para el año 2018, se tienen registrados en el país 37,807 casos por cada 100,000 habitantes. Los delitos más comunes son, en orden decreciente, los siguientes: robo o asalto en la calle o transporte público, extorsión, robo parcial de vehículo, fraude, amenazas verbales, robo en casa habitación, otros tipos de robo, lesiones, otros delitos y robo total de vehículo.

Por otro lado, la percepción ciudadana de inseguridad refleja datos preocupantes, por decir lo menos: el 78.9% de los encuestados a nivel nacional perciben a su ciudad como insegura. En el caso de la ciudad de México y el Estado de México, ese porcentaje es de 89.2 y 88.8% respectivamente (INEGI, 2019c). Estos datos son concordantes con lo de la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (INEGI, 2019b) donde se asegura que el 73.9% de la población de 18 años y más considera que vivir en su ciudad es inseguro. Las ciudades con mayor sensación de inseguridad fueron Ecatepec de Morelos, Coatzacoalcos, Naucalpan de Juárez, Villahermosa, Tapachula y Uruapan.

Con estos datos no es de sorprender que, en las familias, parejas, centros de trabajo, escuelas, asociaciones de diversa índole y en los individuos, haya consecuencias a la salud

física y emocional: ¿Cuántas veces al día te sientes amenazado o amenazada? ¿Qué haces con eso? ¿Cómo se manifiesta en tu vida cotidianamente?

Basta echar un vistazo a las cifras que nos ofrece el mismo Instituto (INEGI, 2017) en cuanto a salud mental donde reporta 6559 defunciones por suicidio en el año 2017. ¿Coincidencia o consecuencia?

1.2 Descripción De Las Sedes Dónde Se Realizó La Experiencia Clínica.

Como se mencionó de manera breve con anterioridad, la práctica clínica realizada durante esta Residencia se llevó a cabo en tres diferentes sedes: la Clínica de Terapia Familiar, el CCH Azcapotzalco y el ISSSTE de Tlalnepantla. En las líneas siguientes se plasmará más a fondo la descripción de cada sede.

Clínica de Terapia Familiar.

Sin duda, la sede donde se atendieron más casos. Fue este el único espacio en el que tuvimos práctica clínica durante los 4 semestres.

Ubicada dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), en el primer piso del edificio de periodontología. Consta de dos espacios principales divididos por un espejo unidireccional. Durante las sesiones terapéuticas, de un lado del espejo se encuentran los pacientes junto con su terapeuta o terapeutas, mientras que del otro lado se encuentra el resto del equipo terapéutico, es decir, la supervisora o supervisor y los otros terapeutas en formación, además de observadores en algunas ocasiones (alumnos de primer semestre de la Residencia). Del lado de los pacientes se encuentra mobiliario como sillas, perchero, buró, y equipo técnico como videocámara, micrófono, tripié y teléfono. Del lado del equipo

terapéutico hay sillas, escritorios, bocinas y teléfono. El teléfono se usaba frecuentemente para establecer comunicación entre terapeuta y equipo. Se puede realizar una cita en la Clínica por medio de un buzón que se encuentra fuera de la misma en la que los solicitantes depositan un formato con sus datos de contacto y una breve descripción de la problemática que los lleva a terapia. Estos datos ingresan a una lista de espera a la cual el terapeuta en turno recurre para contactar a los solicitantes una vez llegado su turno. El costo de recuperación es de \$50.00 MXN por sesión, los cuales se pagan directamente en las cajas de la FESI.

La FESI, como muchos otros espacios de la UNAM, es un espacio de gran categoría en la comunidad donde se encuentra. A través de su amplia oferta de actividades culturales, deportivas y de salud, brinda servicios a la comunidad de gran importancia y con montos asequibles, como servicios dentales, médicos, oftálmicos y psicológicos. En ese contexto, la Clínica de Terapia Familiar se ha ido posicionando como un espacio importante a través del tiempo, por recomendación de boca en boca y también por recomendaciones entre psicoterapeutas y colegas de otras profesiones del área de la salud, gozando hoy en día de gran prestigio y alta demanda por el servicio.

A esta sede acuden personas, parejas y familias por igual, y de las más amplias composiciones y condiciones sociales, culturales, económicas, educativas, etc.

CCH Azcapotzalco.

Dentro del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco, en el edificio SILADIN, se encuentra el espacio destinado para las prácticas clínicas de Terapia Familiar de esta residencia. A esta sede, la mayoría de quienes formamos parte del mismo equipo

terapéutico, asistimos 2 de los 4 semestres, el 1º como observadores y el 3º como terapeutas familiares en formación.¹

El espacio es un salón sin divisiones físicas; los espacios para pacientes y equipo terapéutico se delimitaban con la posición del mobiliario. En el espacio para los pacientes se encontraban sillas, mesa de centro y videogradora (llevada por los terapeutas en formación). En el espacio delimitado para equipo terapéutico existen sillas, mesa de trabajo, pizarrón blanco, plumones, borrador. Los pacientes toman asiento dando la espalda al equipo de manera que el terapeuta queda frente al equipo. Cuando el equipo se quiere comunicar con el terapeuta se hacía uso del pizarrón y los plumones, o en su defecto, se hacía de manera verbal.

El servicio en esta sede se ofrece a alumnos del CCH y sus familias, así como a los trabajadores del plantel. El departamento de psicopedagogía es el encargado de difundir la existencia del servicio para que pueda solicitarlo quien lo desee, o bien dicho departamento canaliza situaciones que, a su juicio, son más adecuadas para ser atendidos por los integrantes de la residencia. En esta sede el servicio no tiene costo y es de gran importancia para alumnos y sus familias, particularmente para aquellos para quienes sería complicado o imposible pagar un servicio de terapia familiar. De esta manera queda subsanada al menos una de las razones por las que se podría dejar de asistir a terapia, sin ser la única. Lo anterior se señala pues una buena parte de las personas o familias con quienes conversamos hicieron referencia a una situación económica precaria.

¹ En primer semestre asistimos a esta sede los 5 miembros del equipo terapéutico. Sin embargo, en tercer semestre solamente 4 de nosotros asistimos pues una de las integrantes se encontraba realizando una estancia académica en el extranjero.

En esta sede se atendieron más familias que personas en lo individual o parejas, todas ellas con necesidades importantes y/o complicadas con temas como violencia, conductas de riesgo en adolescentes, autolesiones, ideación e intento suicida, etc.

ISSSTE Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla.

La práctica clínica de Terapia Familiar en esta sede se realizó en el cubículo de Psicología de esta institución: durante el semestre se destinaba un día cada dos semanas a nuestro uso.

El espacio era un cubículo con mobiliario diverso: escritorio, sillas, sillón, pizarrón, pantalla de televisión, archivero, videograbadora. Al igual que en el CCH Azcapotzalco, es un espacio sin divisiones físicas; los pacientes toman asiento dando la espalda al equipo de manera que el terapeuta queda frente al equipo. Cuando el equipo se quiere comunicar con el terapeuta se hacía uso del pizarrón y los plumones, o en su defecto, se hacía de manera verbal.

Pueden solicitar el servicio de terapia familiar todos los derechohabientes del ISSSTE y los trabajadores de la clínica. La captación de pacientes se realiza en conjunto con el personal de la clínica: se visitaban las salas de espera para promocionar el servicio a los derechohabientes que ahí se encontraran o también, algunos médicos familiares canalizaban a sus pacientes con nosotros. Quienes se interesaban, debían llenar un formato donde se piden datos de contacto y una breve explicación del motivo de consulta en Terapia Familiar.

El servicio para los pacientes de esta clínica se ha convertido en un servicio importante pues se convierte en una alternativa viable al servicio ordinario de psicología, el cual, a decir

de los mismos pacientes, tiene tiempos de espera prolongados ya sea para iniciar un proceso terapéutico o para las consultas subsecuentes.

En esta sede se atendieron igualmente a personas, parejas o a familias y los temas que llevaron a terapia tenían que ver, en el periodo que mi equipo y yo estuvimos ahí, principalmente con la pérdida de un ser querido y/o dificultades en la relación entre padres e hijos.

Precisiones que aplicaban para las tres sedes.

Además de las características ya descritas con anterioridad para cada una de las sedes clínicas de esta Residencia, hay algunos detalles que todas ellas compartían.

Por ejemplo, los pacientes en todo momento supieron que éramos estudiantes de la Maestría y terapeutas familiares en formación. Sabían que teníamos a un supervisor o supervisora presente durante las sesiones y que las mismas se graban en audio y video para su posterior estudio o análisis.

Antes de comenzar con dichas grabaciones, los consultantes recibían una explicación de esos detalles del servicio y firmaban dos formatos: uno en el que constaba que estaban de acuerdo con las condiciones del servicio y otro que era el consentimiento informado para grabar las sesiones. Además, se les entregaba un documento extra que es el reglamento del servicio (se pueden revisar estos documentos en el apéndice A. En cuanto estos documentos quedaban firmados se procedía a iniciar.

El primer contacto con la familia o paciente era por medio de una llamada telefónica la cual realizaba el terapeuta (o alguno de los dos terapeutas, si se trataba de una co-terapia)

responsable del caso. Se trataba de una llamada de aproximadamente 20 minutos de duración donde se recababa información general de la familia o paciente y de la dificultad que los llevaba al servicio. También se establecía día y hora de la primera sesión (por lo general, este día y hora se mantenía durante todo el proceso terapéutico).

Como resultado de la primera llamada se realizaba un reporte en donde se plasmaba el genograma o familiograma, según fuera el caso, (McGoldrick y Gerson, 1985) y el resumen de la llamada. Este mismo formato se utilizaría para generar los reportes de cada sesión, de cada uno de los casos de los que se era terapeuta responsable. Cada reporte de sesión contaba con una ficha de identificación con datos como los de la institución donde nos encontrábamos, el número de sesión, datos de la familia (nombres, motivos de consulta) supervisor o supervisora, fecha, equipo terapéutico y resumen de sesión.

Figura 1.

Formato reporte inicial.

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctora en Psicología
Residencia en Terapia Familiar
Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco

Primera sesión.

Nombre de la familia: [Redacted]
Contacto: [Redacted]
Terapeuta: Susana Lara Aguilar
Supervisor: Dr. Alexis Ibarra Martínez
Equipo terapéutico: [Redacted]
Fecha: 30 de agosto de 2016.
Motivo de consulta: dificultades con [Redacted]
Miembros de la familia que asisten a la sesión: [Redacted]

Familiograma:

Resumen de sesión:

Nota: se muestra el formato utilizado en los reportes de sesión y de primer contacto telefónico.

Los procesos terapéuticos duraban en promedio 6 sesiones, aunque el rango va de 1 a 9 sesiones.

Otro procedimiento que compartieron las tres sedes fue el formato pre-sesión – sesión – pausa – mensaje – post sesión.

Estas etapas de la sesión son las mismas que en su momento usaban los pioneros del modelo de Milán para guiar sus propios procesos (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1991).

En la etapa de *pre-sesión* el terapeuta responsable ponía al tanto al resto del equipo del caso que se iba a revisar con detalles como los integrantes de la familia, la problemática, los cambios ocurridos (o los no cambios) y el posible plan para la próxima sesión. Esta etapa se realizaba por lo general unos minutos antes de que llegaran los consultantes a sesión.

La *sesión* era el tiempo en que se desarrollaba la conversación terapéutica entre los consultantes y el terapeuta. Tenía una duración de 45 o 50 minutos. Contaba con algunas intervenciones del equipo terapéutico, ya sea por medio del teléfono o de manera presencial.

Luego de la sesión existía la *pausa*, en la cual el terapeuta se ausentaba de la sala de terapia (en el caso de la Clínica de Terapia Familiar de la FESI) o se les pedía a los integrantes de la familia que esperaran fuera del salón/cubículo por unos minutos (CCH Azcapotzalco e ISSSTE Tlalnepantla). Duraba unos 5 minutos aproximadamente y durante ese tiempo todo el equipo terapéutico conversaba sobre lo más relevante de la sesión. Como resultado se obtenía un mensaje para la familia.

El *mensaje* era la última parte de la sesión y durante el mismo, que consistía en unos 5 minutos, se les comunicaba a los pacientes las reflexiones que había hecho el equipo terapéutico. Si se consideraba adecuado se dejaba una tarea para realizar en el tiempo entre sesiones.

Post-sesión. Era un tiempo dedicado a conversar sobre el caso en general y la sesión que recién terminaba en particular. De igual manera participaba todo el equipo terapéutico, aunque el papel del supervisor o supervisora era primordial pues ofrecía su guía sobre posibles líneas de intervención o hipótesis que podrían guiar el caso para llevarlo a buen puerto. Esta etapa podía tener lugar justo después de la sesión o en los días posteriores.

1.3 Familias Atendidas

Tabla 1.

Familias atendidas.

En este apartado se presentan la totalidad de familias atendidas durante los 4 semestres de mi estancia en la Residencia, así como la función desempeñada dentro del sistema, la sede, número de sesiones, semestre en que se atendió y el resultado de la intervención.

Sede: Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala					
Modalidad de Terapia solicitada	Función dentro del sistema	Motivo de consulta	Número de sesiones	Semestre en que se atendió	Resultado de la intervención.
Individual Sra. C. S.	Observadora	La hija mayor de la Sra C. vive violencia intrafamiliar y busca formas de apoyarla.	5	1º	Baja por inasistencias
Individual Sra. C	Observadora	Por haber perdido sentido de vida, posible depresión.	1	1º	Baja por inasistencias
Individual Sra. G.	Observadora	Problemas en la pareja (desconfianza,	6	1º	Alta. Se cumplieron los

		irresponsabilidad e infidelidad).			objetivos del proceso terapéutico.
Familiar. Familia S.	Observadora	Problemas de límites con la familia extensa y baja autoestima del hijo mayor.	5	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos del proceso terapéutico
Individual Joven A (mujer)	Observadora	Problemas de ansiedad y melancolía generados por la presión en la escuela y en casa	4	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos del proceso terapéutico.
Familiar. Familia A. L.	Observadora	El padre se encuentra en un reclusorio y su hijo no lo sabe, pero al parecer ya se dio cuenta y no saben cómo reaccionar.	3	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos del proceso terapéutico.
Familiar. Familia S. H.	Observadora	Problemas de conducta del hijo y discusiones constantes entre madre e hijo.	5	1º	Seguimiento para el semestre siguiente.
Familiar. Familia P. L.	Observadora	El hijo habla solo y reproduce discusiones que escucha. Divorcio reciente de la pareja.	5	1º	Alta. Se cumplieron algunos objetivos terapéuticos.
Pareja. Pareja P-U	Observadora	Arreglar problemas de pareja, principalmente superar la infidelidad de ella.	7	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos del proceso terapéutico.
Familiar. Familia H. V.	Terapeuta	Problemas de adaptación de la madre con sus hijas después de la separación y divorcio. Muerte de hermana de la madre	6	2º	Alta. Se cumplieron los objetivos del proceso terapéutico.

		durante el proceso terapéutico.			
Individual. Joven L. H. (varón)	Terapeuta.	Problemas de rendimiento académico	5	2º	Alta. Se cumplieron algunos de los objetivos del proceso terapéutico y el paciente dejó de asistir.
Familiar. Familia M. G.	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas de conducta (agresión a primos) de su hijo mayor. Además de estar separada la señora de su esposo en donde vivía violencia intrafamiliar.	3	2º	Baja por inasistencias.
Familiar. Familia A. C.	Miembro del equipo terapéutico.	Asisten a sesión porque uno de los hijos presenta dislexia y dificultad para adaptarse a su escuela. Además de encontrarse en un proceso de adaptación como nueva familia y en nueva residencia.	5	2º	Baja. No pudieron continuar el proceso debido a dificultades económicas.
Individual. Joven A (mujer)	Miembro del equipo terapéutico.	Presenta momentos de melancolía y depresión durante los periodos de exámenes	6	2º	Alta. Se cumplieron los objetivos del proceso terapéutico.
Individual Joven A (mujer)	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas con su papá por infidelidades a su mamá y efectos en la vida de la consultante	5	2º	Alta por cambios en sistema
Familia M - M	Miembro del equipo terapéutico.	Refieren problemas de comportamiento de hijo mayor, es	4	2º	Baja por inasistencias

		violento en todas partes.			
Familia B	Miembro del equipo terapéutico.	Temporadas de depresión en uno de los miembros de la familia; ha manifestado deseos de quitarse la vida. Su estado de ánimo ha influido en su estado de salud física.	1	2º	Baja por inasistencias después de la primera sesión.
Familia R	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas por la conducta (robo, violencia y mentiras) de sobrino que acaba de llegar a vivir con ellos. Reorganización familiar.	7	2º	Alta por cambios en sistema
Familia P. V.	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas con la conducta de la hija menor, no hace caso en escuela y hace lo que quiere	1	2º	Baja por inasistencias después de la primera sesión.
Individual. Sra E	Terapeuta	Duelo por muerte reciente de su madre. Disputa con sus hermanos quienes no están conformes con la herencia. Dificultades en la dinámica con su esposo quien se jubiló recientemente.	7	3º	Alta por cumplimiento de objetivos
Individual. Sr O.	Terapeuta	Se siente "mal" emocionalmente pues terminó la relación de pareja que tenía con una joven 20 años menor que él.	1	3º	Baja por inasistencias después de la primera sesión.
Individual. Sra. L.	Terapeuta	Su hija adolescente acaba de ser madre	3	3º	Baja por inasistencias

		y tiene una relación violenta con el padre del bebé recién nacido. Quiere que su hija asista a terapia.			después de la tercera sesión.
Individual X.	Miembro del equipo terapéutico.	Estrés por la realización de su tesis, problemas con sus papás y dificultades para tener una pareja estable.	6	3º	Alta por cumplimiento de objetivos
Pareja R - J	Miembro del equipo terapéutico.	Se reporta que el esposo tiene conductas violentas y ha amenazado con suicidarse si ella decide separarse de él.	1	3º	Baja por inasistencias después de la primera sesión.
Pareja	Miembro del equipo terapéutico.	Se han dado eventos de violencia física, verbal y emocional por ambas partes, definir si quieren seguir juntos.	3	3º	Baja. Tras operación dental no continuaron con el proceso.
Individual. Joven E. (mujer)	Terapeuta	Perdida del padre y sentimiento de estancarse a nivel profesional	6	4º	Alta por cumplimiento de objetivos y canalización
Familia R-A	Co-terapeuta	Problemas en la organización y dificultades entre los miembros de la familia.	4	4º	Baja. Se observaron avances, sin embargo, por falta de tiempo no pudieron continuar el proceso.
Individual R.	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas en la dinámica familiar y el comportamiento del hijo mayor en la escuela.	9	4º	Alta por cumplimiento de objetivos

Familia G	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas con el comportamiento de la hija mayor de la familia, es impulsiva	8	4º	Alta por cumplimiento de objetivos
Individual Joven M.	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas de enojo y ansiedad que se han intensificado en el último año.	2	4º	Baja por inasistencia, dificultades con el horario y labores
Sede: CCH Azcapotzalco					
Modalidad de Terapia solicitada	Función dentro del sistema	Motivo de consulta	Número de sesiones	Semestre en que se atendió	Resultado de la intervención.
Familia	Observadora	La tercera hija del matrimonio presenta alto índice de reprobación de materias, miente constantemente y ejerce violencia hacia la madre.	5	1º	Baja por inasistencias
Familia	Observadora	Conflictos generados en la relación madre-hija por ser adolescente.	4	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos terapéuticos.
Familia	Observadora	Problemas entre madre e hija por reprobar materias y riesgos de hija al salir con desconocidos	5	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos terapéuticos.
Individual	Observadora	Violación sufrida 2 meses antes de pedir el servicio. Presencia de enuresis.	5	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos terapéuticos
Familia	Observadora	Consumo de drogas por parte del segundo hijo.	5	1º	Alta. Se cumplieron los objetivos terapéuticos.
Familia	Observadora	Violencia ejercida del hijo mayor hacia sus hermanos y mascotas, además del cambio de	4	1º	En seguimiento para el semestre posterior.

		residencia con abuela.			
Familiar Familia A. F.	Terapeuta	Intento de suicidio por parte de G quien es alumno de nuevo ingreso al CCH. La atención es solicitada por la madre.	3	3º	Alta. Se cumplieron con los objetivos planteados
Familiar Familia C. T.	Co-terapeuta	“Problemas intrafamiliares”. Intento de suicidio por parte del padre, quien es violento con la familia. Dificultades de rendimiento académico de Z (alumna de CCH)	3	3º	Baja por inasistencias
Familia L. A.	Miembro del equipo terapéutico.	La hija ha ingerido pastillas como intento de suicidio, reprueba en clases y ha falsificado sus boletas.	8	3º	Alta. Se cumplieron con los objetivos planteados.
Familiar. Madre-hija	Miembro del equipo terapéutico.	La hija se corta en momentos de tensión desde 6to de primaria, ha abandona el primer semestre de la universidad pues no es la carrera de su elección.	2	3º	Baja. Por falta de disponibilidad de tiempo no continuaron el proceso.
Familiar. E - A	Miembro del equipo terapéutico.	E refiere que su hija A consume alcohol, marihuana, llega tarde y no sigue límites.	5	3º	Baja por inasistencias
Sede: ISSSTE Tlalnepantla.					
Modalidad de Terapia solicitada	Función dentro del sistema	Motivo de consulta	Número de sesiones	Semestre en que se atendió	Resultado de la intervención.

Individual	Terapeuta	Fobia a los perros y a las enfermedades.	7	2°	Seguimiento para el siguiente semestre.
Individual	Co-terapeuta	Quiere sentirse fuerte emocionalmente para llevar a cabo la decisión que tomó sobre divorciarse y afrontar las consecuencias que traiga.	4	2°	Alta por cumplimiento de objetivos
Individual	Terapeuta	Pérdida de su esposo hace unos años y problemas de sobrepeso.	1	2°	Baja, asiste solo a una sesión
Individual R.	Miembro del equipo terapéutico.	Duelo por fallecimiento de hijo hace 2 meses	6	2°	Alta por cumplimiento de objetivos
Individual A.	Miembro del equipo terapéutico.	Duelo por la muerte de mamá y primo (hace 2 años), y sentimiento de soledad constante.	3	2°	Alta, se tienen alcances en el caso, pero tiene cirugía próxima
Familia M. E.	Miembro del equipo terapéutico.	Bajo rendimiento académico de la hija. Reorganización de límites.	5	2°	Alta por cambios en el sistema
Individual. Sra R.	Terapeuta	Dificultades con su hijo que está diagnosticado con esquizofrenia	7	4°	Alta, cumplimiento de objetivos y canalización a especializaciones en adicciones y psiquiatría
Individual. Sra B.	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas con su hermano que se acaba de mudar con ella, exceso de responsabilidades	6	4°	Alta por cumplimiento de objetivos
Individual. L.	Miembro del equipo terapéutico.	Necesita ayuda para cerrar ciclos en su vida	4	4°	Alta por cumplimiento de objetivos

Individual. Sra. H	Miembro del equipo terapéutico.	Duelo por el fallecimiento de su hijo	2	4°	Alta por cumplimiento de objetivos
Individual. Sr. A.	Miembro del equipo terapéutico.	Problemas de farmacodependencia.	1	4°	Baja, solo asiste a una sesión, no acepto las condiciones para su proceso terapéutico

Nota: en este apartado se presentan la totalidad de familias atendidas durante los 4 semestres de mi estancia en la Residencia, así como la función desempeñada dentro del sistema, la sede, número de sesiones, semestre en que se atendió y el resultado de la intervención.

Capítulo 2. Fundamentos Teórico-Epistemológicos.

2.1 Modelos Que Guiaron Los Casos Clínicos.

En los dos procesos terapéuticos que se eligieron para ser reportados en este informe se utilizaron principalmente dos modelos de terapia que forman parte de la teoría sistémica: el modelo de terapia breve centrado en problemas (MRI) y el modelo de terapia breve centrado en soluciones.

A continuación, se explicarán las principales premisas, autores, postulados y técnicas de cada uno de ellos.

2.1.1 Modelo De Terapia Breve Centrado En El Problema.

Antecedentes.

El MRI tiene sus inicios en el año de 1969 aproximadamente, siendo sus principales representantes Paul Watzlawick, Richard Fisch, Hohn Weakland y Lynn Seagal. De esta escuela se desprenden dos enfoques: uno centrado en el problema y el centrado en las soluciones (Espinosa, 2004). En esta primera parte del capítulo nos ocuparemos de las intervenciones del enfoque centrado en el problema.

Este enfoque, como su nombre lo indica, está centrado en el problema o dificultad del consultante, sin ser un enfoque basado en patologías.

De acuerdo con Espinosa (2004), un concepto importante es el de *intentos de solución* que son las respuestas que dan los consultantes al problema con intención de resolverlo. Aunque esas soluciones por lo general no dan resultado, se tiende a seguir aplicándolas,

haciendo más de lo mismo. Estos intentos de solución son los que preservan el problema: una dificultad es un verdadero problema al intentar solucionarla sin éxito, aplicando de nueva cuenta la misma solución incrementando el problema aún más.

Otro punto de gran relevancia es la distinción que se hace entre *cliente* y *paciente*. Se entiende por cliente aquella persona preocupada por el cambio derivado de la terapia, siendo el paciente quien presenta el síntoma y el foco del cambio (Espinosa, 2004).

La estrategia general del modelo es abandonar la solución intentada, poniendo una solución generalmente opuesta a los intentos de solución. Las metas terapéuticas del modelo, como las menciona Espinosa (2004) son las siguientes: plantear objetivos concretos en conductas observables; elegir un cambio mínimo para ir alcanzando los objetivos de la terapia con la intención de que se expanda y crezca; dar un giro de 180°; usar el lenguaje, postura y valores del consultante; evitar confrontaciones.

A continuación, se describen más ampliamente las intervenciones que este modelo propone.

Las intervenciones.

La terapia breve pretende influir sobre el cliente para que su dolencia original se solucione del modo que éste pretende. Dicho objetivo puede conseguirse por dos vías: impidiendo que se lleve a cabo una conducta que permita la continuidad del problema, o cambiando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

En ambos casos es necesario el trabajo del terapeuta. Aunque en teoría el terapeuta incide en el sistema desde el primer momento de contacto con el cliente, a continuación, se exponen las intervenciones planificadas que el terapeuta puede utilizar para poner en

práctica la estrategia del tratamiento. La información es retomada es del texto de Fisch, Weakland y Seagal (2003).

Los autores plantean dos grandes categorías de intervenciones planificadas:

- Las intervenciones principales, que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan único para el caso en concreto.
- Las intervenciones generales que se usan cuando el terapeuta quiere comunicar algún asunto general, para después hacer una intervención más específica. También se puede usar para saber si es suficiente esta intervención para solucionar el problema.

Comenzaremos entonces con las intervenciones generales.

Intervenciones generales.

1.- No apresurarse.

Esta es quizá la más utilizada de las intervenciones y en algunos casos basta, convirtiéndose en la única. Consiste en indicarle al paciente que no haga nada, nada en concreto y se dan instrucciones vagas, como por ejemplo “es muy importante que en estos días que no nos veremos no intentes nada para mejorar”. Estas instrucciones vagas suelen ir acompañadas de argumentos razonables y creíbles que justifiquen no ir de prisa, como por ejemplo “todo cambio necesita de un periodo de adaptación, aunque sea mínimo” o “los cambios que se realizan poco a poco suelen ser más duraderos que los que se dan de un día para otro” (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Los autores señalan que es muy común que esta instrucción de no apresurarse se dé en la primera sesión, principalmente a aquellos pacientes que como intentos de solución suelen

apresurarse mucho o los que presionan al terapeuta para “curar” el síntoma. Además, en el caso de una mejoría repentina, se puede recurrir a mostrarse preocupados explicando que este cambio quita la tranquilidad al terapeuta.

Esta intervención es útil porque describe al terapeuta como alguien que no obliga al paciente a que cambie con demasiada rapidez, al mismo tiempo que evita que se tenga una sensación de urgencia para solucionar el problema (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Ejemplo: acude una paciente de cerca de 50 años al servicio de psicología cuyo problema es que por casi 25 años ha tenido una fobia a los perros. Esta fobia se ha ido modificando en intensidad a través del tiempo y ahora se intercala con un gran temor a enfermedades o “que pasen cosas malas”.

La demanda de la paciente es curarse totalmente de su fobia pues le ha traído altos costos en su vida, además de asegurar que en otras terapias a las que ha asistido nunca le han dicho que hacer.

Al término de la primera sesión, el equipo terapéutico decide que como parte del mensaje se le dirá a la paciente que, como es un problema que ha tenido durante mucho tiempo y es complejo, se va a necesitar de un proceso para disminuir estos miedos que la aquejan y entonces el equipo le pidió no hacer algo en especial para solucionar su fobia. Al usar la palabra “proceso” se mandó el mensaje de que llevará tiempo, además de que se manejó el tema como “disminuir” el síntoma en lugar de eliminarlo.

2.- Los peligros de una mejoría.

Fisch, Weakland y Seagal (2003) afirman que es parecido al anterior, aunque con objetivos un tanto diferentes. En este caso se le pregunta al paciente si puede identificar algún peligro o dificultad que vendrá derivado de la resolución del problema. En la mayoría de los casos

las personas dirán que no existe ningún peligro ante la solución del problema; sin embargo, el terapeuta puede plantear algunos, por ejemplo, si el hijo adolescente y el padre dejan de tener conflictos, de qué se ocupará la madre ahora; si la madre deja de pedirle a la abuela que cuide a los nietos, qué hará la abuela con todo ese tiempo libre.

Cuando se logra esa postura, se puede usar para diferentes objetivos como aplicar el no apresurarse o usarse como motivación, como en el ejemplo de los autores: "Si mejorase, quizás tuviese un efecto pernicioso para su esposo. Mire, si usted funcionase mejor, él ya no podría dominarla y quizás se sintiese deprimido. No sé si usted querrá que a él le pase esto" (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Ejemplo tomado de Fisch, Weakland y Seagal (2003): se trataba de una familia de padres jóvenes e hijos pequeños, de 5 y 3 años. El mayor de ellos no había aprendido a ir al baño, por lo que orinaba y defecaba en todos lados y sin previo aviso. Sin embargo, cuando lo ponían sus padres en el inodoro podía pasar todo el día sin evacuar e incluso varios días con estreñimiento. Este problema abarcaba toda la vida de la familia pues no podían salir por largo tiempo de casa, ir a visitar a los abuelos o ir de vacaciones pues había que cargar con varias mudas de ropa y el asunto de la limpieza era muy complicado. Además, la familia no recibía visitas en su casa pues constantemente estaba sucia y esto incomodaba a las personas.

La demanda de los padres era terminar con esa situación. En algún momento de la terapia, el terapeuta les preguntó si estaban seguros pues traería consecuencias que podrían no ser agradables. En seguida los padres contestaron que no veían peligro, por lo que el terapeuta enumeró algunos: no tener un tema de conversación como padres/familia; recibir la visita de su suegra constantemente; gastar dinero en vacaciones o visitas al centro comercial, cine, etc.

En esta ocasión fue usado como motivación pues a pesar de estos aparentes inconvenientes, los padres decidieron continuar con la eliminación de síntoma, lo cual se logró al final de la terapia.

3.- Un cambio de dirección.

Por cambio de dirección se entiende modificar la intervención que se ha ido haciendo hasta el momento, ofreciendo al paciente una razón del cambio. De acuerdo con Fisch, Weakland y Seagal (2003), es común que dicho cambio se realice como un giro de 180° aunque no es una regla rígida.

De acuerdo con Fisch, Weakland y Seagal, (2003) se necesita un cambio de dirección cuando por ejemplo el terapeuta, sin quererlo, comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de esta dinámica; también cuando el cliente acepta realizar ciertas actividades, pero después resultan no ser productivas o cuando el terapeuta se da cuenta de que no se está avanzando a pesar de sus sugerencias.

Además, cuanto más rápido sea el cambio de dirección, más fácil será realizarlo. Otro modo de realizar un cambio de dirección es recurriendo a un “terapeuta más experimentado” en lo que aqueja al cliente y de esta manera introducir nuevas ideas (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Los argumentos que se suelen dar para el cambio de dirección suelen ser sencillos como por ejemplo que, reflexionando sobre sesiones pasadas, nos hemos dado cuenta de que dejamos cierto elemento de lado, cuando parece ser importante (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Ejemplo: se inició un proceso terapéutico con una joven de 30 años quien decía que su problema era su dependencia emocional a su pareja. Ella quería comprender por medio de

conversaciones que era lo que le generaba esta dependencia, así que se trabajaron algunas pocas sesiones, sin embargo, las dificultades con su pareja empeoraban.

El terapeuta le propuso un “descanso” de estas pláticas que parecía no estaban atacando los problemas de la pareja, para invitar a que se convirtiera en una terapia de pareja y así mejorar la relación que estos jóvenes sostenían. La cliente aceptó y tras unas sesiones de terapia de pareja la dinámica comenzó a modificarse pues ella comenzó a sentirse más segura y su síntoma inicial disminuyó.

4.- Cómo empeorar el problema.

Esta técnica consiste en indicar al cliente la manera de empeorar su problema y se suele utilizar cuando ya se han dado sugerencias para mejorar y el cliente se muestra dudoso o renuente a llevarlas a cabo, o se niega a probar algo nuevo (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Los autores usan argumentos como “no sé qué podrías hacer para solucionar el problema, pero si haces lo que te diré, de seguro empeorará”; enseguida de esta expresión se enuncian a detalle todos los intentos de solución que el cliente ha hecho. De esta manera se comunica implícitamente todo lo que el terapeuta espera que el cliente haga, a la vez que el cliente los capta más fácilmente. Además, los clientes se vuelven más conscientes de lo que pasaría si continúa con los intentos de solución y se señala el papel activo del cliente en la persistencia de su problema.

Se puede enunciar de manera afirmativa, pero también puede ser a manera de preguntas como, por ejemplo: “¿sabe usted de qué manera podría empeorar el problema?” (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Una variante de esta intervención es prescribir las conductas que se realizaban, incluso hasta un extremo que provoque aversión, en casos dónde el cliente se ha resistido a otras sugerencias.

Ejemplo: una madre y su hijo adolescente llegan a terapia quejándose el uno del otro: la madre se queja de que el hijo no hace sus deberes en la casa y el hijo de que su madre lo vigila constantemente. Después de varios intentos y sesiones de negociación de ambos, los resultados no son satisfactorios por lo que el equipo terapéutico opta por mandar la instrucción a ambos de que sigan realizando lo mismo de lo que se quejan e incluso de que lo aumenten (la vigilancia y el no cumplir con los deberes). La incomodidad de ambos sube de intensidad por unos días, sin embargo, pronto llegan a su límite, lo que los colocó en una mejor disposición a la negociación.

Ya que hemos revisado las intervenciones generales, nos ocuparemos de las llamadas intervenciones principales.

Intervenciones principales.

1.- El intento de forzar algo que solo puede suceder de manera espontánea.

De acuerdo con Fisch, Weakland y Seagal (2003). En esta intervención se habla de que el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona; por ejemplo, la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico como el rendimiento sexual, intestinal, urinario, temblores y tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolores, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

Normalmente, el rendimiento de estas actividades varía y la mayoría de las personas experimentan perturbaciones temporales con el sueño, la actividad sexual, etc., aunque, si bien es poco probable que requieran especial atención o la ayuda de un profesional ya que se corrigen espontáneamente, puede darse el caso de que algunas personas tomen medidas para corregirlas que preserven el problema (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

A decir de los autores, esta intervención no resultará efectiva si el terapeuta dedica solamente a insistir a los pacientes a que abandonen la conducta que los atormenta, sino que el terapeuta suele indicar implícitamente a un paciente que abandone una actividad cuando explícitamente le pide que realice otra.

Una variante de la técnica es insistir al paciente que haga que aparezca el síntoma bajo ciertas circunstancias con la finalidad de recabar toda la información necesaria. Otra opción es prescribir al paciente el fracaso deliberado en alguna actividad, con propósitos de diagnóstico (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Otra alternativa que tiene el terapeuta es redefinir el síntoma como una característica positiva. Por ejemplo, un empleado que se autodefinía como adicto al trabajo pudo redefinir su adicción como su única oportunidad de estar lejos de su familia que le desagradaba.

En caso de que se use esta técnica para tratar alguna adicción, Fisch, Weakland y Seagal, (2003) proponen utilizar este enfoque de la manera siguiente: se expone al paciente a la sustancia objeto de su adicción a la par que se idea un ritual para poder acceder a la sustancia, de manera que el cliente no se tenga que preocupar por tratar de resistir la tentación. Por ejemplo, un fumador puede fumar todos los cigarrillos que quiera siempre y cuando vaya a comprarlos de uno en uno a una tienda que se encuentra a una distancia de media hora.

Ejemplo: un hombre maduro, viudo y viviendo solo en casa presenta signos de insomnio, duerme solo dos horas por noche. El terapeuta le sugiere la siguiente tarea: cada noche a las 10:00 pm tendrá irse a dormir, pero si al cabo de una hora no ha podido conciliar el sueño, tendrá que levantarse, vestirse y bajar a la sala para encerer el piso de madera; cuando termine, tendrá que volver a desvestirse e intentar dormir. Si pasa otra hora tendrá que repetir lo que ya hizo anteriormente y así tendrá que hacer hasta que pueda conciliar el sueño durante toda la noche.

2.- Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

En este caso también estamos hablando de problemas autorreferenciales ya que los pacientes suelen estar aquejados por estados de terror o ansiedad como por ejemplo fobias, timidez, bloqueos creativos, etc., y difiere del punto anterior porque los estados de terror o ansiedad pueden surgir y mantenerse sin que alguien más intervenga (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Un buen ejemplo de esta categoría son las fobias, las cuales, a decir de Fisch, Weakland y Seagal (2003), suelen nacer de manera inofensiva, es decir, no se tenía ninguna dificultad con determinada tarea, pero en algún momento y de manera inexplicable se encuentra una dificultad para realizarla. Después de esta dificultad el paciente comienza a especular sobre ella y se alarma al pensar que puede reaparecer en circunstancias peligrosas, mortificantes o humillantes; aunado a eso, parece que todos quienes lo rodean poseen la capacidad de lidiar con esto, menos el paciente, por lo que usa este argumento como intento de solución: “si parece que los demás pueden hacerlo, no debería ser muy difícil para mí”, y con esto se crea un ciclo inacabable que consiste en aplazar el hecho para estar preparándose constantemente para enfrentarlo.

El terapeuta debe evitar formular indicaciones que sólo sean variantes de esta solución pues lo que se requieren son instrucciones que expongan al paciente al problema y que al mismo tiempo le exijan ausencia de dominio o dominio incompleto de la situación (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Ejemplo: una paciente de alrededor de 30 años dice que le causa mucha ansiedad encontrarse en el mismo lugar que la mejor amiga de su novio pues siente que ella la desprecia, habla mal de ella y trata constantemente de hacerla quedar en ridículo. A raíz de esto, la paciente evita deliberadamente asistir a todas las reuniones donde sabe que estará y los lugares dónde cree que pudiera encontrarla. La indicación que se le dio fue que asistiera a la próxima reunión donde estará la amiga de su novio con la idea en mente de que, dada la evidencia de cómo la ha venido tratando, es probable que la trate de esa misma manera o peor, lo cual es algo que la paciente no puede controlar.

3.- El intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición.

Los problemas que tienen que ver con esta solución son los que involucran una relación interpersonal, por lo que se requiere una colaboración para su solución. Como ejemplo de estos problemas están los conyugales, los conflictos entre padres e hijos, conflictos entre compañeros de trabajo, entre otros (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Es poco común que todos los involucrados se presenten como clientes; por lo general una persona es la que piensa que otra cuestiona su posición. Por ejemplo, un padre puede decir que su hijo no respeta su autoridad; o un miembro de una pareja puede argumentar que se siente dominado por el otro.

Una manera que sugieren los autores para de dar solución es que la persona que solicita la ayuda se coloque en una posición de inferioridad o debilidad, realizando peticiones con un estilo no autoritario, por ejemplo “estaría muy agradecido si tu...” en lugar de “tienes la obligación de...”

En el caso de la educación de los hijos, es común que los padres quieran mantener la jerarquía frente a estos, sin embargo, no tienen efecto sus amenazas. Un planteamiento terapéutico útil es plantear que los hijos les han dejado de poner atención y para recuperarla deben volverse impredecibles; otra sugerencia a los padres es que utilicen consecuencias reales en lugar de sermones (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

Otra situación pueden ser las dificultades dentro de una pareja en la que, por ejemplo, la parte que se siente ofendida tiende a querer conseguir la consideración del otro mediante la queja y no a través de peticiones directas. Fisch, Weakland y Seagal, (2003) sugieren que el terapeuta invite a que quien hace las quejas las realice peticiones explícitas, concretas y específicas.

Ejemplo: una pareja acude a sesión pues ella se siente que su novio “no le da su lugar” cuando se encuentran con los amigos de él, es decir les pone más atención a sus amigos que a ella y percibe que no se muestra tan cariñoso como usualmente. Al preguntarle si le había comunicado esta situación a su pareja, dijo que no directamente. Se le sugirió que quizá él podría entenderla mejor si le decía concretamente lo que necesitaba. Al inicio la paciente estaba indecisa en poner en práctica la situación, sin embargo, decidió darle una oportunidad a la idea.

4.- Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

Aquí se está hablando de casos en los que se pide espontaneidad, al mismo tiempo que se premedita la situación, como en la siguiente afirmación: “me gustaría que lo hicieras, pero me gustaría más que quisieras hacerlo”. De acuerdo con los autores (Fisch, Weakland y Seagal, 2003), esta afirmación constituye una paradoja que se manifiesta en diferentes formas como en problemas de pareja, problemas en la crianza de los hijos o esquizofrenia incluso.

Ejemplo: retomando el ejemplo de la intervención 3 (intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición), la mujer dice continuamente que su novio no la busca, si ella no lo busca a él, es decir que no la llama o no le manda mensajes si ella no toma la iniciativa. Se le preguntó igualmente si se lo había pedido de manera explícita a su novio y dijo que sí, pero le agradecería más que no tuviera que recordárselo o pedírselo. El terapeuta hizo la acotación de que es válido que haga peticiones claras y concisas a su novio, pues él difícilmente “adivinará” lo que ella quiere y/o necesita, por mucho que la conozca muy bien.

5.- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Aquí encontramos una situación como la que sigue: una persona sospecha que otra está haciendo algo que se considera indebido, por lo que acusa a esa otra persona quien lo niega y se defiende; esto confirma las sospechas de la primera persona, quién sigue acusando a la segunda y así sucesivamente. Este “juego” se da por ejemplo en relaciones de pareja y en dificultades en el trabajo; el juego termina cuando alguna de las partes abandona su postura (Fisch, Weakland y Seagal, 2003).

La tarea terapéutica es evidenciar al acusador que está equivocado o que causa el problema, mientras que el acusado puede terminar con el juego a través de una acción unilateral que se ve complicada pues consiste en que acepte las acusaciones al grado de llevarlo al absurdo. Otra opción es la llamada interferencia, donde el terapeuta resta importancia a la acusación argumentando que su papel no es darle la razón a alguien, sino trabajar en su comunicación.

Ejemplo: el paciente cuenta al terapeuta que recientemente un compañero de trabajo, enojado, lo confrontó asegurando que “ya sabía que había estado hablando mal de él por todos lados”. El paciente lo negó, pero su compañero no quedó satisfecho y cada que podía le hacía el mismo reclamo. El terapeuta sugirió al paciente que la próxima vez que se diera esa situación, “aceptara su culpa” llevándola a tal extremo que se hiciera increíble, lo cual tomaría por sorpresa al compañero de trabajo y podría propiciar un nuevo ambiente de conversación para abordar el tema.

2.1.2 Terapia breve centrada en soluciones

Presentación del modelo

Este modelo tiene sus antecedentes en el trabajo de Milton Erickson, en los análisis de Gregory Bateson y en la introducción de las ideas constructivistas de Watzlawick y Nardone. Hay también influencia de la programación neurolingüística, del modelo del MRI, de quien se diferencian en la década de los 80's con el nacimiento del Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee, y del pensamiento posmoderno (Espinosa, 2004).

Así, se establece que las familias y las personas forman su propia realidad, por lo cual están en un proceso constante de comprenderse a sí mismos. En terapia, entonces, nos enfocamos en las percepciones de los pacientes, más que en una “verdad”.

Según podemos observar en el texto de Espinosa (2004), Erickson no creía en el concepto de *resistencia*, más bien pensaba que debían ocuparse todos los síntomas, creencias rígidas, conducta impulsiva, etc., para ser usados como parte de la solución: el terapeuta debe usar los recursos y soluciones del paciente.

En particular el Enfoque Centrado en Soluciones (ECS) se concentra en los recursos y posibilidades de las personas, más que en los problemas o las patologías. Hay gran interés por explorar y destacar las soluciones, aptitudes, capacidades y excepciones (Espinosa, 2004).

A modo de paréntesis, es importante hablar de las excepciones pues es un concepto esencial de este modelo. Entendemos las excepciones como los momentos en los que no ocurre el problema, cuando se espera que pase, pero no se da o cuando se da en menor intensidad, duración o frecuencia de lo que se esperaba. Con lo anterior no se quiere decir que el problema no exista, sino que es más manejable. Hablar de excepciones en terapia nos ayuda a situar a las personas en lo “bueno” que está pasando o lo bueno que están haciendo. También ayuda a recordar situaciones exitosas, como pensamientos, creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta, que pueden usarse con el problema actual. Algunas de las preguntas que podemos usar para traer las excepciones y centrarnos en ellas son: me gustaría que me dijeran qué ocurre cuando no se presenta el problema; ¿qué cosas distintas están haciendo? ¿Cómo se le ocurrió la idea? ¿Qué podrías hacer para que esto se presentara con más frecuencia? ¿Qué podría hacer (alguien más) para que se siga repitiendo? ¿Qué tendría que pasar para que esto siga sucediendo? (Cade y O’Hanlon, 1995).

Los exponentes originales del modelo fueron Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, a quienes los siguieron William O'Hanlon, Matthew Selekman, Eve Lipchik, Marvin Weiner y Michele Weiner-Davis (Espinosa, 2004).

Siguiendo la epistemología sistémica, De Shazer (1991) planteó una perspectiva en la que se incluye al terapeuta principal, equipo terapéutico y a la familia como un sistema que se comporta como tal, es decir, los efectos que ocurren en un punto del sistema pueden transmitirse a todo y así provocar cambios.

De igual manera se resalta el lenguaje usado como una conversación para el cambio, ya que se usa como instrumento tanto para solidificar ideas como para cuestionar certezas que no son útiles. Se recomienda adaptarse al lenguaje del cliente para hacerlo sentir comprendido, usando sus palabras, frases e incluso metáforas favoritas (De Shazer, 1991a).

Podría decirse que las bases del modelo son (Espinosa, 2004):

- Simplicidad y sencillez: si no está roto, no hay arreglarlo; una vez que sabemos lo que funciona, hay que hacer más de lo mismo; si algo no funciona, hay que dejar de hacerlo.
- Curiosidad: hay deseos reales de conocer la vida del otro.
- Visión del mundo o historias: como terapeutas no deberían preocuparnos las cosas en sí, sino la opinión que los clientes tienen de las cosas.
- Utilización: todo lo que los clientes llevan a terapia, se puede (y debería) usar terapéuticamente.

Si hablamos de los tipos de consultantes, se tienen tres: *el cliente (o comprador)* que es quien sabe que tiene un problema y quiere hacer algo al respecto; *el demandante* quien opina que alguien más debe cambiar, no considera que tiene un problema, pero le afecta; *el visitante* que no reconocer tener un problema, sino que alguien más lo lleva a terapia

Supuestos básicos

Los supuestos bajo los cuales se rige este modelo son diez. Se exploran a continuación (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Supuesto 1: el concepto de resistencia no es un concepto útil.

El concepto de resistencia implica que el paciente no quiere cambiar y que el terapeuta está separado del sistema del paciente que está tratando. Como terapeuta, es necesario enfocarse con cada nuevo caso desde una posición de cooperación entre terapeuta y paciente, en lugar de concentrarse en la resistencia, el poder y el control. Además, Como terapeutas no estamos ajenos al sistema, no hay un lugar exterior desde el cual observar a los pacientes.

Es necesario escuchar y observar cuidadosamente para hallar las pistas que ayuden a identificar las pautas peculiares de respuesta cooperativa. La familia brinda esas pistas en la forma de responder a las preguntas (verbal o no verbal) y en la forma de ejecutar tareas.

Supuesto 2: la cooperación es inevitable.

Hay muchas herramientas para establecer joining con los clientes que se pueden utilizar para mejorar el proceso de cooperación. Se utiliza en particular aquello que los pacientes traen a terapia: fuerzas, recursos, palabras clave y sistemas de creencias, así como las conductas no verbales.

Además, se puede utilizar los siguientes recursos para favorecer la cooperación: Poner rótulos positivos, auto confesión intencional, sentido del humor, inclusión del problema dentro de la normalidad, tener sensibilidad cultural, realizar elogios, cumplidos terapéuticos, rotular de manera positiva, o usar un apretón de manos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Supuesto 3: el cambio es inevitable.

Para O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), el cambio es un proceso continuo y la estabilidad es una ilusión. Si el terapeuta asume que habrá un cambio en los clientes, esto se verá reflejado en su conducta. Esto puede ser fundamental para el éxito de una terapia. Un factor importante en la motivación al cambio es la creencia de que realmente están haciendo bien las tareas asignadas. Además, resulta útil pensar *cuándo ocurrirá* el cambio en lugar de pensar *si* se producirá el cambio. Necesitamos concretar con nuestros pacientes profecías positivas de auto cumplimiento. También resulta muy útil utilizar el humor pues al usarlo familia y terapeuta, se crea un contexto propicio para el cambio. Incluso una carcajada al unísono puede hacer sentir a la familia unida de una manera diferente al problema.

Supuesto 4: solo se necesita un pequeño cambio.

Según lo mencionan O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), Milton Erikson pensaba que un pequeño cambio desencadena otros más grandes. Una vez que se estimula a los pacientes a valorar los cambios mínimos, es probable que realicen otros y así sucesivamente. Como todos los miembros del sistema están interconectados, es posible cambiar el sistema familiar entero a través de uno solo de sus miembros. No es necesario incorporar a la terapia a todos los miembros de la familia para cambiar al paciente. Incluso puede ser más viable y favorecer la cooperación si se trabaja solo con aquellos que ya acuden a terapia.

Supuesto 5: los pacientes cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para cambiar.

Todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar, a tal punto que muchos son capaces de resolver sus problemas sin ayuda de algún profesional. Estos recursos deben ser aprovechados por los terapeutas para la construcción conjunta de soluciones. Cualquier logro que el paciente haya tenido en el pasado servirá de modelo para otros logros en el presente y en el futuro. Los pacientes tienen mayor posibilidad de cambio y cooperación en un contexto terapéutico que saque a relucir sus fuerzas y sus recursos que en uno centrado en problemas y patologías. Con los pacientes que son adolescentes, en particular, es de gran ayuda posicionarlos como expertos haciendo preguntas como: "Si yo me ocupara de otros jóvenes como tú, ¿qué me aconsejarías que hiciera para ayudarlos?"; "¿Qué me aconsejarías que no hiciera?"; "¿Qué cosas debería hacer como asesor?"; "¿Qué cosas debería preguntarles?" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Supuesto 6: Los problemas son intentos fallidos de resolver conflictos

Los miembros de la familia frecuentemente se estancan en una determinada visión del conflicto y se enganchan en las mismas pautas reiterativas de interacción con el paciente. Es como si se estuviera en "arenas movedizas" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990): mientras más se trata de salir de ellas, más te sumerges. De acuerdo con el MRI (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990), hay tres maneras principales de manejar mal un problema: 1) Se necesita actuar, pero no se actúa, o se actúa como si el problema no existiera. 2) Se actúa cuando no se debe, es decir, se rechaza a toda solución propuesta que no esté basada en la creencia de que las cosas deben ser de cierta manera. 3) Se actúa en el nivel lógico equivocado, por ejemplo, pedir a alguien que sea espontáneo, lo cual es inclusive una paradoja, pues si se le pide a alguien ser espontáneo, el acto deja de serlo.

Supuesto 7: no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.

Para los autores (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990) es claro que los problemas no se presentan todo el tiempo. Hay horas, días e incluso semanas en las cuales ni el paciente ni su familia son fastidiados por el problema. Se deben explorar minuciosamente los cambios de conducta en esos periodos.

Es importante buscar no sólo las excepciones al problema sino también en las cosas positivas que hacen fuera de él. Esto representa un cambio de visión para el cliente respecto al problema y puede ya conducir a un cambio, incluso antes de ir a terapia o en sesiones muy tempranas del proceso.

Supuesto 8: los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.

Como decían O'Hanlon y Weiner-Davis, (1990) si como terapeutas no sabemos a dónde vamos con los pacientes, terminaremos en cualquier otro lado. Es probable que si nos sentimos estancados en algún caso sea por estar hundidos en un mar de información, porque no se sabe cuál es el objetivo o porque el objetivo es denso. La tarea del terapeuta consiste en negociar soluciones accesibles y objetivos de tratamiento que sean realistas. Para esto, conviene llevar a los clientes a que den explicaciones lo más precisas posible acerca de cómo será cuando el problema ya no esté. Estas explicaciones indicarán el qué, quién, cómo y cuándo del objetivo terapéutico. También es conveniente acompañar a que la familia encuentre el problema más importante a resolver, para descomponerlo en partes, a fin de convertirlo en algo concreto, pequeño y modificable.

Supuesto 9: la realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la co-creación de la realidad del sistema terapéutico.

Bateson (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990) escribió que las creencias de una persona "sobre cómo es el mundo determinarán su manera de percibir y de actuar en el mundo, y su manera de percibir y de actuar determinarán sus creencias acerca de la naturaleza del mundo". En otras palabras, lo que veamos como terapeutas, será lo que uno obtengamos. No se debe olvidar que nunca podremos encontrar un sitio exterior y objetivo desde el cual observar a nuestros pacientes. Al ayudar a los pacientes a reescribir su historia saturada de problemas, nos convertimos en coautores asesores. En nuestras conversaciones con los pacientes debemos interactuar para tratar de introducir diferencias significativas capaces de cuestionar creencias obsoletas y modificar pautas de conducta. Hay tres tipos de construcciones que se dan en terapia de acuerdo con Andersen (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990):

1. Las construcciones que son demasiado parecidas a la visión que los pacientes ya tienen de sus problemas.
2. las construcciones que los pacientes juzgan demasiado insólitas y que son rechazadas o desatendidas.
3. Las construcciones que no son ni demasiado parecidas no demasiado insólitas y que pueden modificar la percepción original del paciente con respecto a su problema.

Éstas últimas solamente se pueden dar si hay una cercanía adecuada entre paciente y terapeuta y ser verdaderos co-autores.

Supuesto 10: existen muchas maneras de enfocar una situación, pero ninguna es más “correcta” que las otras.

Para cada acontecimiento que sucede en el mundo, existen por lo menos dos o más explicaciones. No hay una explicación última de la realidad. Como terapeutas, se debe procurar no aferrarse demasiado a los modelos terapéuticos que se han elegido pues como bien lo decía Emile Chartier “Nada es más peligroso que una idea cuando es la única que uno tiene” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Secuencia general del trabajo en soluciones.

Secuencia del cambio previo al tratamiento

Como ya se mencionó anteriormente, el cambio en la vida de los clientes puede ocurrir desde antes de comenzar un proceso terapéutico. De hecho, se parte de la premisa de que así es: verdaderamente, el cambio ocurre antes del tratamiento. Una vez que los pacientes llegan a terapia, se revisa el rastreo de estos cambios por medio de preguntas pre-suposicionales, todo esto con el objetivo de encontrar las excepciones al problema reportado (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Los siguientes son ejemplos de preguntas que se pueden realizar para rastrear el cambio: ¿qué ha cambiado desde que pidieron la terapia?, ¿qué ha mejorado desde entonces?, ¿qué se ha trabajado en la dirección correcta?, ¿qué podrías hacer para que funcione más frecuentemente?, ¿qué te ha gustado?, ¿Qué te gustaría que siga ocurriendo?

Debe notarse que el lenguaje es intencionalmente proyectado al futuro, enfocado en las situaciones que se desean que pasen o se mantengan y cómo se realizaría esto. Todo esto en concordancia con los principios y supuestos del modelo.

De acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) una vez que se encuentran las excepciones, corresponde realizar preguntas para ampliar la visión sobre la misma: cómo se llegó a la excepción, qué hicieron todos los partícipes para que se diera la excepción etc., con la intención de hacer visible para la familia que los problemas no ocurren siempre ni todo el tiempo. Se puede ejemplificar lo anterior de acuerdo con la figura 2.

Figura 2. Proceso de identificación y ampliación de excepciones



Nota: se muestra el ciclo de identificación y ampliación de excepciones dentro del trabajo terapéutico.

Secuencia de la pregunta del milagro.

Esta secuencia de preguntas se realiza para co-construir objetivos con los clientes, para crear un contexto más positivo y para generar esperanza y motivación. Es una técnica enfocada en el futuro. Estos objetivos deben ser: relevantes para la solución del problema, pequeños, descritos en términos conductuales, interaccionales y que planteen un futuro sin el problema. Las fases de la secuencia del milagro son 6 de acuerdo con Cade y O'Hanlon (1995):

Fase 1. Planteamiento de la pregunta.

Se suele hacer un planteamiento más o menos como sigue: "tengo una pregunta un tanto extraña, inusual que hacerles. Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce".

Fase 2. Preguntas.

Para coadyuvar a la creación de objetivos que estén descritos en términos de presencia y no de ausencia de algo, nos valemos de algunas preguntas. Esto porque es frecuente que se piense en términos similares a "que mi mamá deje de...", que ya no me sienta..., etc. (Cade y O'Hanlon, 1995)

Las preguntas pueden ser parecidas a las siguientes: ¿Qué cosas van a notar diferentes, mañana que les hagan darse cuenta de que esta especie de milagro se ha producido?, ¿Cuál será la primera señal que te haría ver que los problemas están superados?, ¿Cuál será la primera cosa que vas a notar cuando te sientas...?, ¿Qué más va a pasar?, ¿Y tus

compañeros en qué van a notar que el milagro ha ocurrido?, Y en vez de menos triste, ¿cómo estarías?, Una vez que llegues al trabajo, ¿qué será lo primero que notes?, ¿Qué más?

Una guía útil para esas preguntas se presenta en la tabla 2.

Tabla 2.

Objetivos en términos de presencia.

Si el cliente habla...	El terapeuta puede preguntar...
✓ En términos de queja	✓ ¿Cómo va a cambiar eso?
✓ En negativo (dejar de)	✓ ¿Qué es lo que hará en vez de?
✓ En términos poco concretos	✓ ¿En qué va a notar que...? ¿Cuál va a ser la 1ª cosa que notarás que ha cambiado?
✓ En términos muy concretos	✓ ¿Qué efectos va a tener eso?
✓ En términos individuales	✓ ¿Cómo vas a reaccionar cuando él...? ¿Cómo va a responder él cuando tú...?
✓ Si se agota un tema	✓ ¿Qué más va a cambiar? ¿Qué más?

Nota: muestra preguntas de ayuda para la creación de objetivos en términos de presencia de algo y no de ausencia.

Fase 3. Pregunta de escala autorreferida (Cade y O'Hanlon, 1995).

La pregunta de escala suele plantearse de una manera similar a la siguiente: "En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento

en el que los problemas que les han traído aquí están resueltos, es decir, algo así como el día después de esa especie de milagro que me han descrito tan bien... Díganme ¿dónde pondrían esta última semana, de 1 a 10?".

Después, se pueden plantear preguntas como las que siguen: ¿cómo has conseguido llegar a ese punto?, ¿Qué cosas has estado haciendo para conseguir estar en ese nivel de la escala?, ¿Qué cosas entran en ese número?, ¿Cuál ha sido el secreto para llegar ahí?

Fase 4: Pregunta de escala hacia los demás (Cade y O'Hanlon, 1995).

Es una versión del punto anterior solamente que con las preguntas enfocadas a otras personas que no sea el cliente. Por ejemplo: en una escala del 1 al 10, ¿qué número elegiría tu esposo, padre, hijo?, ¿Por qué elegiría ese número?, ¿Qué diría de cómo ha llegado ahí?, Etc.

Fase 5 (Cade y O'Hanlon, 1995).

Se puede hacer en una sesión diferente y consiste en preguntar qué es mejor ahora, parecido a la secuencia del cambio previo al tratamiento, con preguntas similares y encaminado a excepciones también.

Fase 6. Escala de progreso (Cade y O'Hanlon, 1995).

Se realiza una pregunta parecida a la de la fase 4 solamente que enfocándose hacia el futuro, es decir, preguntas como: ¿qué crees que podrías hacer para que las cosas se ubiquen un punto más arriba que ahora?, ¿Cuál será la señal de que las cosas están más arriba?, ¿Qué será diferente?, ¿Quién y cómo lo notará?, ¿se puede ir más arriba?, ¿Cómo?, ¿A qué número quieres llegar?, ¿Cómo se podría llegar ahí, qué tendrías que hacer?, y así sucesivamente.

Secuencia sobre el manejo del problema

De acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis, (1990), Esta secuencia es útil para la intervención sobre patrones repetitivos. Se usa en terapia para alterar la realización del síntoma para que cambien las pautas (comportamentales, de pensamiento, etc.), esto con el objetivo de romper el patrón y crear soluciones.

El proceso de la secuencia comienza con la recopilación de información sobre el síntoma, ya sean descripciones de los clientes u observaciones propias del terapeuta, para alterar cualquier parte de la pauta que forma el síntoma o el entorno en el que se da.

Posteriormente se puede comenzar a hacer las alteraciones, las cuales son un amplio espectro de posibilidades (O'Hanlon y Weiner-Davis,1990):

- Cambio de tiempo. Cambiar el día, la hora, el mes, el año, el momento del día en que se presenta la queja. Por ejemplo, si una pareja acostumbra a pelear por las noches cuando llegan de trabajar, se les asigna la tarea de pelear sólo por las mañanas.
- Cambio de frecuencia. Cambiar el número de veces que se presenta la queja. Si una persona se lava las manos treinta veces al día, se le puede decir que lo haga 25 veces.
- Cambio de lugar. Si la persona del ejemplo anterior se lava las manos sólo en el baño principal, indicarle que lo haga en algún otro baño de la casa.
- Descomponer el patrón en sus partes más pequeñas. Con el ejemplo de la pareja anterior, si suelen pelear por múltiples temas, se les indica que sólo pueden hacerlo

con un tema a la vez; o si suelen pelear en todos lados, designar uno solo para hacerlo.

- Cambio de secuencia de eventos o elementos. Si la queja está compuesta por elementos muy estructurados y ordenados, se necesita romper. Por ejemplo, si la pareja de la que venimos hablando dice que la pelea inevitablemente comienza cuando dejan a los hijos en la escuela, en ese momento podemos introducir un elemento como poner una canción que a ambos les guste y cantarla completa antes de iniciar la pelea.
- Unir el patrón a una actividad gravosa. Es decir, poner una actividad que puede no ser placentera pero quizá sí necesaria, por ejemplo, vestirse y arreglarse como si fueran a asistir a un evento de gala antes de pelear, aportar una cantidad de dinero cada vez que se dé la queja, ir hasta la otra colonia en busca del cigarro que un fumador quiere consumir, etc.

Se puede complementar con preguntas como ¿por qué las cosas no están peor?, ¿Qué se está haciendo para no estar peor?, ¿Qué es lo más útil que yo puedo hacer por ti ahora?, Todas estas preguntas con la intención de enfocar a las personas en situaciones positivas y en las excepciones de la queja (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Secuencia pesimista

Las tres anteriores secuencias se enfocan, sobre todo, en tratar de situar al paciente o cliente en una perspectiva desde la cual sea capaz de ver las alternativas, excepciones y posibilidades de solución de su queja particular. Sin embargo, hay pacientes o familias que, a pesar de los esfuerzos del terapeuta, no logran situarse en esa perspectiva. En ese caso

se echa mano de la secuencia pesimista pues resulta menos útil tratar de convencer al cliente de las posibles mejorías.

Entonces, cuando no es posible encontrar excepciones o mejoría es preferible adaptarse a la postura negativa de los consultantes. Se puede incluso adoptar una perspectiva aún más pesimista que los consultantes. Esta tarea es indicada cuando los consultantes responden a las preguntas directas de manera negativa y pesimista o cuando expresan abiertamente su falta de esperanza en que las cosas pueden mejorar. Además, permite generar en los miembros de la familia estrategias para manejar y resolver problemas. Ayuda a recabar estrategias anteriores que tuvieron efecto y pueden aplicarse a la situación actual (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Algunos ejemplos de preguntas que nos brindan los autores para usar en este caso son: ¿Qué cree usted que pasará si las cosas no mejoran?, ¿Qué ocurrirá entonces?, ¿Quién sufrirá más?, ¿Quién se sentirá peor?, En su opinión, ¿qué es lo menos que puede hacer para lograr un pequeño cambio?, ¿Qué pueden hacer los otros miembros de la familia?, ¿Cómo impediría ahora que eso sucediese menos frecuentemente?, ¿Qué estás haciendo para cuidarte aunque sea un poco?, ¿Cómo has logrado en todo este tiempo no buscar ayuda profesional?

Otras estrategias de esta secuencia son:

La externalización del problema, propuesta desde las terapias narrativas por White y Epston (1993). Es una alternativa terapéutica eficaz cuando se trata de familias que no responden bien a las preguntas centradas en la solución durante el proceso de la entrevista. El conflicto familiar se externaliza como un *estilo de vida, una carrera o una pauta problemáticos, o como un tirano opresor*. Sus efectos son: disminuye los conflictos entre las personas, incluyendo las disputas acerca de quién es el responsable del problema; reduce el

sentimiento de fracaso que suele producir la persistencia del problema, a pesar de los esfuerzos por resolverlo; facilita la cooperación mutua. Las personas se unen para luchar contra el conflicto y librarse de la influencia que ejerce en sus vidas y en sus relaciones: ofrece nuevas posibilidades para que las personas tomen medidas positivas y protejan su vida y sus relaciones del problema y de su influencia; libera a las personas a fin de que puedan adoptar un enfoque más frívolo, más práctico y menos opresivo de los problemas “terriblemente serios”; ofrece opciones que permiten dialogar y no solamente monologar sobre el problema.

Preguntas centradas en el futuro. Para O’Hanlon y Weiner-Davis, (1990) el futuro siempre es un terreno fértil pues no ha sucedido todavía. De modo que podemos ser coarquitectos y diseñar con nuestros pacientes la clase de realidades futuras que ambicionan. Las preguntas centradas en el futuro son particularmente útiles en los casos crónicos de familias que les cuestan trabajo los cambios y “atadas al pasado”. Estas preguntas “promueven el ensayo de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, fomentan el aprendizaje, descartan las ideas de redeterminación y son aplicables al modelo de cambio específico del sistema”. Ejemplos: Cuando consiga trabajo, ¿quién será el más sorprendido de la familia?, ¿Quién será el próximo en sorprenderse?, Si miráramos en mi imaginaria bola de cristal y hubieras superado la “rabia y amargura” [palabras del paciente] que te provoca tu padre, ¿qué diferencias veríamos en la relación entre ambos?, ¿Qué más será distinto?, Cuando mire mi bola de cristal y vea que te comportas de una manera diferente, ¿qué cosas me impresionarán más en ti?, Si me mostrases una videocinta de tu familia luego de completar con éxito el tratamiento, ¿qué clase de cambios veré?, ¿Qué otras cosas serán diferentes?

Rastrear el problema. Se usan preguntas circulares para identificar pautas y, de ser posible, romperlas: ¿cuál es el problema?, ¿Para quién y cómo representa un problema?, ¿En qué

forma es un problema?, ¿Qué se está haciendo o diciendo en los intentos de evitar que se presente el problema o cómo se está enfrentando cuando se presenta?, ¿Qué es lo que considerarían primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo aunque sea pequeño? (O'Hanlon y Weiner-Davis,1990).

Preguntas conversacionales. En ocasiones con familias que parece que están igual o que están peor, conviene replantear el objetivo o tener uno nuevo, además de considerar si alguien más debiera incluirse a la terapia. Además de analizar lo anterior, si la familia no ha respondido bien a las tareas centradas en la solución o a la intervención sobre la pauta, la externalización del problema, o si los pequeños cambios que estas estrategias han producido no llegan a marcar una diferencia para la familia, puede resultar más útil intervenir menos y dejarles más espacio para que cuenten sus historias saturadas de problemas. De acuerdo con White y Epston_(1993) las preguntas conversacionales permiten que los miembros de la familia relaten sus historias sin que el terapeuta y el equipo las corten, lo que da origen a nuevas narraciones y significados en torno de la historia familia.

Tareas

Las tareas son actividades que se encomiendan a los clientes para el tiempo entre sesiones. Con ellas se traslada el trabajo de la sesión a la vida cotidiana. También activan los recursos para generar participación y estrategias nuevas de cambio.

Beyebach (2008) sugiere que la decisión de dar una tarea depende sobre todo de la relación terapéutica que se ha establecido. Hay que ir despacio, paso a paso y gradualmente, ya que una tarea demasiado exigente puede llevar al fracaso y provocar en los clientes un sentimiento de desesperanza. Hay que escuchar todo lo que los clientes propongan durante las entrevistas, recogiendo ideas y convirtiéndolas en tareas para que se lleven a casa. Las tareas deben ser concretas y explícitas.

Figura 3.

Ejemplo de tarea entre sesiones.



Nota: Del lado izquierdo se observa la idea general y del lado izquierdo la indicación dada a la familia.

Tareas de fórmula de la primera sesión. Sirve para que los consultantes identifiquen sus fortalezas. También es útil para pacientes ambivalentes ante el cambio. Es una forma de ir despacio y de respetar las cosas que aún no se quieren cambiar. La instrucción en esta tarea es la siguiente: “desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos nos gustaría que observaras y nos describieras qué cosas pasan en tu familia que te gustaría que siguieran sucediendo” (De Shazer, 1991b).

Tarea genérica. Es una tarea que sirve para cualquier tipo de problema, son como “llaves maestras”. Motiva a los consultantes al cambio. Para personas que “quieren, pero no quieren”. Una vez que se definió el objetivo y usando el lenguaje del cliente se diseña una intervención que crea la expectativa del cambio. Por ejemplo, si el objetivo es “tener mayor control”, la tarea sería “fíjate que haces durante la semana que te hace sentir con mayor control”. Si el cliente quiere mayor paz espiritual, la tarea sería “fíjate qué haces esta semana que te hace sentir con mayor paz espiritual” (De Shazer, 1991b).

Tarea de la sorpresa. En esta tarea las pautas de interacción se vuelven impredecibles. Disminuye la preocupación de que los esfuerzos pasan desapercibidos y tiene un carácter lúdico. La tarea consiste en pedirle a una de las personas que haga una o dos cosas que sorprendan y gusten a otra persona sin decirle qué es y viceversa. Se les pedirá también que traten de adivinar qué es lo que hicieron por ellos y en la sesión subsecuente se comparan estas adivinanzas con la realidad (De Shazer, 1991b).

Tarea de la pelea estructurada. Es útil cuando ambos miembros de una pareja se quejan de las peleas que suelen tener y que parecen no conducir a ninguna parte. No es útil si solo uno se queja ni en situaciones en las que se vive violencia. La dinámica es: echar un volado; quien gana tiene una cantidad de minutos determinada para decir todo lo que quiera mientras el otro solo escucha; se invierten los papeles; hay unos minutos de silencio total antes de iniciar una nueva ronda, si así lo necesitan. No hay derecho de réplica, solo se pueden aclarar dudas en caso de no haber entendido algo (De Shazer, 1991b).

Hacer algo diferente. Es una tarea útil para quien ya lo ha intentado todo, pero sigue la conducta perturbadora. La indicación es que el cliente “preste atención a lo que hace cuando supera la tentación de..., o el impulso de... se presenta”. Ayuda a pacientes y terapeutas a encontrar excepciones (De Shazer, 1991b).

Técnica de la bola de cristal.

De acuerdo con De Shazer, (1991a) es una técnica de proyección al futuro, como la secuencia de la pregunta del milagro. Las técnicas de proyección al futuro permiten que cambie de connotación el problema por medio del lenguaje al identificar las excepciones y así enfocar la terapia en los puntos fuertes. En otras palabras, permiten cambiar la forma de actuar ante el problema; cambiar la forma de ver el problema y evocar recursos, soluciones y capacidades. Esta técnica proyecta a los clientes a un futuro en el que se tiene éxito, donde el motivo de consulta ha desaparecido. Tiene los siguientes pasos de acuerdo con De Shazer, (1991a):

1. El cliente evoca, bajo instrucciones del terapeuta de tipo hipnóticas, lo más detalladamente posible un recuerdo agradable de hace mucho tiempo, enfocándose en la conducta de otros y en la propia. Luego se saca a la persona de trance haciendo que recuerde donde estuvo todos estos años. Esto tiene la finalidad de desarrollar visiones tipo bola de cristal, prestar atención a su conducta y la de los otros y hacerle notar al cliente que lo olvidado puede recordarse, así como lo recordado puede olvidarse.
2. A continuación, se le pide al cliente que tenga otra visión, pero recordando algo reciente que se supone ha olvidado.
3. Se orienta al paciente al futuro, primero de manera muy detallada y se va haciendo vago. Luego se le pide al cliente que cuente cómo fue la resolución del problema.
4. En este paso se le pide al paciente que tenga otra visión, pero en esta debe de recordar cómo se ha solucionado el problema, y las reacciones de todos los involucrados.

Un ejemplo.

Para ejemplificar algunas de las técnicas y estrategias descritas con anterioridad, se presenta la queja de un caso clínico y sus posibles líneas de intervención.

Queja:

“Llevamos dos años de terapia y las cosas no funcionan como yo quisiera con mi hijo de 12 años; sigue teniendo problemas con los límites y en la escuela pelea mucho. Aunque me canalizaron a psiquiatría me da miedo el diagnóstico que le den. Prefiero que trabaje con ustedes, ustedes tienen que hacer algo para que funcione.”

Líneas de intervención:

Validar las emociones, el miedo y la preocupación expresando que es de entenderse que como madre esté preocupada por el aparente no avance en la situación con su hijo y que tenga miedo de lo que pudiera pasar con él si las cosas no cambian y siguen de la manera actual.

Reconocer los recursos: la perseverancia y dedicación que ha mostrado a lo largo de los dos años que ha durado la terapia; la unión que debe haber en esta familia que permite que se esté yendo a tratamiento; y el amor que hay entre los miembros y que se observa en esta perseverancia, dedicación y unión.

Preguntar sobre el mínimo cambio en estos dos años de terapia: ¿qué funcionó?

Encontrar y enfatizar las excepciones a las peleas en la escuela: lugar dónde se dio la excepción, duración de la excepción, personas que estuvieron cuando la excepción se dio,

profesores presentes durante la excepción, compañeros presentes durante la excepción, ¿quién fue el primero que se dio cuenta? ¿Qué le hizo darse cuenta? ¿Cómo se puede hacer para que esta excepción se vuelva a dar? ¿Qué tendría que hacer cada uno de los involucrados?, etc.

Marcar todas las excepciones, ampliarlas, atribuir el control de estas a la familia y continuar buscando más de ellas.

Preguntar qué hacían o qué pensaban antes de necesitar ayuda que funcionaba, para situar a la familia en un contexto donde el problema no existía y hacerla consciente de las acciones concretas y útiles que contribuían a la armonía familiar.

Realizar la secuencia de la pregunta del milagro en torno a las dificultades en la escuela.

Si lo anterior no funciona, se podría echar mano de otra estrategia y recurrir a la secuencia pesimista, incorporando preguntas como ¿Qué creen que pasará si las cosas no mejoran?, ¿Qué ocurrirá entonces?, ¿Quién sufrirá más?, ¿Quién se sentirá peor?, ¿qué es lo menos que puede hacer para lograr un pequeño cambio?

Ahora que se han presentado de forma teórica los dos modelos principales con los cuales se trabajó durante los procesos de las dos familias de las cuales se hablará en el capítulo 3, también durante ese capítulo se establecerá la relación entre la teoría y el campo aplicado. Antes, sin embargo, es preciso abordar también teóricamente el tema que tienen en común ambos casos: el intento de suicidio y los factores protectores o de riesgo que pueden existir en las familias.

2.2 Análisis y Discusión De Los Temas Que Sustentan Los Casos Clínicos.

En el capítulo siguiente, se presentará el análisis de dos procesos terapéuticos familiares en los que participé como terapeuta responsable durante mi paso por la Residencia. Aunque existen algunas diferencias entre las familias, las cuales se detallarán más adelante, el común denominador de estas es que en ambas se presentó un intento de suicidio de alguno de sus integrantes, por lo que es pertinente dedicar un espacio para expresar cómo se entenderá el intento de suicidio en este documento, así como detallar los factores de riesgo y/o factores protectores que pudieron haber influido en el evento en cada familia.

Quizá la definición de intento de suicidio más sencilla plasmada aquí, es la ofrecida por García (2003, como se citó en Monge, Cubillas, Román y Abril, 2007), la cual dice que: "...el intento de suicidio se define como cualquier acción que tenga el objetivo de quitarse la vida sin lograrlo" (p 46).

También se puede entender como un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves (Guilbert y Alonso, 2001).

Otra definición es la de Monge, Cubillas, Román y Abril (2007), la cual dice que el intento de suicidio es una conducta autoinfligida realizada por una persona con la intención de provocarse la muerte y que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas independientemente del método utilizado.

De acuerdo con algunas investigaciones, se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio, y por cada intento, ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (Madrigal, Fonseca y Vázquez, 2004). El 40% de quienes

han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones; de ellos, de 10 a 14% termina suicidándose (González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado, 1998).

De acuerdo con los mismos González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado (1998), hay diversos factores que pueden influir en las consecuencias del intento de suicidio, por ejemplo, una planificación deficiente, la falta de información acerca del método utilizado, la poca intencionalidad o indecisión, o incluso la intervención casual de otras personas después de haberse iniciado el comportamiento suicida. Es importante la distinción que hacen los autores entre el intento de suicidio y el parasuicidio, definiendo este último como un conjunto de conductas por medio de las cuales la persona busca causarse daño físico sin la intención aparente de morir.

Por otro lado, algunos autores afirman que se puede dar el caso de que, ante un intento de suicidio de los jóvenes, buscan comunicar a su familia lo que les acontece, como angustia, pesadumbre, tristeza, enojo o alguna otra emoción o sentimiento (Vázquez, González, Rojo y Figueroa, 1998; Monge, Cubillas, Román y Abril, 2007).

Un intento de suicidio es difícilmente una idea que aparece de repente dentro de las opciones de una persona. Es un proceso que se va construyendo con el paso del tiempo y las influencias personales, familiares y sociales indicadas para que sean el sustrato efectivo para la conducta suicida.

Se abordarán a continuación estos posibles factores de influencia poniendo especial atención a la familia, pues esta fue la manera original de abordaje de los casos más adelante reportados.

La familia, como sistema, intenta mantener el equilibrio ante las influencias externas usando sus capacidades para enfrentar las mismas. Estas influencias externas pueden ser

percibidas como demandas o exigencias (estresores y tensiones), dependiendo de los significados que la familia les atribuya (Marulanda y Arbeláez, 2011).

Estos mismos autores denominan *fase de ajuste* al periodo en ciclo de la familia que es relativamente estable y durante el cual solo se presentan cambios menores que las familias pueden enfrentar con sus capacidades. En esta etapa los patrones de interacción familiar, los roles y las reglas de la familia están bien establecidos y guían la rutina diaria tanto que algunos detalles pueden ser predecibles y los miembros de la familia saben qué esperar unos de otros. Cabe mencionar que esta especie de estabilidad no descarta la aparición de algunos factores que puedan perturbar la dinámica de la familia, como conflictos de pareja, dificultades en la relación padres-hijos, etc.

Por otro lado, siguiendo a Marulanda y Arbeláez (2011), una *crisis o estado de desequilibrio* puede surgir cuando la naturaleza o el número de demandas superan las capacidades existentes. Se pueden presentar desde crisis menores, casi imperceptibles, hasta crisis extremas que pueden ser tan disruptivas que la familia no pueda recuperarse como sistema estable, sino que se transforma o incluso se podría disolver, como ocurre con un divorcio.

Siguiendo con esta lógica de pensamiento, Pittman (1987) afirma que es inevitable que haya crisis en cada una de las etapas que atraviesa una familia. Por ejemplo, en los adolescentes suele existir un ensimismamiento intenso, conciencia de las deficiencias personales, preocupación constante por la posición que se ocupa entre los pares; entonces, se vuelve tarea principal para un adolescente sobrevivir un día más con suficiente apoyo emocional de los pares u otra persona de confianza. Mientras tanto, en la cabeza de los adultos, lo importante es que los adolescentes se preparen para la edad adulta. Con diferencias tan notables, no es de sorprender los constantes enfrentamientos entre unos y otros. Además, añade el autor, la etapa de adolescencia de los hijos, incita a los padres a

revivir las luchas y fantasías que tuvieron como adolescentes. Así pues, la adolescencia se convierte en una crisis para todos a quienes alcanza.

Desde el estudio del ciclo vital familiar, cuando un hijo entra o se encamina a la adolescencia los requerimientos planteados por los padres comienzan a entrar en conflicto con los de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad. La relación entre padres e hijos se convierte en un proceso difícil de acomodación mutua. A medida que los hijos crecen, es posible que acepten cada vez menos las reglas que sus padres quieren imponerles (Minuchin, 1974).

Ahora bien, pensando en un intento de suicidio como una etapa de crisis por la que pasa una familia, las personas que incurren en este acto tienden a valorar la familia de manera más marcada como disfuncional. Además, el mismo autor afirma que las personas que han intentado suicidarse tienen a percibirse a sí mismos como "perdedores", concepto que generalmente tiene su origen en esta misma interacción familiar y que los lleva a tener una visión pesimista y hostil de los contextos y personas con quienes interactúan; esta visión se intensifica cuando su familia tiene problemas. La ocurrencia del intento suicida afecta a la familia en 2 sentidos: la propia familia puede ser una de las variables que influyó en que se produjera el comportamiento, y una vez que se produce este, el sistema familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos de este sobre él (Guilbert y Torres, 2001).

El párrafo anterior nos ilustra claramente cómo es que se puede formar un círculo vicioso teniendo como protagonistas los intentos de suicidio y una dinámica familiar particular.

Así pues, Guilbert y Torres (2001) han centrado sus investigaciones en lo que llaman el funcionamiento familiar. Para estos autores este concepto es de suma importancia y de

gran influencia a la hora de intentar comprender y/o explicar un intento de suicidio en alguno de sus miembros de la familia. Por ejemplo, afirman que:

...el funcionamiento familiar de las familias con intento suicida se caracterizó por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas, escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios a su interior en función de las circunstancias. Estas características coinciden con las de las familias denominadas "conflictivas", en las que el clima está marcado por emociones y sentimientos negativos que se traducen en hostilidad, resentimiento o frialdad afectiva, aun cuando socialmente mantengan un comportamiento aceptable (Guilbert y Torres, 2001, p 453).

Los mismos autores agregan que por lo general las familias donde se ha registrado algún intento suicida se presentan cerradas a la influencia externa, para mantener su equilibrio y no influyen deliberadamente sobre otras familias pues se encuentran centrados en sus conflictos. Aunado a lo anterior, en cuanto a comunicación, estas familias parecen caracterizarse por comunicación indirecta y enmascarada, así como también la falta de congruencia entre los mensajes verbales y no verbales.

Ese estilo de comunicación indirecta y enmascarada abre la puerta a crear múltiples percepciones e interpretaciones. Un claro ejemplo es el reportado en un estudio realizado con adolescentes por Monge, Cubillas, Román y Abril (2017). Los adolescentes que percibieron dicho ambiente de manera negativa (autoritario, hostil, rígido o violento) tuvieron

4.09 veces mayor riesgo de intentar suicidarse. De acuerdo con este estudio, el 49% de los jóvenes que habían intentado suicidarse percibía su ambiente negativo, a diferencia de 18.2% de estudiantes que así lo percibían y no hicieron intentos. Además, los datos parecen indicar que sentirse incomprendido representa un aumento de 2.19 veces más de riesgo de intento de suicidio pues los sentimientos de incompreensión fueron reportados por 76.4% de los casos de intento de suicidio y por 58.3% de quienes no lo habían hecho. Sin embargo, sentir incompreensión por parte de los padres resulta en un riesgo 3.59 veces mayor para que los jóvenes intenten suicidarse pues el 24.5% de quienes no habían intentado el suicidio percibió el rechazo de sus padres en comparación con el 55% de quienes sí lo habían intentado y sí reportaron percibirlo.

Continuando con el estudio de los riesgos suicidas, conviene hacer una puntualización sobre el concepto mismo de riesgo.

Herrera (1999) define a un factor de riesgo como la característica de una persona o comunidad que va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud. Este autor centra su investigación en adolescentes pues considera que la adolescencia es un período crítico donde los individuos son sometidos a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, así como también en el entorno familiar en que éste se desenvuelve. Es por eso por lo que considera esta etapa de la vida como una etapa de riesgo.

A los factores anteriores Marulanda, Román y Arbeláez (2011) agregan, no solo para adolescentes sino también para adultos, los antecedentes familiares de depresión, impulsividad, inadecuado manejo de estrés, cualquier adicción diferente al alcoholismo, abuso físico, sexual, verbal o emocional, antecedentes familiares de suicidio, presencia de armas de fuego en el hogar, contacto con comportamientos suicidas de otras personas y las pérdidas como el divorcio, muerte de alguien cercano, ruptura amorosa, entre otros.

Siendo más específico, Donas Burak (2001, como se citó en Páramo 2011) hace una distinción entre *factores de riesgo de amplio espectro* y factores o conductas de riesgo que *son específicos para un daño*. Entre los primeros encontramos: familia con vínculos pobres entre sus integrantes; violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; deserción escolar; proyecto de vida débil y bajo nivel de resiliencia. Los factores o conductas de riesgo específico serían: portar un arma blanca; conducir a exceso de velocidad o sin protecciones mínimas como casco o cinturón de seguridad; en el caso de las mujeres adolescentes, tener alguna amiga, familiar o conocida embarazadas; consumir alcohol en exceso y la ingesta alimentos en exceso y depresión.

Por el contrario, entre los factores protectores contra conductas de riesgo, como los intentos de suicidio, tenemos que Donas Burak (2001, citado en Páramo 2011) plantea que existen los factores protectores como una familia capaz de contener y con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia.

Herrera (1999) agrega a los factores protectores una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar a una persona a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

Finalmente, en los 3 últimos trabajos reportados se coincide en que la atención individualizada e intensiva, los programas colaborativos comunitarios, la identificación y tratamiento tempranas de conductas de riesgo, poner la mira en las escuelas, la creación

de programas comunitarios para los adolescentes fuera las escuelas, capacitar constantemente a los profesionales, el entrenamiento en habilidades sociales, la incorporación de los pares y de la familia en la prevención y la conexión con el mundo laboral, son los elementos más útiles para prevenir las conductas de riesgo en adolescentes (Páramo 2011; Herrera 1999; Marulanda, Román y Arbeláez, 2011).

En resumen, se puede decir que las características más importantes del funcionamiento familiar que parecen ser determinantes en los suicidas fueron: baja adaptabilidad, la baja efectividad, la baja permeabilidad con respecto a otros sistemas, una baja unión, desarmonía y comunicación ineficiente (Guilbert y Torres, 2001). Por el contrario, cuando estas relaciones son cálidas, estrechas y cooperativas los miembros de una familia se fortalecen y se fomenta el desarrollo personal.

Hablando de datos duros, en el trabajo de Monge, Cubillas, Román y Abril (2017) se habla de los motivos por los cuales los participantes de su investigación (adolescentes de entre 15 y 19 años) intentaron suicidarse. Estos resultados son muy variados como se leen a continuación: “sentí que mi vida no valía la pena en ese momento” 24.5%; “intenté escapar de una situación dolorosa o estresante”, 21.1%; “discutí fuertemente con mis padres”; 18.9%; “provoqué remordimientos a mis padres o a gente cercana a mí”, 10.9%; “experimenté una fuerte desilusión” 7.9%; “discutí o terminé con mi novio (a)”, 7.5%; “hice algo malo o quería castigarme”, 3.8%; “una persona cercana a mí falleció y me sentía muy triste”; 3%; “quería conocer qué es la muerte”, 1.5% y “quería probar a mis amigos o a mí mismo (a) que soy valiente”, 0.8%.

De todos estos casos registrados por Monge, Cubillas, Román y Abril, (2007), donde 100% = a 1358 adolescentes, solo el 6.8% recibió algún tipo de apoyo psicológico, En cuanto a las formas de intentarlo, 55.5% trató de intoxicarse con medicamentos; 18% intentó

cortarse, morderse o arañarse las venas; 14.1% se cortó las venas, y 6.9% reportó haber ingerido drogas, saltar de lugares altos o intentar sufrir un accidente automovilístico. Tales métodos no son los más letales, como podrían ser otros métodos como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, probablemente porque en la mayoría de los casos se trata de mujeres, quienes no recurren por lo regular a este tipo de métodos.

Es justo decir que, aunque los factores de riesgo familiares aumentan la probabilidad de que en las familias aparezcan conductas autodestructivas como un intento de suicidio en alguno de sus miembros, el intento suicida tiene una etiología multifactorial y la familia no es el único aspecto que interviene en la evolución de este proceso.

Concebir a la familia como un sistema implica reconocer la influencia recíproca entre sus miembros y con otros sistemas más amplios, por eso en las familias donde hay sujetos suicidas el funcionamiento tiende a ser disfuncional lo que reafirma la concepción de que la salud del individuo no puede ser marginada de la idea de una familia que funcione eficazmente (Marulanda y Arbeláez, 2011). Es por eso por lo que surge la necesidad de incorporar en este texto las influencias externas a la familia, así como características propias de los individuos que pudieran jugar un papel importante en el intento de suicidio de una persona.

Para mencionar los factores de riesgo personales, nos serviremos del estudio realizado por Guilbert y Alonso (2001). Ellos no solamente estudiaron población adolescente, sino también adultos y pudieron observar diferencias de un grupo de edad a otra:

Tabla 3.

Factores de riesgo personales.

Rango de edad	Factores de mayor incidencia
10 a 19 años	Sentimiento de culpa y/o desesperanza 62.5% Desorganización en el hogar 62.5%
20 a 24 años	Depresión mayor 66.6% Hogar desorganizado 50% Sentimientos de culpa 50%
25 a 39 años	Depresión mayor 71.4% Sentimientos de culpa y/o desesperanza 57.1% Hogar desorganizado 57.1%
40 a 59 años	Depresión mayor 80%
A partir de 60 años	Culpa o desesperanza 100% Depresión mayor 66.6%

Nota: se muestran los factores de riesgo personales por grupo de edad, de acuerdo con Guilbert y Alonso (2001).

Otros datos que nos aportan Guilbert y Alonso (2001) son:

- Las mujeres inciden mayormente en el intento suicida, aunque con métodos menos letales.
- El intento suicida es mayor en personas de raza blanca, no obstante, no hay investigaciones que aporten explicación a este comportamiento, al menos en estas investigaciones que hemos reportado.

- Los solteros son el grupo de mayor incidencia, concluyendo en este grupo a personas viudas, divorciadas o solas.
- La incidencia del intento de suicidio disminuye a medida que aumenta el nivel educacional, pues el individuo está mejor preparado para enfrentar sus conflictos y hallarles solución.
- Un porcentaje importante de las personas con intento de suicidio en esta investigación estaban desvinculados del trabajo en el momento del comportamiento esto pudiera haber generado en ellos sentimientos de subvaloración y pérdida de la autoestima que alteran sus mecanismos autorreguladores y aumentan su vulnerabilidad psicosocial.

Hablando acerca de factores sociales, Herrera (1999) menciona los siguientes: pertenencia a grupos antisociales, sostener relaciones sexuales que generen alguna condición de riesgo físico o emocional, abandono escolar y/o laboral y bajo nivel escolar, cultural y económico.

Además, hablando del estigma social, como lo nombran Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albacar-Riobó y Adell-Argentó (2011), que pesa sobre el intento de suicidio se refleja en el lenguaje de los familiares o incluso en el lenguaje del paciente.

Si bien es cierto que el recuerdo y relato de las circunstancias relativas al hecho suicida es muy nítido, aun después de mucho tiempo, y se describen las circunstancias con absoluta claridad, también existe cierta dificultad para referirse al acto suicida por su nombre, evitando utilizar el término *intento de suicidio* y sustituyéndolo en el relato por expresiones como "cuando tuvo el accidente", "cuando hizo aquello", "cuando le pasó eso a X" etc. (Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albacar-Riobó y Adell-Argentó (2011).

De acuerdo con Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albacar-Riobó y Adell-Argentó (2011), aunque los profesionales de la salud, los terapeutas incluidos, procuramos nombrar al intento de suicidio, éste continúa apareciendo en el relato de la familia como un tabú al hablar de él como un hecho accidental o fortuito. La familia crea su propia manera de referirse al intento de suicidio, por lo que es frecuente que en la entrevista o sesiones terapéuticas salgan referencias con relación a quién sabe y quién no sabe en el entorno familiar y social el hecho. Por lo regular son los miembros del círculo más cercano del paciente o aquellos a quienes no se les pudo ocultar quienes están enterados del asunto, y aun así se suele esperar, a veces implícitamente, su discreción. Esta secrecía suele tener como objetivo proteger a la persona y a la familia del escrutinio, rechazo o incluso discriminación a nivel social pues, aunque podemos estar más o menos familiarizados con la muerte cuando ésta es causada por accidentes o enfermedades, aun encuentran muchas dificultades o contradicciones con la interacción con las personas que se la provocan intencionadamente.

Unido al estigma social puede aparecer un sentimiento de culpa en la familia: los familiares se cuestionan su propia responsabilidad en el intento suicida o en la no detección de las señales previas que podrían haberlo evitado. Se tienen interrogantes sobre el porqué del intento. Incluso se puede vivir como un abandono o rechazo por parte del paciente y aparecen preguntas como “¿Cómo pudo hacernos esto?”, “¿Por qué no nos quiere?”, “¿Qué más podemos hacer para que sea feliz?”, “¿Puede volver hacerlo?”, “¿Cómo puedo protegerlo?” y un largo etcétera. No resulta extraño que estas preguntas se manifiesten por medio de la interacción más que con palabras como tal, dando como resultado una dinámica familiar complicada. De ahí la importancia de una intervención terapéutica a nivel familiar a la par de la terapia individual (Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albacar-Riobó y Adell-Argentó, 2011).

Es también de índole social la aparente tendencia a normalizar la tristeza y estados similares. Por ejemplo, en tiempos recientes se utilizan indiscriminadamente términos o frases como “estoy deprimido”, “has de ser bipolar”, “mi hijo es hiperactivo” y un largo etcétera para referirse a la expresión de algunas emociones o como interpretación de lo que observamos en alguien. Este uso frecuente de términos que refieren a enfermedades psicoemocionales puede que en ocasiones fomenten la subvaloración de estas en casos donde realmente ocurren y que pudieran funcionar como signos de alerta de la conducta suicida, igualmente en adolescentes que en niños o adultos.

La mayoría de los estudios recientes sobre el suicidio y el intento de suicidio tienen como población objetivo a grupos de adolescentes, principalmente porque durante la adolescencia se puede experimentar cierta incapacidad para procesar las emociones y algo de torpeza para expresarlas, aunque con sus respectivas excepciones, además de que una tarea de gran importancia durante de la etapa de la adolescencia: lograr la diferenciación de la familia de origen y lograr la independencia sin dejar de pertenecer a la familia. Este paso implica un gran dilema para los padres pues estos se debaten entre la necesidad de proteger a sus hijos y el deber de fomentar su independencia. ¿Cómo no tener dudas? ¿Se podrá acaso tener certeza total de qué tanta protección o independencia son correctas? ¿Qué tanto influye en los padres las opiniones de la familia, amigos, conocidos, profesionales? ¿Cómo es que las decisiones que se fueron tomando en la historia de la familia influyeron en el intento de suicidio?, ¿Algún factor influyó más que otro u otros?, ¿Qué papel jugó el factor personal y/o las relaciones fuera de la familia?, ¿Cuántas y cuáles de estas preguntas son pertinentes en el caso de un intento de suicidio de un adulto?

Aun cuando suene lógico que favoreciendo los factores protectores de la familia de los que ya hemos hablado estaríamos inmunizando a las personas contra actos que puedan dañar su integridad, es una tarea complicada pues los múltiples factores que intervienen hacen

compleja la labor: un suicidio o un intento de suicidio es el resultado de un proceso; un acto que se fue desarrollando con el tiempo y que se fue alimentando de múltiples variables.

Esta es la situación general en la que posiblemente se encuentran algunas familias en nuestro país, México, y en particular las familias que se reportan en el capítulo siguiente pues en ambas el paciente identificado es un o una adolescente.

Específicamente, en el siguiente capítulo de este reporte se presentan los casos de dos de las familias que acudieron al servicio de Terapia Familiar durante mi paso por la Residencia y que tienen que ver directamente con la teoría detallada pues la característica común de estas familias, como se dio cuenta al inicio de este apartado, es que cada una cuenta con un acontecimiento experimentado como un intento de suicidio en alguno de sus integrantes.

Capítulo 3. Casos Clínicos.

3.1 Integración De Los Expedientes De Trabajo Clínico.

3.1.1 Familia 1

Ficha de identificación familiar:

Nombre de la familia: A. F.

Terapeuta: Susana Lara Aguilar

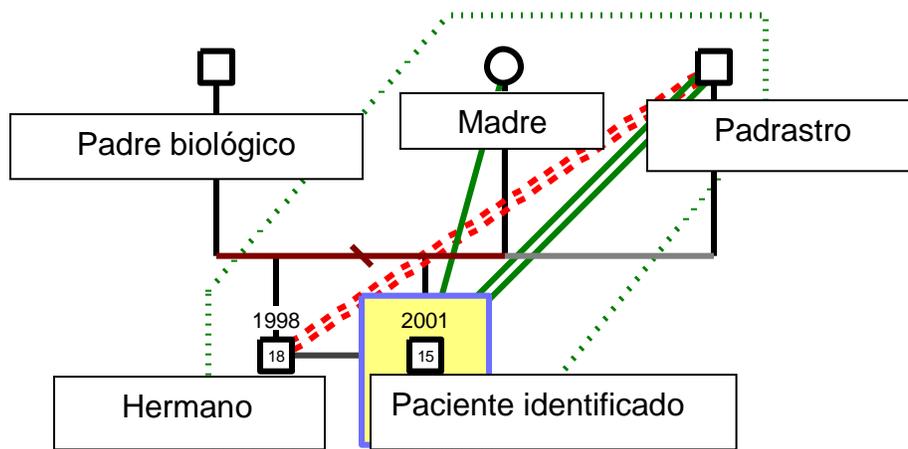
Supervisor: Dr. Alexis Ibarra Martínez

Equipo terapéutico: Manuel Cabrera; Ana Luisa Carrión; Silvia Reyes.

Fecha de primer contacto: agosto de 2016.

Motivo de consulta: “dificultades con el paciente identificado”

Familiograma²:



² Cabe hacer la distinción entre el genograma y el famiograma. Aunque ambos tienen la misma estructura y utilizan los mismos símbolos para representar a las personas y las relaciones entre ellos, para poder ser llamado genograma debe incluir al menos tres generaciones distintas, por ejemplo, abuelos, padres e hijos. En cambio, el famiograma incluye dos generaciones o menos (McGoldrick y Gerson, 1985). Otra característica muy importante es que permite, como en este caso, salvaguardar el anonimato de las familias y sus integrantes.

Presentación del caso.

El caso de la familia A. F. fue referido al servicio de Terapia Familiar ofrecido en el CCH Azcapotzalco por medio del departamento de psicopedagogía de dicha institución. En los datos que se proporcionaron solamente indicaban el nombre del alumno y de su madre, así como un teléfono de contacto. Como motivo de consulta solamente se decía que tenían una dificultad con el paciente.

Cuando se me asignó el caso, me comuniqué al teléfono proporcionado y al hablar con la madre, me comentó que habían escuchado del servicio mientras asistían a una reunión de inducción antes de iniciar las clases (su hijo es de nuevo ingreso). Entonces, consideró que sería de ayuda acudir al servicio por el “problema” que habían tenido con el paciente. Al respecto de este, la madre consideró que sería mejor hablarlo en persona y se respetó su decisión. Se recolectaron datos demográficos de los integrantes de la familia y de sus relaciones.

La familia está conformada por 4 personas: los padres y dos hijos. El paciente identificado tenía en aquel momento 15 años y su hermano 18. La relación entre ellos es buena, al igual que con el padre. Con su madre tiene una relación muy cercana.

El proceso terapéutico tuvo una duración de 3 sesiones. A la primera sesión asistieron solamente el paciente y su madre; a la segunda asistió el paciente y a la tercera sesión asistieron el paciente, su madre y su padrastro. El hermano no asistió a ninguna de las sesiones.

Antes de iniciar las grabaciones en la primera sesión se leyó el reglamento del servicio de Terapia Familiar y se firmó el consentimiento informado para esas videograbaciones.

Desarrollo del caso en las sesiones terapéuticas.

Se comenzó la primera sesión con la madre diciendo que se encontraban ahí porque quiere mucho a su hijo y quiere ayudarlo.

El “problema” que había en esta familia era que cuando él (el paciente) iba en la secundaria intentó suicidarse porque consideraba que sus padres querían más a su hermano.

La madre percibe que ha existido una “lucha constante” entre ellos desde que eran niños. Además, dice que el paciente toma constantemente dinero de los otros miembros de la familia, pero al confrontarlo lo niega y no explica para qué lo toma.

Al pedir la opinión del paciente dijo que en diferentes ocasiones había notado diferencia entre cómo trataban a su hermano y a él. De ahí que haya tomado la decisión de obtener notas sobresalientes en la escuela para tener reconocimiento por parte de su familia. Sin embargo, esas buenas calificaciones no funcionaron y fue entonces cuando decidió suicidarse. Tomó un cuchillo de la cocina para cortarse las venas, pero en último momento no se dañó pues se puso a reflexionar acerca de los logros que había tenido hasta el momento.

Durante dos meses nadie lo supo, pues el paciente decidió que era un tema sólo para él, no tenía planes de comunicarlo para evitar que su familia se preocupara pues no pensaba volver a hacerlo. Así fue hasta que un día sus padres le cuestionaron una vez más sobre el dinero y dentro de la discusión lo comunicó.

Al preguntarle si mantenerlo en secreto por dos meses le había funcionado dijo que no sabía.

La reacción de sus padres fue tratar de tranquilizarlo. Al cuestionarle sobre qué piensa de esa reacción dijo (después de pensarlo por un rato) que quizá en aquel momento necesitaba el abrazo que le ofrecían, pero no curaba todo lo que hicieron antes, es decir, darle prioridad a su hermano. Afirma que aún sigue buscando la aprobación con sus papás.

Asegura que la relación con su hermano ahora está bien, pues ya no pelean tanto como lo hacían cuando eran niños.

Por su parte, la madre no entiende por qué el paciente no le permite contacto o cercanía: es como si una barrera estuviera presente al momento de abrazarlo, por ejemplo, o al preguntarle algunas cosas las respuestas son escuetas.

El paciente acepta que tiene una barrera, pero es solo con su familia, ya que con sus compañeros no está. Se explica la existencia de la barrera porque siente crítica constante ante lo que comparte como su gusto por el *ánime* por ejemplo y prefiere mantener su imagen de chico callado. Al inicio su familia intentaba que se “abriera” con ellos, pero últimamente percibe que ya no le insisten.

La madre narra que cuando el paciente nació, su hermano se enojó pues quería que fuera una niña, entonces comenzó una “etapa de celos” del hermano hacia el paciente e incluso lo maltrataba. La madre cedía ante los celos del hermano y en consecuencia el paciente aprendió a hacer varias cosas muy pequeño como bañarse solo o comer solo: comenzó a hacerse independiente para evitar los celos de su hermano, a los ojos de su madre. El padre y la madre le insisten aún ahora al hermano que no trate mal al paciente pues todavía llegan a percibirlo así.

Otro asunto que se mencionó en esa sesión es que el padre y el hermano se llevan “muy mal”.

Antes de realizar la pausa de la sesión se le preguntó al paciente que si pudiera pedir algo a cada integrante de la familia qué sería. Respondió que a su hermano le pediría que aceptara al padre. A su mamá le pediría que lo valorara más, que viera más sus conocimientos; se le cuestionó cómo se daría cuenta de que su mamá lo valora más y dijo que lo notaría si ella le preguntara más cómo le va en la escuela o más preguntas sobre él en general; al padre le pediría que se quedara solo con ellos para que los pueda seguir procurando en cuestión económica (parece que el padre tiene o ha tenido otra familia, sin embargo no se profundizó en el tema durante el proceso terapéutico).

Después de la pausa, el mensaje que se dio a la familia fue primeramente un reconocimiento de que ambos estaban ahí presentes en el servicio y se quieren solamente que no saben cómo demostrarlo. Al paciente se le dijo que podíamos notar que es un chico sensible pero también muy inteligente porque por ejemplo decidió no suicidarse y lo pudo transformar en algo positivo y constructivo. A la madre se le dijo que vivir entre tres varones puede tener su lado bueno, por ejemplo, que en su caso hay tres personas se pelean por su atención; aunque, por otro lado, es difícil repartirse entre tres (al decirle esto asintió con la cabeza). Se señaló que, si bien había una barrera entre ambos, podíamos ver que la barrera tiene algunos agujeros a través de los cuales es posible observar al otro lado y lo que podíamos hacer nosotros era acompañarlos para ir quitando uno por uno los ladrillos de esa barrera.

Finalmente, se les asignó una tarea en la que ambos tenían que hacer algo positivo por el otro, y el otro estará atento para saber qué es (tarea de la sorpresa).

Se citó solamente al paciente para la siguiente sesión.

Aunque la segunda sesión estaba planeada para conversar solamente con el paciente, estuvo dividida en dos partes pues lo acompañaron sus padres, por lo que decidimos aprovechar la presencia de ambos e incluirlos.

Entonces, la sesión se dividió en dos partes: primero se platicó solamente con el paciente con la finalidad de preguntarle qué se llevó de la sesión anterior, explorar más a fondo la dinámica familiar desde su perspectiva como la relación con su hermano, la relación de sus padres, indagar cómo es que está tan involucrada su madre con su hermano, además de explorar por qué está tan presente el tema del suicidio aunque ya pasaron dos años desde el hecho y finalmente para explorar los recursos y redes de apoyo con los que cuenta, como amigos por ejemplo.

Durante la conversación que se tuvo con el paciente descubrimos que la situación había mejorado en casa, que esa barrera de la que se habló en la sesión anterior parecía estar cediendo y él se sentía mejor. Menciona que ha mejorado la relación de los cuatro en general y que si acaso el único que está un tanto alejado es su hermano, pero lo atribuyen a que sus horarios de la escuela le exigen más tiempo en la misma. Ha notado que su mamá se ha portado más cariñosa con él, lo cual era una petición que tenía y también él ha comenzado a estar más abierto a las muestras de apoyo y cariño de su familia.

Al preguntarle acerca de por qué creía que estaba tan presente el tema de su intento de suicidio a pesar de que ya han pasado varios años, dijo que en realidad no estaba tan presente, que solamente era un asunto del que su mamá en particular había quedado intranquila, así que decidieron aprovechar la oportunidad de hablarlo en este momento, cuando se habían enterado de la existencia del servicio.

Con respecto a la relación con su hermano dijo que parecía haber mejorado también y lo notaba porque peleaban menos y en general se llevaban mejor.

Después, pasaron a la sesión los padres. Cuando ellos entraron nos presentamos como equipo terapéutico con el padre y le explicamos cómo es la dinámica de trabajo ahí a lo que respondió que le parecía bien. A partir de ese momento estuvieron los tres en la sesión.

Se revisó entonces la tarea que se había dejado a madre e hijo, es decir la tarea de la sorpresa. El resultado fue que tanto el paciente como su mamá observaron los detalles que el otro tuvo. Esta actividad les gustó a ambos y les permitió percibir mejor lo que hacen recíprocamente.

Se les preguntó entonces si había alguna cosa que les preocupara mucho ahora a lo que el paciente y su padre respondieron que no. La madre dijo que solo le preocupaba que el paciente había tomado dinero de su hermano y no lo había querido aceptar, lo cual provocó problemas entre los dos. Entonces se preguntó al paciente en qué podía contribuir él para mejorar esta situación y dijo que de hecho ya estaba juntando ese dinero (aunque insistió en que él no lo tomó) para regresarlo y terminar con la dificultad. Esta respuesta pareció agradar a sus padres.

Posterior a la pausa de la sesión, el mensaje que se le dio a la familia fue que el equipo reconocía que son una familia no solo preocupada por las situaciones complicadas que les acontecen, sino que también ocupada y muestra de ello es que asistían ahí y se comportaban de una manera amorosa y cuidadosa por el otro. Se les dijo que no encontrábamos ninguna situación de riesgo para ninguno de ellos en ese momento, por lo que se les daría de alta en la siguiente sesión. También se enfatizó que son una familia unida y preparada para afrontar las complicaciones futuras que pudieran encontrar.

Se concretó fecha y hora para la tercera sesión.

Después de la bienvenida a la tercera sesión se le preguntó al paciente y a su madre cómo habían estado en todo el tiempo que no nos habíamos visto y contestó la madre que todo estaba bastante bien. Entonces se les preguntó qué estaba bastante bien y dijo que la relación que tienen ella y el paciente era ahora más fluida, ya incluso se hacen bromas. El paciente opina lo mismo y agrega que intenta dejar de ser “cerrado” con su familia y cuando identifica que lo está haciendo se dice a sí mismo que no debe hacerlo así.

Luego se les preguntó a ambos con qué se quedaron de la sesión pasada y la madre dijo que le alentó mucho que nosotros como profesionales viéramos en su familia buenas bases, que ellos como padres no hay hecho mal la tarea de formar a sus hijos fuertes para que estén preparados para lo que venga. También fue “padre” para ella escuchar que el paciente dijo que sus padres le han inculcado muchos valores entre ellos que él y su hermano sólo se tienen el uno al otro. Es una satisfacción para ella porque una meta como padres era generar en sus hijos un vínculo de hermanos y al escuchar así a su hijo vio su esfuerzo dar frutos y hasta recibió más de lo esperado pues vio en su hijo una madurez que no esperaba por su edad. El paciente dijo que se fue emocionado de la sesión anterior por la sola presencia del padre en la terapia: dice que ha cambiado su anterior forma de ser y lo ha logrado por medio de “hablar como si estuviera fuera, para decir qué hacer”. El padre también se fue contento y coincide con la idea de la madre de que no han hecho tan mal las cosas como padres. También nota una diferencia con el hermano porque el paciente toma distancia cuando lo quiere fastidiar y entonces han dejado de funcionar.

Se les preguntó si en el tiempo que no los vimos surgió algo que les preocupe y ambos respondieron que no, al menos no algo que no hayan podido manejar y confían en que si se presenta algún problema, puedan resolverlo. Se les preguntó entonces cómo le harían para solucionar ese problema hipotético y la madre dijo que decir específicamente lo que pasa o pedir lo que necesitan con exactitud para que se puedan entender.

También se les preguntó cómo podrían mantener las cosas que están funcionando ahora el mayor tiempo posible para evitar llegar a un problema como el anterior y la madre dijo que no hay que dar por hecho que el otro sabe lo que cada uno necesita, hay que conversarlo. El paciente coincidió con su madre: estar tranquilos y dialogar.

Otro asunto en lo que coinciden madre e hijo es en que han notado cambios en el hermano aun cuando nunca asistió a alguna sesión de terapia. Por ejemplo, ya recibe mejor los comentarios que le llega a hacer el paciente y está menos enojón, también participa más en las conversaciones cuando están los cuatro.

Ya cerrando el proceso de terapia la madre dice que lo que más se llevó del servicio fue las atenciones que recibieron por parte del equipo en buscarlos para el servicio, recordarles constantemente de las citas y que tantas personas estuvieran al pendiente de esa familia.

Les preguntamos qué recomendarían a una familia en las mismas condiciones y con las mismas dificultades que pasaron. El paciente dijo que a los padres les diría que les preguntaran cosas constantemente a sus hijos, pero de manera que ellos no interpretaran que les están diciendo qué hacer. A los adolescentes les diría que escucharan a sus papás porque lo hacen porque los quieren.

La madre dijo que les recomendaría que si sienten que no pueden con el problema busquen ayuda profesional porque la terapia es para que se les muestre algo distinto, en particular a los padres pues muchas veces los adultos se desfogan mucho en los hijos. Entonces es importante trabajar en “uno como adulto primero” para poder ser buena guía para los muchachos.

Después de realizada la pausa de la sesión se enfatizó en las diferencias entre la primera sesión la cual estuvo llena de preocupaciones por el paciente, por su relación con su

hermano y la relación entre todos en general. En cambio, este día están con cambios significativos promovidos principalmente porque supieron actuar en los momentos indicados, decir las cosas indicadas y aprovechar el espacio lo más posible, tanto que fueron suficientes tres sesiones. Les agradecemos su confianza y compromiso en cada sesión. Se les expresó que familias tan comprometidas como la suya nos alientan a nosotros como terapeutas para continuar haciendo nuestro trabajo.

Se finalizó el proceso recordando e invitando a usar el servicio nuevamente si fuera necesario.

Este caso se trabajó desde el enfoque de terapia breve centrado en soluciones. Como bien se ha dicho en el capítulo anterior, las técnicas principales de este enfoque son: secuencia del cambio previo al tratamiento; secuencia de la pregunta del milagro; secuencia sobre el manejo del problema; secuencia pesimista y la secuencia de la bola de cristal.

En la tabla 3 se señalan los momentos en los que se usó alguna de estas técnicas o cuando se pudo localizar alguno de los supuestos durante las conversaciones con la familia:

Tabla 4.

Uso de técnicas de la terapia breve enfocada en soluciones con ejemplos.

Técnica o supuesto utilizado	Ejemplo / momento utilizado.
Sesión 1	
Supuesto 2: la cooperación es inevitable.	Se comenzó la primera sesión con la madre diciendo que se encontraban ahí porque quiere mucho a su hijo (el paciente) y quiere ayudarlo.

<p>Supuesto 6: los problemas son intentos fallidos de resolver conflictos</p>	<p>Al pedir la opinión del paciente dijo que en diferentes ocasiones había notado diferencia entre cómo trataban a su hermano y a él. De ahí que haya tomado la decisión de obtener notas sobresalientes en la escuela. El “problema” que había en esta familia era que cuando él iba en la secundaria intentó suicidarse porque consideraba que sus padres querían más a su hermano. La madre percibe que ha existido una “lucha constante” entre ellos desde que eran niños. Además, dice que el paciente toma constantemente dinero de los otros miembros de la familia, pero al confrontarlo lo niega y no explica para qué lo toma. Al pedir la opinión del paciente dijo que en diferentes ocasiones había notado diferencia entre cómo trataban a su hermano y a él. De ahí que haya tomado la decisión de obtener notas sobresalientes en la escuela para tener reconocimiento por parte de su familia.</p>
<p>Supuesto 7: no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.</p>	<p>Otro asunto que se mencionó en esa sesión es que el padre y el hermano se llevan “muy mal” sin embargo no se profundizó en el tema pues la madre y el paciente consideraron que no era un factor relevante en lo que había sucedido con el paciente.</p>
<p>Secuencia del cambio previo al tratamiento</p>	<p>La reacción de sus padres fue tratar de tranquilizarlo. Al cuestionarle sobre qué piensa de esa reacción dijo (después de pensarlo por un rato) que quizá en aquel momento necesitaba el abrazo que le ofrecían, pero no curaba todo lo que hicieron antes, es decir, darle prioridad a su hermano.</p> <p>Al preguntarle si mantenerlo en secreto por dos meses le había funcionado dijo que no sabía.</p>
<p>Tarea de la sorpresa.</p>	<p>Finalmente, se les asignó una tarea en la que ambos tenían que hacer algo positivo por el otro y el otro estará atento para saber qué es</p>

Sesión 2	
Supuesto 2: la cooperación es inevitable.	<p>Se revisó entonces la tarea que se había dejado a madre e hijo, es decir la tarea de la sorpresa. El resultado fue que tanto el paciente como su madre observaron los detalles que el otro tuvo. Esta actividad les gustó a ambos y les permitió percibir mejor lo que hacen el uno por el otro.</p> <p>Durante la conversación que se tuvo con el paciente descubrimos que la situación había mejorado en casa, que esa barrera de la que se habló en la sesión anterior parecía estar cediendo y él se sentía mejor. Menciona que ha mejorado la relación de los cuatro en general. Con respecto a la relación con su hermano dijo que parecía haber mejorado también y lo notaba porque peleaban menos y en general se llevaban mejor.</p>
Supuesto 3: el cambio inevitable.	<p>Ha notado (el paciente) que su madre se ha portado más cariñosa con él, lo cual era una petición que tenía y también él ha comenzado a estar más abierto a las muestras de apoyo y cariño de su familia.</p> <p>Otro asunto en lo que coinciden madre e hijo es en que han notado cambios en el hermano aun cuando nunca asistió a alguna sesión de terapia. Por ejemplo, ya recibe mejor los comentarios que le llega a hacer el paciente y está menos enojón, también participa más en las conversaciones cuando están los cuatro.</p>
Supuesto 4: solo se necesita un pequeño cambio.	<p>Se preguntó al paciente en qué podía contribuir él para mejorar esta situación y dijo que de hecho ya estaba juntando ese dinero (aunque insistió en que él no lo tomó) para regresarlo y terminar con la dificultad. Esta respuesta pareció agrandar a sus padres.</p>

<p>Supuesto 5: los pacientes cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para cambiar.</p> <p>Supuesto 8: los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.</p> <p>Supuesto 9: la realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la co-creación de la realidad del sistema terapéutico.</p>	<p>El mensaje que se le dio a la familia fue que el equipo reconocía que son una familia no solo preocupada por las situaciones complicadas que les acontecen, sino que también ocupada y muestra de ello es que asistían ahí y se comportaban de una manera amorosa y cuidadosa por el otro. También se enfatizó que son una familia unida y preparada para afrontar las complicaciones futuras que pudieran encontrar.</p> <p>Al preguntarle (al paciente) acerca de por qué creía que estaba tan presente el tema de su intento de suicidio a pesar de que ya han pasado varios años, dijo que en realidad no estaba tan presente, que solamente era un asunto del que su mamá en particular había quedado intranquila, así que decidieron aprovechar la oportunidad de hablarlo en este momento, cuando se habían enterado de la existencia del servicio.</p> <p>Se les preguntó entonces si había alguna cosa que les preocupara mucho ahora a lo que el paciente y su padre respondieron que no... Se les dijo (después de la pausa) que no encontrábamos ninguna situación de riesgo para ninguno de ellos en ese momento, por lo que se les daría de alta en la siguiente sesión.</p>
<p>Sesión 3</p>	
<p>Supuesto 3: el cambio es inevitable.</p> <p>Supuesto 4: solo se necesita un pequeño cambio.</p>	<p>La madre dijo que todo estaba bastante bien. Entonces se les preguntó qué estaba bastante bien y dijo que la relación que tienen ella y su hijo era ahora más fluida, ya incluso se hacen bromas. Se enfatizó en las diferencias entre la primera sesión la cual estuvo llena de preocupaciones por el paciente, por su relación con A y la relación entre todos en general. En cambio, este día están con cambios significativos promovidos principalmente porque supieron actual en los momentos indicados, decir las cosas indicadas y</p>

<p>Supuesto 5: los pacientes cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para cambiar.</p>	<p>aprovechar el espacio lo más posible, tanto que fueron suficientes tres sesiones.</p> <p>El paciente dice que intenta dejar de ser “cerrado” con su familia y cuando identifica que lo está haciendo se dice a sí mismo que no debe hacerlo así. Ha cambiado su anterior forma de ser y lo ha logrado por medio de “hablar como si estuviera fuera, para decir qué hacer”. Toma distancia cuando su hermano lo quiere fastidiar</p>
---	--

Nota: la tabla 4 muestra el uso de las técnicas de terapia breve enfocada a soluciones que se usaron durante el proceso terapéutico con la Familia 1, así como ejemplos de cada técnica mencionada, por sesión terapéutica.

Además de lo ya comentado en la tabla 3 se realizaron las siguientes acciones en pro del cambio que la familia buscaba:

- *Atribuir los cambios a los pacientes.* Desde los modelos de terapia breve, es importante atribuir a la familia, pareja o individuo cualquier cambio positivo que se genere para que vayan ganando confianza en sus capacidades para hacer los cambios que decidan. A la vez se coloca una luz directa sobre esas capacidades y habilidades que tienen pero que quizá habían dejado de lado por el problema. En el caso de esta familia, se tiene el siguiente momento: al paciente se le dijo que podíamos notar que es un chico sensible pero también muy inteligente porque por ejemplo decidió no suicidarse y lo pudo transformar en algo positivo y constructivo (sesión 1).
- *Uso de metáforas* usando el lenguaje de los pacientes, para crear entrar en el mundo de paciente y así crear un ambiente de confianza y entendimiento. Además, se pueden mandar mensajes importantes por este medio. El ejemplo es: Se señaló

que, si bien había una barrera entre ambos (madre e hijo), podíamos ver que la barrera tiene algunos agujeros a través de los cuales es posible observar al otro lado y lo que podíamos hacer nosotros era acompañarlos para ir quitando uno por uno los ladrillos de esa barrera (sesión 1).

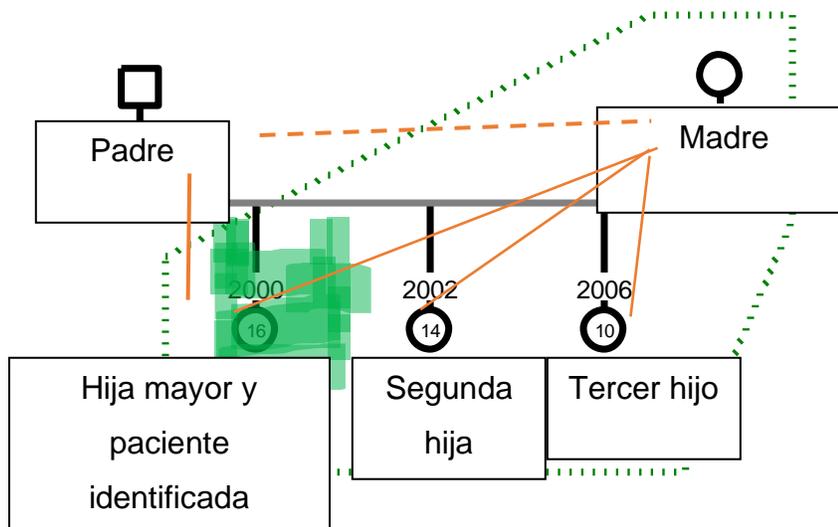
- Se pidió a la familia *su apoyo como expertos* para afianzar los cambios. Así sucedió con esta familia: Les preguntamos qué recomendarían a una familia en las mismas condiciones y con las mismas dificultades que pasaron. El paciente dijo que a los padres les diría que les preguntaran cosas constantemente a sus hijos, pero de manera que ellos no interpretaran que les están diciendo qué hacer. A los adolescentes les diría que escucharan a sus papás porque lo hacen porque los quieren. La madre dijo que les recomendaría que si sienten que no pueden con el problema busquen ayuda profesional porque la terapia es para que se les muestre algo distinto, en particular a los padres pues muchas veces los adultos se desfogan mucho en los hijos. Entonces es importante trabajar en “uno como adulto primero” para poder ser buena guía para los muchachos.
- También se hicieron *preguntas enfocadas en el futuro* con el objetivo de que los miembros de esta familia se hicieran más conscientes de los logros obtenidos en sesión y de las nuevas habilidades producto del proceso terapéutico: se les preguntó cómo podrían mantener las cosas que están funcionando ahora el mayor tiempo posible para evitar llegar a un problema como el anterior y la madre dijo que no hay que dar por hecho que el otro sabe lo que cada uno necesita, hay que conversarlo. El paciente coincidió con su madre: estar tranquilos y dialogar.

3.1.2 Familia 2.

Ficha de identificación familiar:

Nombre de la familia: C. T.
Terapeuta: Susana Lara Aguilar
Supervisor: Dr. Alexis Ibarra Martínez
Equipo terapéutico: Manuel Cabrera; Ana Luisa Carrión; Silvia Reyes.
Fecha de primer contacto: octubre de 2016.
Motivo de consulta: “problemas intrafamiliares”

Familiograma:



Presentación del caso.

El caso de la familia C. T también fue referido al servicio de Terapia Familiar ofrecido en el CCH Azcapotzalco por medio del departamento de psicopedagogía de dicha institución. En los datos que se encontraban el nombre de la alumna y de su madre (quien solicitó la

atención), así como un teléfono de contacto. Como motivo de consulta estaba la frase “problemas intrafamiliares”.

Cuando se me asignó el caso, me comuniqué al teléfono proporcionado y al hablar con la madre, me comentó que fue contactada por el servicio de psicopedagogía después de que su hija fue canalizada ahí por su profesor de matemáticas. En psicopedagogía le ofrecieron inscribirles en la lista de espera de Terapia Familiar para una consulta más apropiada para el caso a lo que accedió. Dijo que además tenían “muchos otros problemas” pero prefería no tratarlos por teléfono.

Entonces se arregló una cita para el mes de octubre de 2016. La madre preguntó a quién debía llevar a sesión. Se respondió que a quien ella considerara pertinente.

El proceso terapéutico con esta familia tuvo una duración de 3 sesiones solamente; tuvieron tres faltas, lo que redujo significativamente el tiempo disponible para atenderles. A la primera sesión asistieron la madre y sus dos hijas: la paciente y su hermana menor. A la segunda sesión asistió solo la madre. Para la sesión tres asistió solamente la paciente identificada.

Se comenzó la primera sesión con la firma del consentimiento informado para la videograbación de las sesiones y el reglamento del servicio. Para iniciar la conversación se les preguntó a las hijas si sabían por qué estaban ese día en ese lugar. La paciente respondió que ella ya sabía que estaban en la lista de espera para el servicio, por lo que esperaba que en algún momento les llamaran. La hermana por otro lado dijo que sí sabía, que iban por terapia familiar.

Al preguntarles cuál era el motivo que las llevaba a terapia la paciente dijo que fue a raíz de que tuvo un examen de matemáticas que le fue imposible contestar y en lugar de las

respuestas escribió que “no podía y era una vergüenza para su familia”. El profesor no dejó pasar el mensaje y la remitió al servicio de psicopedagogía y de ahí, al servicio de Terapia Familiar. Durante su relato, la paciente identificada cuenta que siempre se ha sentido muy exigida en la cuestión escolar, principalmente por su padre, a quien percibía como un hombre que se enoja cuando las cosas no salen “como él quiere y a la primera”. En esto coinciden tanto su hermana como su madre. Consideran al padre enojón, violento; incluso relatan que cuando eran niñas, las golpeaba (cosa que aún hace con el hermano menor). Lo que han intentado para evitar sus enojos es no contradecirlo. También las tres aceptan que hay ocasiones en las que pueden jugar y “llevarse bien”, aunque son los menos.

Por su parte, la madre relató cómo fue y ha sido su relación de pareja con su esposo, llena de situaciones complicadas a las que se ha enfrentado: desilusiones, violencia y malos tratos. Se han separado varias veces y después regresado a estar juntos. Luego, llegó a un relato clave para la familia: su esposo se había intentado suicidar. Mientras iba contando todos los detalles, sus hijas escuchaban. A ambas se les veía incómodas y la paciente incluso lloraba.

Si bien la situación del matrimonio era complicada desde su inicio, después de este episodio los problemas se intensificaron. La madre decía que no le ve razón de ser al matrimonio. Cuando se le preguntó por qué seguía con él, dijo que es porque el padre amenazó con quitarle a alguno de sus hijos y matarlo si se iba.

Después de escuchar las voces de las tres, se les preguntó qué era lo que esperaban del servicio. Para las hijas fue difícil definir algo (y no lo hicieron en esa ocasión). La madre dijo que a ella le gustaría “mejorar la relación de todos en la familia”.

Al terminar la pausa, el mensaje que se le dio a la familia fue, primero, resaltar la solidaridad que el equipo observó en las tres, ya que están ahí y eso lo demuestra. También se le dijo

a la paciente que, aunque en el momento del examen estaba agobiada y abrumada, encontró la manera de pedir ayuda y para el equipo eso es una señal de que quiere que las cosas sean diferentes para ella en esta familia, y mejor para todos. Se les dijo a las hijas que ellas no tienen, han tenido ni tendrán la responsabilidad de lo que ha pasado en la relación con sus padres. Al final les dijimos que podemos ver como a cada uno le afectaban diferentes cosas y de manera diferente, por lo que consideramos viable la próxima sesión platicar sólo con la madre. Se concertó día y hora para la segunda sesión.

A esta sesión asistió solamente la madre para poder explorar más a fondo la dinámica de la relación de pareja, sin la presencia de sus hijas.

Comenzamos preguntando cómo han estado en este tiempo que no nos hemos visto, a lo que responde que bien, es decir, igual que siempre. Al preguntar con qué se quedó de la sesión pasada y respondió que la sesión pasada se contuvo mucho pues estaban sus hijas.

Comenzamos preguntando qué es lo que más le preocupa, a lo que respondió que son sus hijos, porque siempre que su esposo se enoja con ella, se desquita con sus hijos en cosas como revisarles cuadernos escolares y regañarles si “algo no les parece”.

A continuación, contó la historia de cómo ella y su esposo tuvieron una dificultad porque él quería que dejara de trabajar, a lo que ella no cedió y siguió trabajando donde aún lo hace. En cambio, su esposo entró a trabajar con ella “para tenerla vigilada”. Considera que fue su “peor error” porque no le gusta que ayude o platique con sus compañeros de trabajo y “de todo se enoja”. Al preguntarle cómo se explica este enojo constante de su esposo dijo que quizá es inseguridad de él porque en una ocasión le dijo que ya la tenía harta de estas actitudes, de tener que estar cuidando lo que dice o hace en el trabajo. Cuando esto sucede, dice que ella explota y le dice cosas como que ya la tiene hasta el gorro y un día se irá de

su vida, pero él no le cree pues le dice constantemente que nunca lo ha hecho, a lo que ella le responde que lo hará “cuando ella quiera, cuando a ella le dé la gana”.

Se le preguntó entonces acerca de la primera vez que le dijo a su esposo que se iba a separar de él y las razones por las que no lo hizo y dijo que fue porque en aquel momento ella era una mujer “sometida” y todo lo que decía su esposo, tenía que hacerlo, además de que le pesó mucho lo que dirían los familiares y la gente en general. Ahora ya lo vive diferente, pero la mantiene con él que su hija mayor, la paciente identificada, dijo que no se iría con ella, sino que se quedara con su papá por miedo a que vuelva a intentar suicidarse lo cual sería su culpa. Al preguntarle por qué su hija se sentiría responsable de lo que le pase a su esposo dice que es porque ellos dos son muy unidos. También comenta que su esposo ha hecho distinción entre la paciente identificada y sus otros dos hijos, de quienes ha dicho incluso que no son sus hijos por sus características físicas.

Cuando se le preguntó qué tendría que pasar para que se separara de su esposo dijo que ni siquiera ella lo sabía y que se pregunta si está “haciendo lo correcto”, que “eso no es vida”, y además no le gustaría que vivieran unos con mamá y otros con papá porque cree que de esa manera se alejarían más sus hijos menores que de por sí no tienen una relación cercana. Son interrogantes a las que no tiene respuesta.

Cuenta también un hecho que la “marcó y lastimó mucho” pues cuando estaba embarazada de su hijo menor le dijo que no quería salir acompañada por ella porque estaba gorda y fea. Después de su narración se le preguntó qué conclusiones acerca de su matrimonio, de su relación de pareja puede obtener de estos relatos, dijo en un inicio que no lo sabía. Luego dijo que no le gustaban estas situaciones pero que, en un inicio de la relación, sin embargo, era diferente: estaba enamorada y todo estaba bien. Las cosas dejaron de estar bien a partir de su último embarazo.

Le preguntamos entonces qué opinaban los demás de su relación y dijo que ante los ojos de las personas que conocen a su esposo, él es muy bueno, el mejor. Las pocas personas que conocen los detalles de la relación, como sus hermanos, le dicen que lo deje porque “están afectando mucho a sus hijos, que eso ya no es vida”. Ella cree que tienen razón, pero la sigue deteniendo el hecho de que la paciente identificada no se iría con ella. Se le preguntó si podría separarse, aunque no se fuera con ella dijo que quizá, principalmente por sus hijos y por ella porque merece respeto.

También relató que en una ocasión descubrió que su esposo había tenido una relación con otra mujer y cuando terminó esa relación fue que él intentó suicidarse. Fue entonces cuando se dio cuenta de que no fue su culpa que su esposo haya decidido atentar contra su vida.

Lo que le gustaría de la terapia es tener más seguridad en ella misma y salir adelante. Ya comenzó por ejemplo a hacer ejercicio en una bicicleta que su hermano le regaló. También cree que tendría que tomar una decisión pues ya ha llegado muy lejos. Lo que puede conseguir en terapia es sentirse más fuerte, al platicar en sesión de lo que le pasa se alivia un poco y se le quita un peso de encima.

Después de la pausa, se le dio el siguiente mensaje: primeramente, le dijimos que no estábamos seguros qué sería lo mejor para ella, si separarse o no, pero pensando en lo que pidió que fue seguridad, es algo que necesitará para cualquier decisión. Se agradeció la confianza al compartir las historias que hoy nos contó y esto mismo es un inicio para comenzar a sanar pues está poniendo las cosas en su lugar; en esos relatos vemos que la fuerza y la seguridad están presentes aunque sea a chispazos, por ejemplo se ha defendido de su esposo, se ha defendido, le ha contestado, ubica que no es justo que le digan gorda y fea, siguió trabajando a pesar de lo que opinaba su esposo y le queda claro que su esposo

se intentó suicidar pero no por su culpa. En ese sentido la invitamos a reflexionar cómo puede seguir trabajando esos chispazos de fuerza y seguridad.

La familia no acudió a dos sesiones consecutivas y después de ello solicitaron regresar al servicio. Se aceptó pues ya tenían un proceso comenzado.

Esta sesión se hizo con la paciente identificada. Se comenzó preguntando qué se había llevado de la última sesión y dijo que había estado reflexionando sobre cómo van las cosas en su casa y concluyó que debían cambiar y lo que ella podía hacer para ayudar en casa es hablar más porque casi no habla con ellos ni comenta cosas y como resultado no la conocen. Para ella es importante que la conozcan sus hermanos y padres para que la traten diferente. Conocerla mejor significa saber cómo es, qué piensa y cómo toma decisiones. Eso no lo saben ahora.

De acuerdo con la paciente, una comunicación diferente funcionaría en casa porque mejoraría una parte de los problemas que existen ahora. Al menos tomarían en cuenta que sí pueden expresarse ahí. Quiere funcionar como un ejemplo para los demás en cuestión de comunicarse diferente. Al preguntarle por qué cree que necesitan comunicarse más en casa dijo que, por ejemplo, su hermana antes se cortaba (los brazos) y tiene muchas marcas. Ella no sabe por qué y es algo que le gustaría saber. Sus padres se lo preguntaron y ella también, pero sabe que si la presionan no le dirá nada; hay que ir despacio con ella.

Se le validó la estrategia de hablar de ella para que los demás puedan hablar un poco más de sí mismos.

Ya intentó hacerlo y sucedió que su papá comprendió cuál era su plan acerca de unas materias que reprobó y al conocerlo su papá “se calmó”. Es la única vez que lo ha intentado. Parece que está funcionando un poco lento, pero no tiene prisa, “lleva su tiempo”. Dice

también que con este intento de comunicar más ella “parece que quiere cambiar algo” y se da cuenta porque al menos su papá ya no está tan insistente en los asuntos de la escuela, pues ya sabe qué va a hacer.

En otros temas, comentó que, en ocasiones, cuando se enoja explota y dice muchas cosas que hieren. En una ocasión pasó con su papá cuando él comenzó a hablar de su intento de suicidio donde dijo que lo volvería a hacer. Este comentario la enojó mucho pues “es como si no me tomara en cuenta, yo he tratado de estar con él y de hablar con él, pero parece que no importa”. Después de esta “explosión”, no se sintió tan liberada, solo con un poco menos de frustración, pero no gran cosa.

Dijo que sí quiere sacar esa frustración que siente, pero no de esa manera. Al preguntarle cómo podría hacer entonces, dijo que no sabía. Le sugerimos entonces que una manera podría ser el intento de hablar más de ella que ya está haciendo, a lo que respondió que podría ser.

Se percibe como alguien que puede llegar a extremos, entre ponerse furiosa y estar muy tranquila. Cuando puede estar tranquila es con las personas que no la juzgan, lo cual no encuentra en casa; ahí siente que la juzgan porque no siente que la tomen en serio. Al preguntar qué la haría sentir menos juzgada, dijo que no sabía. Quienes la hacen sentir más juzgada son su hermana y su papá. También se siente de esta manera con su familia extensa. Entre amigos no le pasa así; no siente que ellos la juzgan.

Cuando se siente juzgada se queda callada y no dice nada. Por el contrario, cuando no se siente juzgada se siente cómoda y sin algo de lo que preocuparse. Es con sus amigos con quienes siempre se siente así y a veces, con su hermana. En esos momentos disfruta de lo que le gusta, y está “bien”, contenta. Ella contribuye a ese estado no poniéndose en situaciones que la pudieran hacer sentir juzgada.

Al preguntarle qué utilidad puede tener estar asistiendo a terapia dijo que sentirse con más confianza. Se daría cuenta de que tiene más confianza porque por ejemplo en clases participaría más, hablaría más porque pareciera que es “antisocial” y en realidad no se considera de esa manera.

Después de la pausa de esta sesión, el mensaje fue que desde donde el equipo lo ve, ella está encontrando la manera de expresarse, a su ritmo. Es un proceso que se lleva su tiempo y pasos: primero identificarlo; después expresarlo con nosotros mismos y esto último puede manifestarse de diferentes maneras como dibujar, escribir, escuchar una canción. Ya encontrará ella el momento y la manera de expresarlo a otros. Esto le permite ir con cuidado para que no se ponga en situaciones que la hagan sentir incómoda o juzgada. Se le dejó la tarea de registrar todos los momentos en los que no se siente juzgada con el mayor detalle posible. Finalmente le dijimos que pensara si quiere platicar sobre el intento de suicidio de su papá para ayudarlo a vivirlo de una manera diferente, pero es una decisión suya.

Se explicó que ya sólo quedaba una sesión de terapia, que se acordó para inicios de diciembre, sin embargo, no asistieron a la sesión programada, por lo que se dio por terminado el proceso.

Tabla 5.

Técnicas usadas durante el proceso terapéutico.

Técnica o supuesto utilizado	Ejemplo / momento utilizado.
Sesiones 1, 2 y 3	
<p>Identificar el intento de solución.</p> <p>Encontrar la excepción³.</p> <p>Plantear objetivos concretos en conductas observables.</p> <p>Elegir un cambio mínimo para ir alcanzando los objetivos de la terapia con la intención de que se expanda y crezca</p>	<p>El padre es percibido como un hombre que se enoja cuando las cosas no salen “como él quiere y a la primera”. Lo que han intentado para evitar sus enojos es no contradecirlo</p> <p>Se le dijo a la paciente que, aunque en el momento del examen estaba agobiada y abrumada, encontró la manera de pedir ayuda y para el equipo eso es una señal de que quiere que las cosas sean diferentes para ella en esta familia, y mejor para todos.</p> <p>Lo que le gustaría de la terapia (hablamos de la madre) es tener más seguridad en ella misma y salir adelante. Ya comenzó por ejemplo a hacer ejercicio en una bicicleta que su hermano le regaló. También cree que tendría que tomar una decisión pues ya ha llegado muy lejos. Lo que puede conseguir en terapia es sentirse más fuerte, al platicar en sesión de lo que le pasa se alivia un poco y se le quita un peso de encima.</p> <p>Se agradeció la confianza al compartir las historias que hoy nos contó y esto mismo es un inicio para comenzar a sanar</p>

³ Aunque la búsqueda y crecimiento de las excepciones son una técnica más del enfoque centrado en soluciones, se consideró pertinente incluirla en esta tabla para evidenciar que la paciente tenía mayor tendencia a encontrar esas excepciones que su madre.

<p>Elegir un cambio mínimo para ir alcanzando los objetivos de la terapia con la intención de que se expanda y crezca</p>	<p>La invitamos a reflexionar cómo puede seguir trabajando esos chispazos de fuerza y seguridad.</p> <p>Se le validó la estrategia de hablar de ella para que los demás puedan hablar un poco más de sí mismos.</p> <p>Ya intentó hacerlo y sucedió que su papá comprendió cuál era su plan acerca de unas materias que reprobó y al conocerlo su papá se calmó. Es la única vez que lo ha intentado. Parece que está funcionando un poco lento, pero no tiene prisa, “lleva su tiempo”.</p>
<p>1.- No apresurarse.</p>	<p>Después de la pausa de esta sesión, el mensaje fue que desde donde el equipo lo ve, ella está encontrando la manera de expresarse, a su ritmo.</p>
<p>2.- Los peligros de una mejoría.</p>	<p>La madre dice que no le ve razón de ser al matrimonio, pero cuando se le preguntó por qué seguía con él, dijo que es porque el padre amenazó con quitarle a alguno de sus hijos y matarlo si se iba.</p> <p>Después de la pausa, le dijimos que no estábamos seguros qué sería lo mejor para ella, si separarse o no, pero pensando en lo que pidió que fue seguridad, es algo que necesitará para cualquier decisión.</p>
<p>3.- Un cambio de dirección.</p>	<p>Reflexionando sobre cómo van las cosas en su casa, la paciente y concluyó que debían cambiar y lo que ella podía hacer para ayudar en casa es hablar más porque casi no habla con ellos. De acuerdo con ella, una comunicación diferente funcionaría en casa porque mejoraría una parte de los problemas que existen ahora</p>

Nota: la tabla 5 muestra el uso de las técnicas de terapia breve enfocada a problemas que se usaron durante el proceso terapéutico con la Familia 2, así como ejemplos de cada técnica mencionada.

En las sesiones que se tuvieron con esta familia pude observar que la madre tenía necesidad de verbalizar muchas experiencias para ella negativas que había pasado con su esposo, desde varios años atrás. El intento de suicidio de su esposo cambió la dinámica de la familia para empeorar pues culpaba a su familia de ser más miserable aún por no haberlo logrado pues lo salvaron. En el siguiente apartado del capítulo se discutirán las consecuencias que esta familia vivió. Ejemplos de “queja” o “desahogo”:

- Al preguntar con qué se quedó de la sesión pasada y respondió que la sesión pasada se contuvo mucho pues estaban sus hijas.
- Comenzamos preguntando qué es lo que más le preocupa, a lo que respondió que son sus hijos, porque siempre que su esposo se enoja con ella, se desquita con sus hijos en cosas como revisarles cuadernos escolares y regañarles si “algo no les parece”.
- Al preguntarle cómo se explica este enojo constante de su esposo dijo que quizá es inseguridad de él porque en una ocasión le dijo que ya la tenía harta de estas actitudes, de tener que estar cuidando lo que dice o hace en el trabajo. Cuando esto sucede, dice que ella explota y le dice cosas como que ya la tiene hasta el gorro y un día se irá de su vida, pero él no le cree pues le dice constantemente que nunca lo ha hecho, a lo que ella responde que lo hará cuando ella quiera, cuando a ella le dé la gana.

Se intentó hacer *preguntas circulares* a la madre con poco éxito pues, aunque respondía, su discurso regresaba a narrar algún evento desafortunado o alguna opinión que reforzaba sus ideas, como en este: Le preguntamos entonces qué opinaban los demás de su relación y dijo que ante los ojos de las personas que conocen a su esposo, él es muy bueno, el mejor. Las pocas personas que conocen los detalles de la relación, como sus hermanos, le dicen que lo deje porque “están afectando mucho a sus hijos, que eso ya no es vida”.

Las *preguntas reflexivas* corrían la misma suerte, pues ella fue difícil llegar a alguna conclusión: cuando se le preguntó qué tendría que pasar para que se separara de su esposo dijo que ni siquiera ella lo sabía y que se pregunta si está “haciendo lo correcto”. Para la paciente, por el contrario, fue menos complicado llegar a alguna conclusión diferente de aquellas con las cuales llegó a terapia. Estos ejemplos se detallan en la tabla anterior, correspondiendo con “elegir un cambio mínimo”, “no apresurarse” y “un cambio de dirección”.

Como el proceso terapéutico terminó luego de pocas sesiones, se tuvieron igualmente oportunidades reducidas para intentar más técnicas del modelo o las preguntas circulares y reflexivas.

3.2 Análisis y Discusión Teórico-Metodológica De La Intervención Clínica Con Los Casos Elegidos.

Los dos casos elegidos para este reporte tienen en común que en estas familias se experimentó un intento de suicidio por alguno de sus miembros. En el caso de la familia 1 fue JG, estudiante del CCH Azcapotzalco. En el caso de la familia 2 fue el señor J, padre de Z, estudiante del CCH Azcapotzalco.

Elegí a estas dos familias para este reporte principalmente por el manejo que cada una tuvo ante un fenómeno en común, así como el impacto del intento de suicidio en cada familia, el cual fue claramente contrastante.

Para el análisis de los casos, se realizaron los siguientes tres apartados: el hecho, antes del hecho, y consecuencias del hecho.

El hecho.

En el caso de la familia 1, el paciente estuvo a punto de suicidarse, pero en último momento no lo hizo pues reflexionó sobre los logros que había tenido hasta el momento. El motivante principal que lo hizo acercarse al suicidio fue una idea constante de que sus padres tenían preferencias por su hermano mayor y una lucha constante entre ellos desde que eran niños por la atención de su madre, la señora G. Esto coincide con las afirmaciones de Vázquez, González, Rojo y Figueroa (1998) y de Monge, Cubillas, Román y Abril (2007) cuando dicen que se puede dar el caso de que, ante un intento de suicidio de los jóvenes, buscan comunicar lo que les acontece, como angustia, pesadumbre, tristeza, enojo o alguna otra emoción o sentimiento

En el caso de la familia 2, quien intentó suicidarse fue el padre de la paciente; fue ella quien encontró a su padre en su casa colgado del cuello con una soga, inconsciente, por lo que de inmediato llamó a uno de sus tíos quien bajó a su padre para posteriormente llevarlo a recibir atención médica. A diferencia de la primera familia, en este caso no se consumó el suicidio por elección del actor, sino porque otra persona lo impidió. (González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado (1998) hablan de estos casos en los que un tercero impide el suicidio y lo nombran como factores que pueden influir en las consecuencias del intento de suicidio.

Antes del hecho.

De acuerdo con la teoría revisada en el capítulo anterior, hay diversos factores familiares que pueden favorecer que haya un intento de suicidio (Guilbert y Torres, 2001, y Guilbert y Alonso, 2001):

- Falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana.
- Incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas.

- Escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda así como realizar cambios al interior de la familia en función de las circunstancias.
- Comunicación indirecta y enmascarada, así como también la falta de congruencia entre los mensajes verbales y no verbales.
- Baja adaptabilidad.
- La baja permeabilidad con respecto a otros sistemas.

Otra manera de expresarlo es como lo hace Donas Burak (2001, citado en Páramo 2011). Él habla de factores de riesgo entre lo que se encuentran: familia con vínculos pobres entre sus miembros; violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo.

Estas características llevan a crear un clima familiar lleno de emociones y sentimientos negativos que se traducen en hostilidad, resentimiento o frialdad afectiva. Durante las conversaciones con las familias se encontraron varios ejemplos de estas características de funcionamiento o dinámica familiar como antecedentes al intento de suicidio.

Por ejemplo, en la familia 1 se encontró lo siguiente:

- Hay una “lucha constante” entre ellos (los hermanos) desde que eran niños.
- El paciente dijo que en diferentes ocasiones había notado diferencia entre cómo trataban a su hermano y a él
- El paciente afirma que aún sigue buscando la aprobación de sus padres porque siente crítica constante ante lo que comparte como su gusto por el *ánime*
- El padre y el hermano se llevan “muy mal”.

Para la familia 2, parece que estos antecedentes son más en cantidad y más intensos también:

- A raíz de que (la paciente) tuvo un examen de matemáticas que le fue imposible contestar y en lugar de las respuestas escribió que “no podía y era una vergüenza para su familia”.
- La paciente cuenta que siempre se ha sentido muy exigida en la cuestión escolar, principalmente por su padre, a quien percibía como un hombre que se enoja cuando las cosas no salen “como él quiere y a la primera”. En esto coinciden tanto su hermana como su madre. Lo consideran *enojón, violento*; incluso relatan que cuando eran niñas, las golpeaba.
- La relación de pareja ha estado constantemente llena de situaciones complicadas a las que se ha enfrentado: desilusiones, violencia y malos tratos. Se han separado varias veces y después regresado a estar juntos. Siempre que su esposo se enoja con ella, se desquita con sus hijos en cosas como revisarles cuadernos escolares y regañarles si “algo no le parece”.
- Se le preguntó a la madre acerca de la primera vez que le dijo a su esposo que se iba a separar de él y las razones por las que no lo hizo y dijo que fue porque en aquel momento ella era una mujer “sometida” y todo lo que decía su esposo, tenía que hacerlo, además de que le pesó mucho lo que dirían los familiares y la gente en general.

Además de estas características de riesgo, se pudo encontrar algunos factores protectores.

Por ejemplo, en la familia 1 se encontraron los siguientes:

- Se comenzó la primera sesión con la madre diciendo que se encontraban ahí porque quiere mucho a su hijo (el paciente) y quiere ayudarlo.

- El paciente dijo que sus padres le han inculcado muchos valores entre ellos que él y su hermano sólo se tienen el uno al otro. Es una satisfacción para la madre porque una meta como padres era generar en sus hijos un vínculo de hermanos y al escuchar así a su hijo vio su esfuerzo dar frutos.

Mientras tanto, en la familia 2:

- Cuando la paciente puede estar tranquila es con las personas que no la juzgan. Cuando está entre sus amigos no se siente juzgada. Cuando se siente juzgada se queda callada y no dice nada. Por el contrario, cuando no se siente juzgada se siente cómoda y sin preocuparse. Es con sus amigos con quienes siempre se siente así y a veces, con su hermana.

También es importante agregar que cuando las relaciones son cálidas, estrechas y cooperativas, los miembros de una familia se fortalecen y se fomenta el desarrollo personal, como lo mencionan Guilbert y Torres, (2001). Donas Burak (2001, citado en Páramo 2011) agrega los siguientes factores protectores: familia capaz de contener y con buena comunicación interpersonal; adecuada autoestima⁴; proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. En el caso de la familia 1, el paciente tiene al menos una relación cálida y estrecha con su madre, mientras que la paciente de la familia 2 tiene relaciones cercanas pero conflictivas dentro de su familia y las cálidas se encuentran fuera de la familia (con sus amigos).

En resumen, los factores protectores se encontraron con mayor frecuencia durante las conversaciones con la primera familia. Por el contrario, en la segunda familia parecen más

⁴ Una adecuada autoestima, brinda a las personas posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad (Herrera,1999).

presentes los factores de riesgo. Estos elementos fueron de suma importancia tanto para que se crearan las condiciones propicias para los intentos de suicidio como para la dinámica familiar y las consecuencias personales que el hecho trajo consigo.

Factores personales.

Los factores protectores y de riesgo que se mencionan con anterioridad se refieren a la dinámica familiar. Sin embargo, también debemos tomar en cuenta los factores personales de la persona que intentó suicidarse.

En el caso de la familia 1, estaba la percepción del paciente de “ser menos” con respecto a su hermano lo cual probablemente iba en detrimento de su autoestima o generaba un sentimiento de desesperanza. En el caso de la familia 2, el padre de la paciente tenía dificultades económicas y recientemente había terminado una relación extramarital que sostenía, lo que probablemente lo llevó a sentir desesperanza o culpa. Esto coincide con los reportado por Guilbert y Alonso (2001), donde reportan, por grupo de edad, las principales influencias personales en sujetos que intentaron suicidarse: de 10 a 19 años los principales factores fueron sentimiento de culpa y/o desesperanza y desorganización en el hogar. En el grupo de los 25 a 59 años los factores fueron depresión mayor, sentimientos de culpa y/o desesperanza y un hogar desorganizado.

Consecuencias del hecho

De acuerdo con Guilbert y Torres, (2001) una vez que se produce un intento suicida, el sistema familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos de este sobre él.

Las consecuencias vividas en cada familia han sido diferentes, así como lo fueron los procesos terapéuticos completos.

Para la familia 1, parece que los factores protectores con los que contaban de antemano, combinado con el trabajo en terapia, permitió que se pudiera pasar la página con relativa rapidez y fluidamente:

- Al preguntarle (al paciente) acerca de por qué creía que estaba tan presente el tema de su intento de suicidio a pesar de que ya han pasado varios años, dijo que en realidad no estaba tan presente, que solamente era un asunto del que su mamá en particular había quedado intranquila, así que decidieron aprovechar la oportunidad de hablarlo en este momento, cuando se habían enterado de la existencia del servicio.
- La madre del paciente dijo que le alentó mucho que nosotros como profesionales viéramos en su familia buenas bases, que ellos como padres no hay hecho mal la tarea de formar a sus hijos fuertes para que estén preparados para lo que venga. El paciente dijo que se fue emocionado de la sesión anterior por la sola presencia de su padre en la terapia: dice que ha cambiado su anterior forma de ser y lo ha logrado por medio de “hablar como si estuviera fuera, para decir qué hacer”. El padre también se fue contento y coincide con la idea de la madre de que no han hecho tan mal las cosas como padres. También nota una diferencia con el hermano porque el paciente toma distancia cuando su hermano lo quiere fastidiar y entonces han dejado de funcionar.
- Confían en que, si se presenta algún problema, puedan resolverlo.
- La madre dijo que no hay que dar por hecho que el otro sabe lo que cada uno necesita, hay que conversarlo. El paciente coincidió con su madre: estar tranquilos y dialogar.
- El paciente dijo que, si pudiera dar recomendaciones a los padres les diría que les preguntaran cosas constantemente a sus hijos, pero de manera que ellos no

interpretaran que les están diciendo qué hacer. A los adolescentes les diría que escucharan a sus papás porque lo hacen porque los quieren.

- La madre dijo que les recomendaría que si sienten que no pueden con el problema busquen ayuda profesional porque la terapia es para que se les muestre algo distinto, en particular a los padres pues muchas veces los adultos se desfogan mucho en los hijos. Entonces es importante trabajar en “uno como adulto primero” para poder ser buena guía para los muchachos.

En el caso de la segunda familia, parece que el impacto del intento de suicidio se inclina más hacia el lado del deterioro en la dinámica de pareja:

- Si bien la situación del matrimonio era complicada desde su inicio prácticamente, después de este episodio, los problemas se intensificaron.
- La madre se mantiene viviendo con su esposo, aunque “no le ve caso a su matrimonio” que su hija Z (la paciente) dijo que no se iría con ella, sino que se quedara con su papá por miedo a que vuelva a intentar suicidarse y eso sería su culpa. Al preguntarle por qué la paciente se sentiría responsable de lo que le pase a su esposo dice que es porque ellos dos son muy unidos.
- En una ocasión descubrió que su esposo había tenido una relación con otra mujer y cuando terminó esa relación fue que él intentó quitarse la vida. Entonces ella, la madre, se dio cuenta de que no fue su culpa todo lo que le pasó a su esposo.
- Para la paciente la situación en la actualidad es ligeramente diferente pues al menos puede ver un futuro esperanzador y algunas ideas para conseguirlo:
 - Preguntando qué se había llevado de la sesión anterior, dijo que había estado reflexionando sobre cómo van las cosas en su casa y concluyó que debían cambiar y lo que ella podía hacer para ayudar en casa es hablar más porque casi no habla con ellos ni comenta cosas y como resultado no la

conocen. Para ella es importante que la conozcan sus hermanos y padres para que la traten diferente. Conocerla mejor significa saber cómo es, qué piensa y cómo toma decisiones. Eso no lo saben ahora.

- De acuerdo con la paciente una comunicación diferente funcionaría en casa porque mejoraría una parte de los problemas que existen ahora. Al menos tomarían en cuenta que sí pueden expresarse ahí. Quiere funcionar como un ejemplo para los demás en cuestión de comunicarse diferente. Al preguntarle por qué cree que necesitan comunicarse más en casa dijo que, por ejemplo, su hermana antes se cortaba.
- En esos momentos disfruta de lo que le gusta, y está “bien”, contenta. Ella (la paciente) contribuye a ese estado no poniéndose en situaciones que la pudieran hacer sentir juzgada.

Otras consecuencias del intento de suicidio en estas familias son el estigma social y el sentimiento de culpa. Como lo menciona Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albarcar-Riobó y Adell-Argentó (2011), este estigma se ve reflejado principalmente en el lenguaje de los pacientes y sus familias, por medio del mismo se puede saber qué personas saben del hecho y cómo han reaccionado. En el caso de ambas familias se quedó en el círculo más cercano la información sobre los intentos de suicidio, quizá como un intento de protección familiar y personal (para quien lo intentó principalmente).

Unido al estigma social puede aparecer un sentimiento de culpa en la familia: los integrantes se cuestionan su propia responsabilidad en el intento suicida o en la no detección de las señales previas que podrían haberlo evitado (Ferré-Grau y Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albarcar-Riobó y Adell-Argentó (2011), Esto sucedió en ambas familias. En la primera, los padres lo manifestaron en forma de preocupación cuando el paciente decidió revelarlo. En la segunda familia, el padre de la paciente deposita en ella

la culpa de no estar muerto pues eso era lo que buscaba. La paciente admitió que se siente preocupada y responsable de cuidar a su padre para que no intente suicidarse de nueva cuenta.

Como es posible leer a lo largo de este documento, un intento de suicidio es un hecho multifactorial y que tiene consecuencias en las familias y personas más cercanas a quienes lo intentaron.

Aunque es el mismo hecho se vive de manera muy diferente de una familia a otra y, aún más, de un miembro de la familia a otra por todos estos factores que ya se describieron: sociales, familiares, económicos, políticos, personales, etc.

La perspectiva sistémica en terapia nos ofrece un panorama diferente para observar y tratar de entender hechos tan complejos como un intento de suicidio pues a través de esta teoría podemos tener una perspectiva integradora, amplia con respecto a las relaciones familiares, intrafamiliares e interfamiliares, factores culturales e histórico-sociales que nos aporten datos significativos y así poder acompañar de forma más efectiva a las personas que acuden a consultarnos.

Quizá la manea más asequible que tenemos como terapeutas para tratar de comprender cada caso en particular es lo que nos ofrecen los pacientes por medio del lenguaje. Quizá se pueda notar desde la primera frase que usan para referirse a los motivos que los lleva a terapia en ese momento. En el caso de la familia 1 la motivación fue el amor hacia un hijo. En el caso de la familia 2 quizá lidiar con lo que había dejado esa experiencia en cada uno.

De cualquier modo, nuestra tarea como terapeutas es acompañar a las familias en su camino hacia la recuperación, dando siempre lo mejor de nosotros en cada intervención.

Capítulo 4. Competencias y Habilidades Profesionales Adquiridas.

De acuerdo con los objetivos para la Residencia en Terapia Familiar que están planteados en el programa de maestría y doctorado en psicología,

“la maestría en psicología con residencia en terapia familiar sistémica y construccionista tiene como objetivo capacitar al estudiante para que desde una visión integrativa pueda abordar problemas clínicos desde una mirada interaccional entre las personas y otros sistemas (pareja, familia, sociedad), tomando en cuenta diferentes contextos en que se desenvuelven (contexto social, económico, político, institucional), el lenguaje y la construcción de significados”. (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2013)

Se agrega en el perfil de egreso que durante el curso de los 4 semestres que dura la maestría, se desarrollan en los alumnos habilidades teórico-conceptuales, clínicas, de investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social.

En este capítulo se detallan las acciones específicas que se realizaron en cada rubro de los antes mencionados.

4.1 Habilidades Teórico-Conceptuales.

La maestría es un programa de profesionalización en la formación de terapeutas sistémicos. Para ello es necesario que vayamos hasta las raíces de cada modelo, que más que modelo puede considerarse como una epistemología por sí misma.

Fue así como transitamos desde la teoría cibernética hasta el pensamiento posmoderno. Después de cursar el primer semestre de la maestría, me di cuenta de que más que

aprender datos, autores, definiciones, etc., entrar al mundo de la visión sistémica significa modificar y acomodar la manera en cómo entendemos las relaciones a este mundo nuevo.

Ha resultado de gran utilidad, pertinencia e importancia la oportunidad de revisar los textos que le dieron origen al pensamiento sistémico, pues de no entenderlas, el verdadero cambio de paradigma, así como un total entendimiento de mi práctica clínica desde este enfoque, estaría sobre cimientos débiles.

Todo este camino de pensamiento sistémico tiene su origen en la teoría cibernética y teoría general de los sistemas. En el año de 1968, fue publicada la obra titulada *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones* por Bertalanffy (1968). En ella podemos encontrar que la teoría general de los sistemas es un campo lógico-matemático que tiene como tarea la formulación y división de los principios generales que aplican a los sistemas en general. Es decir, es una teoría interdisciplinaria.

En otras palabras, para entender un todo organizado, debemos entender sus partes y la relación entre ellas. Esto es una contraposición a la ciencia clásica en la que se concebían las relaciones como causalidades lineales o relacionales entre dos variables. Además, en aquellos tiempos para explicar la vida misma se contaba con tres teorías: vitalistas, mecanicistas y organísmicas.

Para Bertalanffy (1968), sin embargo, estas leyes no son suficientes pues aplican para los sistemas cerrados, y los seres vivos somos sistemas abiertos. Los sistemas abiertos se mantienen a sí mismos a pesar de las perturbaciones externas; cambian, se adaptan y pueden permanecer en el ambiente más tiempo.

En este sentido, para este autor un sistema es “un conjunto de elementos en interacción entre ellos y el ambiente de forma tal que las relaciones entre ellos establecen un mantenimiento de límite o frontera” (Bertalanffy, 1968, p 86).

El sistema solo puede funcionar como unidad indivisible que tiene propiedades emergentes (características presentes en la totalidad del ensamble, pero nunca en sus partes individuales), las cuales desaparecen cuando el sistema se reduce a sus partes. Cuando un elemento se remueve del sistema, pierde sus propiedades emergentes. Dicho de otro modo, las propiedades de los sistemas son:

- Cada elemento del sistema tiene un efecto en el funcionamiento del todo.
- Cada elemento es afectado al menos por otro elemento del sistema.
- Todos los subgrupos del sistema tienen los primeros dos elementos.

La cibernética, en su forma más simple, la podemos entender como el estudio interdisciplinario de la estructura de los sistemas autorreguladores.

La idea de regulación viene de las leyes de la termodinámica, donde la primera dice que la energía no se crea ni se destruye, solo se transforma, es decir que la energía se conserva. La segunda ley dice que en un sistema cerrado la entropía tiende a aumentar hasta la destrucción de este. Para que un sistema se mantenga, para que no llegue a la autodestrucción, debe poner en marcha su capacidad de autocorrección (Bateson, 1972).

Gracias a Wiener, Newmann, Mead y Bateson en el contexto de las conferencias MACY, se logró el desarrollo de la cibernética como teoría de la comunicación que pudiera aplicarse a animales, humanos y máquinas. (Vargas, P. 2004 en Eguiluz, 2004).

Durante el desarrollo de la cibernética se puede diferenciar claramente entre 4 características de esta: primera cibernética, segunda cibernética, cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden. En la tabla 5 se observan más detalles de cada una (Vargas, P. 2004 en Eguiluz, 2004).

Tabla 6.

Características de la cibernética.

Características de la cibernética			
Primera cibernética	Segunda cibernética	Cibernética de primer orden	Cibernética de segundo orden
<ul style="list-style-type: none"> • Homeostasis • Corrección de la desviación. • Retroalimentación negativa • Un sistema funciona gracias al control de su tendencia a la entropía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surge de la necesidad de dar cuenta del cambio • Ampliación de la desviación • Retroalimentación positiva • Hay una dualidad estabilidad-cambio • Procesos vs estructura 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación neutral y objetiva de la interacción. • El observador se encuentra fuera del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay participación del observador dentro del sistema. • Bateson: no conocemos al mundo tal cual es, sino como nuestras percepciones lo construyen para nosotros. • El acto de observar modifica lo observado. • La observación es el resultado de la interacción. • Hay circularidad en la relación

observador-
observado

- Las descripciones representan la manera en que el observador puntúa la realidad, no el objeto en sí.

Nota: en la tabla 6 se muestran las características de la primera cibernética, segunda cibernética, cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden.

La característica más importante de la cibernética para la terapia sistémica es la de segundo orden, cuyas implicaciones son:

- ✓ Interacciones equipo-terapeuta-familia.
- ✓ Se cuestiona la idea de intervención.
- ✓ Se cuestiona la idea de que el terapeuta determina la dirección del cambio.
- ✓ Facilitar que la familia se acople de acuerdo con su propia forma de interacción.

Otro personaje importantísimo para el desarrollo de la visión sistémica, y que me parece se merece una mención aparte, fue Gregory Bateson quien desarrolló precisamente una visión sistémica de la realidad al sustentar que todo lo que compone el universo está conectado entre sí y que nuestros intentos de sistematizar y ordenar todo de acuerdo con nuestro entendimiento lineal, no tenía cabida, pues era necesario respetar la composición del universo. Las ideas de Bateson influyeron a múltiples disciplinas y profesiones, de manera

importante e innegable a la nuestra. ¿Qué habría sido de la terapia familiar sistémica sin estas aportaciones?

El *constructivismo*, como se explica en Hoffman (1990), surge de la cibernética de segundo orden como un modelo teórico para explicar la adquisición del conocimiento. Estudia la relación entre el conocimiento y la realidad y refiere que un organismo nunca es capaz de reconocer la realidad, sino que construye un modelo que se acerque de alguna manera a ella. Se puede formar ese mundo cuando un modo de actuar o pensar falla en lograr la meta deseada, es decir, se construye conocimiento. Se actúa desde la experiencia, no desde el mundo objetivo. El conocimiento no se recibe pasivamente, sino que es construido activamente por quien aprende. Para el constructivismo, el conocimiento es adaptación.

En su planteamiento radical, desarrollado por Glasersfeld, se afirma que la realidad es una construcción individual que se conforma en el proceso de interacción entre el sujeto y el medio. No se puede hablar de un solo representante del modelo pues tiene sus cimientos desde Kant, hasta Bateson. Algunos otros representantes del modelo son: Giambattista Vico, Warren McCulloch, Jean Piaget, Heinz Von Foerster, Von Glassersfeld, Maturana y Varela (Eguiluz, 2004).

La comunicación se da a través de señales (instrucciones) para seleccionar significados particulares a partir de códigos compartidos. Queda pendiente, sin embargo, para el constructivismo explicar cómo es que se construyen estos códigos compartidos (Eguiluz, 2004).

Por otro lado, si intentamos explicar el *construccionismo* en términos simples, podemos decir que es una postura social y psicológica que sostiene la idea de que todo el conocimiento, incluyendo el sentido común, se deriva y es mantenido por las interacciones sociales. Este movimiento se aleja de la idea tradicional que ubica el significado en la mente

individual para decir que son las relaciones las que lo crean. De esta manera, las convenciones socialmente construidas determinan cómo se interpreta el mundo que se observa. En concordancia con esto, para el construccionismo la comprensión exacta y objetiva deja de tener vigencia, pues la cultura y sociedad cambian constantemente. Todo conocimiento es una construcción inmersa en una cultura (Eguiluz, 2004).

De acuerdo con Gergen (2003), esto no significa que nada existe o que nunca se puede conocer la realidad, sino que al intentar articular lo que existe, estamos hablando del mundo de los significados generados socialmente. De hecho, todo conocimiento surge de su inmersión en la cultura y en la historia.

Tomando en cuenta la postura descrita anteriormente, se invita a los terapeutas a considerar alternativas a la posición tradicional de autoridad, y que tome una posición de colaboración al acercarse al cliente donde el terapeuta es, en palabras de Anderson (1997):

alguien que no sabe, es decir que no tiene acceso a información privilegiada, que nunca podrá entender al otro completamente, por lo que siempre necesitará que el otro le informe, siempre tendrá que aprender más sobre lo que se dice y lo que no se dice... (p 134)

El diálogo construccionista promueve cuatro transiciones importantes en la posición y en los objetivos terapéuticos, a saber: flexibilidad, conciencia de construcción, colaboración, y relevancia de los valores.

Hay además cinco dimensiones de cambio a tratar:

1. De la mente al discurso: el lenguaje es relacional y pragmático, surgido no del interior de cada individuo sino de la relación entre dos o más personas.

2. Del *self* a la relación: el lenguaje es una acción conjunta, un fenómeno relacional que no está ubicado dentro de la mente del individuo, sino que emerge continuamente del proceso relacional.
3. De la singularidad a la polivocalidad: existen diferentes construcciones de lo real lo que le quita vigencia al concepto de una "verdad única y coherente". En el concepto terapéutico por ejemplo Karl Tomm utiliza entrevistas del otro internalizado, voces alternativas, voces imaginarias.
4. De los problemas a la potencialidad futura: El enfoque construccionista postula que es un error suponer que existen problemas o enfermedades. El problema es tan solo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación.
5. Del *insight* a la acción: El enfoque construccionista postula que el proceso de generar significados es continuo, y que con frecuencia su forma y contenido cambian de una relación a otra. La capacidad discursiva del ser humano es enorme, por lo que no hay razón para pensar que los significados que se generan en la terapia serán los mismos en las relaciones fuera de ella.

Es así como la visión interaccional, desarrollada por Bateson y Jackson, así como la cibernética de Wiener y la teoría general de los sistemas de Bertalanffy, permitió el desarrollo de la terapia familiar sistémica como la conocemos actualmente. No debemos olvidar las visiones posmodernas de la terapia conformada principalmente por el constructivismo con sus múltiples autores significativos (Kant; Vico, Piaget, Bateson, McCulloch, Foerster, Glassersfeld o Maturana) y el construccionismo social representado por, Berger, Luckmann y Gergen.

Conocer estos postulados tiene una importancia fundamental en la práctica clínica, principalmente si, como nosotros quienes estuvimos en formación en terapia sistémica, experimentamos un cambio la epistemología propia pues en mi caso particular tenía apenas nociones de los fundamentos de la teoría sistémica.

A medida que estudiábamos los postulados filosóficos y epistemológicos sobre los que descansa el pensamiento sistémico, estudiamos los modelos que constituyen esta visión sistémica y que, a conforme avanzaban los semestres, iba creciendo la complejidad la red de relaciones y opciones terapéuticas que íbamos adquiriendo. Los diferentes modelos que revisamos teórica y prácticamente fueron:

- Modelo estructural.
- Modelo estratégico.
- Modelo de Milán.
- Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema (MRI)
- Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.
- Modelo narrativo
- Modelo colaborativo.

Estos modelos se pueden dividir en dos grandes categorías: los considerados modelos constructivistas y los construccionistas.⁵

⁵ Con respecto al modelo de terapia breve centrado en soluciones: dependiendo del autor, se le considera un modelo dentro de los construccionistas o bien un “modelo puente” entre los constructivistas y construccionistas.

Figura 4.

Categorización de los modelos sistémicos.



Nota: en la figura 4 se muestra la categorización de los modelos sistémicos en dos grandes grupos: los modelos constructivistas y los modelos construccinistas.

Todo esto constituyó lo que teóricamente revisamos durante los seminarios de la Residencia. De papel primordial fueron nuestros profesores, quienes nos acompañaron durante nuestro transitar. Ellos fueron quienes nos guiaban, preguntaban, cuestionaban, animaban constantemente.

El estudio de todos estos aspectos teóricos se convirtió en un descubrimiento constante para mí: antes de entrar a la residencia sabía realmente muy poco sobre la visión sistémica

en terapia y aún menos de su epistemología. ¡Apenas había escuchado algo sobre la existencia de la terapia narrativa, el análisis del discurso durante la licenciatura!⁶

Toda esta concepción de conexiones e interrelaciones y las consecuencias de estas me voló la cabeza. Pasé de tener una visión lineal de los problemas que nos presentaban los pacientes, a construir “telarañas” hechas de pensamientos, emociones, actos, consecuencias, reacciones, etc. La frase “cada cabeza es un mundo” tienen mucho sentido ahora pues exactamente así lo creo: cada persona tenemos un mundo en la cabeza, influido tremendamente por las condiciones sociales que estemos viviendo (la cual creamos entre todos los individuos) y que a su vez generan todo tipo de relaciones y reacciones. Definitivamente “el mapa no es el territorio”: puede alcanzar cierto grado de comprensión de las dificultades que me comparten los pacientes, pero jamás podré llegar al 100% de esta.

Con ese planteamiento: ¿cómo ayudar a los pacientes? Creo que depende en gran medida de los “lentes” con los que veas el mundo. En mi caso, los lentes son fundamentalmente de respeto ante la diversidad de ideas, prejuicios, costumbres, decisiones, emociones⁷. ¿Qué ofrecer en terapia? Además de ese respeto, reflexión sobre el problema que llevan a terapia y posibilidades de acción ante el mismo.

⁶ Lo pongo entre paréntesis porque ahora, después de mi paso por la residencia, me parece que cualquier estudiante de la licenciatura debería tener nociones sobre la visión sistémica.

⁷ Respeto a la diversidad con una clara y contundente excepción: cualquier tipo y cualquier manifestación de violencia.

4.2 Habilidades Clínicas.

Si los seminarios teóricos en los que revisamos los postulados teóricos de los diferentes modelos eran enriquecedores, los espacios destinados a la formación clínica se convirtieron en espacios de aprendizaje y enriquecimiento profesional y personal.

Este proceso en la adquisición de habilidades clínicas comenzó incluso antes de ejercerlas, es decir, en el primer semestre de la Residencia cuando tuvimos el papel de observadores. Ya durante estas sesiones podía reconocer en mis compañeros de la generación precedente (14ª) el uso de modelos y técnicas que, hasta el momento, solamente había tenido la oportunidad de leer o practicar en el aula por medio de una situación terapéutica hipotética.

Aunque aún no fungía como terapeuta, ya estaba experimentando de manera directa el funcionamiento del pensamiento sistémico en el campo clínico, de la experiencia de supervisión en vivo y el trabajo colaborativo con un equipo terapéutico. Esto facilitó la logística cuando ya fungía como terapeuta responsable pues, como ya lo habíamos observado, podíamos actuarlo con conocimiento

El balance final de este primer semestre, en cuanto a la práctica clínica, fue positivo en todos los sentidos pues fue la primera vez que, varios de mis compañeros de generación y yo, experimentamos lo enriquecedor de esta manera de trabajo, siendo parte del sistema y a la vez poder observarlo como una totalidad y observar sus relaciones.

Ya no sólo leíamos y ensayábamos entre nosotros las técnicas estudiadas, sino que las veíamos en acción gracias a los supervisores y compañeros de la generación 14. Aprendí por observación a integrar un expediente clínico; a realizar notas de sesión; la estructura de las sesiones; cómo se hace un equipo reflexivo; el manejo del tiempo entre sesiones y en cosas más técnicas a realizar las videograbaciones de manera exitosa.

A partir del segundo semestre ejercimos el papel de terapeuta principal o terapeuta responsable ante usuarios que solicitaban el servicio en las diferentes sedes ya descritas.

A la par de ir adquiriendo conocimientos teóricos tuvimos la fortuna y privilegio de practicarlos con casos y personas reales con necesidades específicas. Con cada sesión, con cada paciente o familia se iban incrementando mis habilidades de escucha activa y respetuosa, análisis y síntesis de información, construcción de hipótesis circulares, empatizar con los pacientes, tener capacidad de maniobra terapéutica, establecer alianzas, cuestionar creencias y supuestos, usar preguntas reflexivas, usar el sentido del humor y las metáforas, meta-comunicarme con los pacientes cuando se volvía necesario, encontrar las excepciones y las historias alternativas o personalidades preferidas, hacer preguntas curiosas y un largo etcétera que podría resumir en una sola palabra: acompañar, continuamente acompañada yo misma de mi equipo terapéutico y supervisores.

Los momentos de interacción con el equipo terapéutico total durante la ocurrencia de las sesiones con los pacientes, desarrollaron principalmente la capacidad de análisis y de toma de decisiones en cuanto a cómo actuar y por qué ante circunstancias particulares. En los espacios destinados a las pre-sesiones y post-sesiones también se realiza un análisis, pero con características diferentes pues ya no se encuentran presentes los pacientes, lo que brinda más tiempo para dicho análisis. Un análisis más tiene lugar al momento de realizar el acta de la sesión, pues ésta se realiza escuchando el audio o viendo el video lo cual permite poner atención a detalles que quizá antes no se tomaron en cuenta con tanto énfasis y que permiten establecer elementos como hipótesis circulares o plantear posibles caminos de intervención.

La habilidad de otorgar relevancia a la relación terapéutica también es importante pues, es innegable la influencia que como terapeutas tenemos hacia nuestros pacientes. Ésta es una

característica muy importante y que identifica al pensamiento sistémico de entre otros modelos de terapia.

Otra habilidad clínica que se despliega en nuestro paso por la residencia es descubrir o desarrollar un estilo terapéutico propio pues al ir estudiando los modelos teóricos e ir aplicándolos con los pacientes, podía ir dándome cuenta con cuál me sentía más identificada para trabajar. De esa manera, *la persona del terapeuta* también forma parte importante en el sistema que va a consulta, en el sistema terapéutico y para sí misma al momento de desarrollar habilidades clínicas. Además, considerar a la persona del terapeuta también implica habilidades: las de voltear a verme a mí misma y prestar atención a lo que pienso y siento como resultado de la interacción con pacientes y llegar al punto donde puedo usarme como instrumento de trabajo al mismo tiempo que cuido mi integridad personal.

Es importante no olvidar el impacto que tiene el modo de trabajo con equipo terapéutico en supervisión en vivo con los pacientes. Si ya de por sí puede ser impactante para un paciente o pacientes estar en la presencia de un terapeuta conversando sobre situaciones difíciles, para algunos se vuelve motivo de estrés o ansiedad extra saber que existen, al menos, otras 4 personas que están escuchando y viendo todo lo que acontece entre ellos y su terapeuta (s). Hay quienes no aceptan las condiciones, como el último paciente en la table de la clínica del ISSSTE Tlalnepantla; afortunadamente los más aceptan las condiciones y terminan apreciando que tantas cabezas trabajen en torno a la problemática que ellos llevaron a terapia, como pasó con la madre de la primera familia reportada en el capítulo 3.

4.3 Habilidades De Investigación y Enseñanza.

Otras habilidades importantes que se buscan desarrollar durante los cuatro semestres de la residencia son las de investigación y enseñanza.

Afortunadamente, tuvimos la oportunidad de desarrollar dos investigaciones: una de corte cuantitativo y otra de corte cualitativo.

4.3.1 Investigación Cuantitativa.

La investigación cuantitativa tuvo como nombre “*Relación entre el nivel de adaptación en adolescentes, estilos de afrontamiento y conductas alimentarias de riesgo*” y tuvo como objetivo indagar sobre la relación entre la adaptación, las estrategias de afrontamiento que usan los adolescentes y las conductas alimentarias de riesgo.

Fue un proyecto realizado en pareja y el proyecto y marco teórico se desarrollaron durante todo el primer semestre de la residencia. La parte aplicada, procesamiento de los resultados y la discusión se desarrollaron durante el segundo semestre. A continuación, se plasma el resumen de dicha investigación:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años considerándose dos fases: la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Es común que los adolescentes presenten diversas conductas de riesgo. Algunos ejemplos de estas conductas son el consumo de alcohol, el inicio temprano de la vida sexual, consumo de drogas y los trastornos en la alimentación (Torrices y Ávila, 2012). De acuerdo con Guzmán (2011) durante el periodo de la adolescencia es común que los chicos sufran cambios repentinos en su estado de ánimo y respondan de manera “extraña” ante situaciones cotidianas.

Aunque se reconocen las conductas alimentarias como factor de riesgo importante, son pocos los estudios que las vinculan con variables diferentes a la dinámica, estructura o composición familiar de los adolescentes.

Por lo anterior el presente trabajo tiene el propósito de realizar la correlación entre las conductas alimentarias de riesgo, la adaptación y estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes para hacerle frente a sus problemas. La muestra fue conformada de manera no probabilística por 110 adolescentes de edad entre 15 y 18 años, estudiantes de la Universidad Tecnológica de México. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escalas Magallanes de Adaptación (García y Magaz, 1998), Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1997) y Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR); fueron aplicados en los salones de clases y los resultados se analizaron estadísticamente con el programa SPSS, versión 20.

La variable Conductas Alimentarias de Riesgo se relaciona con las siguientes variables de la siguiente manera: con la adaptación personal tiene una correlación del .427; con la estrategia de no afrontamiento una relación de .343; con la estrategia de reducción del síntoma la correlación es de .515; con la estrategia de autoinculparse es de .470; con la estrategia de reservarlo para sí mismo se relaciona en un .419; todas estas correlaciones con un nivel de significancia de 0.01.

Se encontró una correlación bastante significativa entre el instrumento de Conductas Alimentarias de Riesgo y el factor de Adaptación Personal, el cual permite identificar la existencia de problemas personales. Así mismo se encontró una correlación significativa entre la estrategia de afrontamiento relacionada a Hacerse Ilusiones y la estrategia de Falta de Afrontamiento y Reducción de la

Tensión. La adaptación genera maneras de relacionarse, sentirse, expresarse, pensarse, a su vez, puede propiciar que se usen ciertas estrategias de afrontamiento ante problemas o incluso generar conductas alimentarias de riesgo en este grupo de edad.

Palabras Clave: conductas alimentarias de riesgo, adaptación, estrategias de afrontamiento, adolescencia.

4.3.2 Investigación Cualitativa.

Como proyecto de la investigación cualitativa llevó como título “análisis de dos parejas en su primer año de unión libre”. En este trabajo se hizo un análisis de esa etapa del ciclo vital en dos parejas apoyándonos en la visión del ciclo vital y sus posibles dificultades de Haley (1999), Minuchin (1986) y Pittman (1987).

Se pudo observar que estas dos parejas comparten el momento del ciclo vital familiar. Sin embargo, cada una tiene dificultades, crisis y retos particulares que se pueden explicar por la historia personal y familiar de los miembros de las parejas. Lo mismo sucede con los recursos con los que cuentan para solucionar dichas dificultades. Así se leía en el resumen:

La familia sigue siendo, en México, un referente y reflejo de la sociedad, aunque las formas de la misma se han ido diversificando a través del tiempo, dando paso a nuevas maneras en la formación de una familia o del inicio de la misma. Un ejemplo son las parejas que deciden vivir en unión libre en lugar de contraer matrimonio, las cuales enfrentan múltiples cambios y desafíos principalmente en las primeras etapas de la formación de la nueva familia.

La unión libre es un referente y una opción entre parejas jóvenes, esta unión libre está estipulada en el Código Civil del Distrito Federal, IV Legislatura, como un concubinato, el cual se refiere a una pareja heterosexual, que no tenga impedimentos legales para casarse, que a lo largo de dos años hayan cohabitado en un mismo domicilio, así adquieren derechos y obligaciones marcados por la ley a fin de regular la convivencia.

En este sentido, el propósito de este trabajo fue describir las características de esta etapa del ciclo vital en dos parejas en su primer año de unión libre así como las posibles crisis de pareja que se pudieran presentar. Los datos se recabaron por medio de una entrevista semiestructurada a cada pareja con 2 horas de duración aproximadamente. Para el análisis se priorizaron los siguientes aspectos: información general de la pareja; descripción familiar; características de la etapa de ciclo vital de acuerdo a la teoría de Minuchin (1986) y Haley (1999); situación específica de la familia; posibles crisis de acuerdo a la teoría de Pittman (1987); repercusiones y riesgos en los miembros de la familia; recursos y potenciales de la familia; redes de apoyo para enfrentar los riesgos y; observaciones y reflexión personal.

Se encontraron diversas crisis en ambas parejas, de las cuales, en común presentaron crisis de desarrollo (Pittman, 1987). De igual manera se observaron recursos y redes de apoyo, los cuales algunos provenían de amistades y otros de la misma familia de origen de alguno de los integrantes de la pareja; se observó que se siguen preservando estereotipos del género masculino o femenino en la organización de las tareas, así como en la forma de expresión de emociones y necesidades.

Algunos de los cambios y desafíos a los que se enfrentan las parejas que inician su vida en unión libre son la dificultad para poner fronteras al exterior ya sea para

amistades o familia de origen, además de límites al interior para preservar la autonomía e individuación de cada uno, el reto de establecer acuerdos y al inicio de la formación de la pareja se presentaron discusiones sobre la organización en las tareas del hogar.

Palabras clave: Unión libre, ciclo vital, crisis de pareja, redes de apoyo.

4.4. Habilidades De Difusión.

Uno de los objetivos que persigue cualquier ciencia es generar conocimientos útiles para la sociedad. Un objetivo aún más importante es dar a conocer estos hallazgos, ya sea a la población en general por medio de la divulgación, o a la comunidad de profesionistas afines al área de conocimientos propia, a través de la difusión.

Esta actividad, la de difusión, fue desarrollada también durante el transcurso de la Residencia en varias modalidades de las cuales se da detalle a continuación.

4.4.1 Asistencia a Congresos.

Ya para la mitad de camino en nuestro paso por la residencia teníamos al menos dos investigaciones desarrolladas: la cuantitativa y cualitativa, por lo que cuando surgió la oportunidad de asistir al V Congreso ALFEPSI la tomamos y presentamos ambas.

La investigación cuantitativa se presentó en dicho congreso en la modalidad de cartel:

Figura 5.

Cartel presentado en el V Congreso ALFEPSI.

Relación entre el nivel de adaptación en adolescentes, estilos de afrontamiento y conductas alimentarias de riesgo.
Lara Aguilar, Susana; Sánchez Pérez, Julia Patricia.
Universidad Nacional Autónoma de México



<p style="text-align: center;">Introducción</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años. En esta etapa se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Es frecuente que los adolescentes presenten conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, el inicio temprano de la vida sexual, consumo de drogas y los trastornos en la alimentación (Fontana y Avila, 2012). De acuerdo con Guzmán (2011) también es común que los chicos sufran cambios repentinos en su estado de ánimo y respondan de manera "extraña" ante situaciones cotidianas. Aunque se reconocen las conductas alimentarias como factor de riesgo importante, son pocos los estudios que las vinculan con variables diferentes a la dinámica, estructura o composición familiar de los adolescentes.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos</p> <p>El objetivo de esta investigación es indagar sobre la relación entre la adaptación, las estrategias de afrontamiento que usan los adolescentes y las conductas alimentarias de riesgo. Partimos de la hipótesis de trabajo de que los adolescentes que se encuentran mejor adaptados usarán las estrategias de afrontamiento positivas, a la vez que presentan menos conductas alimentarias de riesgo.</p>	<p style="text-align: center;">Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay una correlación positiva entre las conductas alimentarias de riesgo y las estrategias de afrontamiento negativas como no afrontamiento, reducción del síntoma, autoinculparse, reservarlo para sí mismo y hacerse ilusiones. • A mayor adaptación al padre mayor adaptación a la madre y mayor adaptación personal. Por otro lado se observa que a mayor adaptación al padre, menores estrategias de afrontamiento negativas como reducción de la tensión, reservarse el problema para sí y autoinculparse. • A mayor adaptación de la madre menor adaptación personal y menores estrategias de afrontamiento negativas como no afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, reservarlo para sí y autoinculparse. También se observa que a mayor adaptación a la madre, más se presenta la estrategia de distracción física. • A mayor adaptación personal, más se presentan las siguientes estrategias de afrontamiento: buscar pertenencia, hacerse ilusiones, Estrategia de no afrontamiento, Reducción de la tensión, Acción social, Ignorar el problema, Autoinculparse, Reservarlo para sí, Buscar apoyo espiritual, Buscar apoyo social y Preocuparse. • A mayor adaptación a los compañeros, más aparecen las estrategias Esforzarse y tener éxito, Invertir en amigos íntimos, Distracción física, Buscar pertenencia y Buscar diversiones relajantes. En contraste, a mayor adaptación a los compañeros, menos se usen las estrategias no afrontamiento, Autoinculparse y Reservarlo para sí.
<p style="text-align: center;">Metodología</p> <p>Participantes: 110 adolescentes de entre 15 a 18 años, estudiantes de la Universidad Tecnológica de México. El muestreo fue no probabilístico. Diseño: Se utilizó un diseño no experimental transeccional correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), recolectando los datos en un solo momento. Instrumentos: Escalas Magallanes de Adaptación (García y Magaz, 1998), Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1997) y Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) Procedimiento: Se aplicaron las tres escalas antes mencionadas en los salones de clase donde habitualmente toman clase los alumnos. Una vez aplicados, se procedió a calificarlos de acuerdo con las reglas de cada instrumento y a ingresar los resultados de cada uno de los estudiantes evaluados a una base de datos para realizar un análisis estadístico a través del programa SPSS, versión 20.</p>	<p style="text-align: center;">Conclusiones.</p> <p>La adolescencia es, sin duda, una etapa llena de retos para todos quienes la están transitando y para aquellos quienes ya hemos transitado por ella. Hay múltiples factores, internos y externos que pueden influenciar en la manera en cómo se transita por esta etapa del ciclo vital, entre ellos la adaptación a diferentes espacios y/o personas con quienes el adolescente se encuentra en contacto. Esta adaptación genera maneras de relacionarse, sentirse, expresarse, pensarse. Lo anterior puede, a su vez, propiciar que se usen ciertas estrategias de afrontamiento ante problemas o incluso generar conductas alimentarias de riesgo en este grupo de edad, como ya se planteó en los resultados y conclusiones de esta investigación. Es igualmente relevante, ahora que ya se tienen los resultados, se puedan generar intervenciones enfocadas a mejorar tanto la adaptación de los adolescentes como las estrategias de afrontamiento y en atacar las conductas alimentarias de riesgo, con la finalidad de facilitar el tránsito por la adolescencia y mejorar las condiciones emocionales durante esta etapa.</p>
<p style="text-align: center;">Referencias bibliográficas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aragón, L. E. y Bosques, E. (2012). Adaptación familiar, escolar y personal de adolescentes de la Ciudad de México. Enseñanza e investigación en psicología. Vol. 17 (2), 263-282. • Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). Escalas de afrontamiento para adolescentes. Madrid: Publicaciones de psicología aplicada. • García, P. y Magaz, L. (1998). Escalas Magallanes de Adaptación. Madrid: Albor COHS. • Guzmán, H. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la facultad de nutrición de la universidad Veracruzana. Tesis para acreditar la experiencia reccional. Universidad Veracruzana. • Hernández S. R., Fernández C., C. y Baptista L. P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill. • Huitrón, G. Denova, E. Halley, E. Santander, S. Bórquez, M. Zapata, L. Huinca, B. Zubarew, T. Villarreal, L. (octubre-diciembre, 2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo [en línea]. Papeles de Población. Vol 17 (70), 33-47. [Fecha de consulta: 1 de noviembre de 2015] Disponible en: http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=11221584003 ISSN 1405-7425. • Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Disponible en http://www.who.int/es/ • Papalia, D., Wenkos, S., Duskin, R. (2010). Desarrollo Humano. México: McGraw Hill. 	
<p><i>Agradecemos de manera especial a nuestra asesora la Maestra Laura Edna Aragón Borja (UNAM) y a la doctora Nélida Padilla Gámez (UNAM) por su asesoría durante esta investigación. También a la maestra Ofelia Desatnik (UNAM), coordinadora de la Residencia en Terapia Familiar.</i></p>	

Nota: en la figura 5 se muestra el cartel presentado en el V Congreso Internacional ALFEPSI. La asistencia a este congreso fue de carácter obligatorio, como requisito de graduación.

La investigación cuantitativa se presentó en la modalidad de *ponencia*. La portada del trabajo en extenso se entregó de la siguiente manera:

Figura 6.

Portada trabajo en extenso para el V Congreso ALFEPSI.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Maestría en Psicología

Residencia en Terapia Familiar

Características del ciclo vital y crisis de pareja
en el primer año de unión libre

Clase: Teorías y Modelos de Intervención II

Julia Patricia Sánchez Pérez

Susana Lara Aguilar

Mayo de 2016

Nota: en la figura 6 se muestra la portada del trabajo en extenso que se presentó para el V Congreso Internacional ALFEPSI, en la modalidad de ponencia.

4.4.2 Materiales Didácticos y/o Audiovisuales.

Durante los 4 semestres se desarrollaron algunos materiales didácticos o audiovisuales que tenían relación con los modelos teóricos que se estaban revisando en un momento en particular. El recuento es como sigue:

- Video didáctico Modelo Estructural. En conjunto con 4 de mis compañeros realizamos un video donde, por medio de un roleplaying, representamos a una familia en consulta y a un terapeuta que usaba las técnicas propias del modelo estructural de terapia. Las técnicas se iban señalando con una leyenda que aparecía durante el video. El video se creó con el objetivo de mostrar claramente las técnicas a futuros terapeutas familiares que se formen en nuestra residencia al mismo tiempo que nosotros las practicamos.
- Glosario de términos Modelo Estructural. De manera individual, se realizó un documento que tenía como objetivo principal conjuntar todos los conceptos clave sobre el modelo de terapia estructural para poder tener una herramienta terapéutica práctica y eficaz.
- “Maratón” de Terapia breve centrado en el problema. Se realizó un juego didáctico al estilo del juego de mesa “maratón”. Se construyó el tablero, las tarjetas con preguntas y un documento donde estaban todas las preguntas con opciones de respuesta, respuesta correcta y bibliografía. El juego se creó con el objetivo de tener una manera divertida de estudiar los conceptos clave de este modelo.
- Juego de mesa de Terapia breve centrado en soluciones. Se realizó un juego didáctico al estilo del juego de mesa “serpientes y escaleras”. Se construyó el tablero, las tarjetas con preguntas y un documento donde estaban todas las

preguntas con opciones de respuesta, respuesta correcta y bibliografía. El juego se creó con el objetivo de tener una manera divertida de estudiar los conceptos clave de este modelo.

- Manual práctico de sexualidad para el terapeuta. Se realizó un manual de términos de sexualidad humana que tenía como objetivo principal conjuntar todos los conceptos clave sobre la misma para servir como herramienta durante el trabajo clínico y así lograr una práctica más eficaz en pacientes con esas necesidades.

4.5 Habilidades De Intervención.

Las habilidades de intervención en este caso se refieren más que a la terapia a otro tipo de intervención: la grupal. En el caso de mi generación, XV, esta intervención se hizo por medio de un taller vivencial.

4.5.1 Desarrollo e Implementación De Talleres.

- El taller tuvo como nombre “CONSTRUYENDO RELACIONES DE PAREJA CHIDAS” y tuvo como objetivo principal la prevención de la violencia en el noviazgo. Fue dirigido a alumnos de licenciatura de todas las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y esa misma fue la sede. Se desarrolló a lo largo de 5 sesiones de 2 horas de duración cada una en un salón de la FESI destinado para ello. Participamos todos los alumnos de mi generación y dos de nuestras profesoras como las supervisoras del taller. El taller tuvo de 15 a 20 participantes por sesión todos ellos alumnos de alguna licenciatura de la FESI.

Capítulo 5. Reflexiones Finales

5.1 Ética y Compromiso Social

Como participantes de una sociedad, estamos sujetos a normas implícitas que se han instaurado a lo largo del tiempo y que tienen que ver con las historias personales, familiares y con la historia de nuestra comunidad, región o país.

Las normas a las que nos referimos descansan en gran parte sobre la ética. La palabra “ética” viene del griego *etos*, que etimológicamente significa “estancia, lugar donde se habita”. Su evolución ha llevado su significado a “costumbre”, es decir, el conjunto de normas y formas de comportarse construidas en la sociedad. El sentido ético sería la actuación responsable, con base en principios axiológicos universales, para buscar el bien moral en contextos socioculturales diversos. El sentido ético se estructura para ser guía del comportamiento personal y profesional de las personas; es la capacidad para pensar y actuar de acuerdo con los principios validados universalmente sobre lo humano, su existencia y su bien estar (Salinas, 2011).

Esas normas llegan y se quedan ahí (casi) sin darnos cuenta la mayoría de las veces: las ejercemos, pero somos poco conscientes de ellas y las cuestionamos aún menos. En este sentido el paso por la Residencia provocó en mí una toma de conciencia de estas normas. Fue altamente enriquecedor tener espacios para conversar sobre estas normas y prejuicios (como los nombra Andersen, 1995) que, en congruencia con el pensamiento sistémico, juegan un papel permanente dentro del sistema terapéutico: cada pregunta lanzada a los concursantes, cada comentario, cada gesto, cada silencio son una manifestación de estos prejuicios.

De nada vale negarlos pues eso solamente nos convertiría en prisioneros de ellos. En oposición, ser consciente de nuestros prejuicios nos permite considerarlos como un elemento más que juega en nuestras relaciones incluyendo la relación terapéutica, por supuesto.

¿De dónde viene esta idea?, ¿Será que esa pregunta/comentario tiene que ver más contigo que con el caso?, ¿Qué dice eso de ti?, ¿Eso es útil para los pacientes? ¿Cómo puede ser un obstáculo para el avance en terapia?, ¿Por qué es tan importante para ti insistir en ese tema? Todas estas son solo un breve ejemplo de las preguntas que intercambiábamos como equipo terapéutico durante las supervisiones de los casos o durante los seminarios de los modelos teóricos.

Este diálogo se dio en un contexto de confianza y respeto entre todos los participantes: así como les ofrecíamos a los pacientes constantemente un espacio seguro y respetuoso, lo construimos por y para nosotros mismos.

El sistema terapéutico, al ser una pequeña parte de un sistema más amplio, también está sujeto a esas normas implícitas y explícitas que rigen nuestro comportamiento profesional. Así, como ejercientes de una profesión es nuestra obligación y compromiso estar ocupados en la ética con la que ejercemos.

A los pacientes se les ofreció en todo momento un tratamiento ético:

- Antes de iniciar cualquier tipo de intervención, se firmaba un *consentimiento informado* (apéndice A) el cual implicaba que los pacientes conocían el reglamento del servicio y la manera de trabajo de la Residencia.
- Todos los datos obtenidos durante los procesos terapéuticos (incluyendo los usados en este reporte) se trataron con estricta *confidencialidad*.

- Todos los terapeutas en formación contábamos con título y cédula profesional, lo que nos acreditaba como *competentes* para ejercer nuestra profesión. Asimismo, nos conducimos con *honestidad y respeto* hacia los pacientes.
- Contar con supervisión en vivo por parte de terapeutas experimentados y preparados garantizó la *calidad de las intervenciones*, y también *calidad en la supervisión*, para lo cual las supervisoras y supervisor se encontraron en todo momento durante las sesiones.
- En cuanto a las relaciones que se establecían con los pacientes, se reconocieron las *relaciones de autoridad* que se pueden llegar a establecer por lo que fui sumamente cuidadosa al evitar tomar ventaja de esta, es decir, se delimitaron con total claridad el tipo de relaciones que se iba a establecer entre las familias y terapeuta: relaciones profesionales.
- Otro tipo de relaciones, son las *relaciones económicas*, las cuales también quedaban establecidas al inicio de cada proceso terapéutico.
- El *término de las relaciones* profesionales también ocurría con previo aviso pues los pacientes estaban enterados de que trabajábamos bajo el calendario oficial de la UNAM.

Otro punto que también es importante es el compromiso que adquirimos como profesionales de la salud en general y como terapeutas familiares en particular de tener una educación continua. Es decir, cursar diplomados, especialidades, talleres cursos; asistir a conferencias, encuentros, simposios, congresos, etc., que estén ligados a nuestro quehacer como terapeutas.

Durante el posgrado lo realicé participando en dos eventos principales, además de las tareas propias del mismo:

- V Congreso ALFEPSI “Hacer y Pensar la Psicología con América Latina” del 7 al 10 de septiembre de 2016. San José de Costa Rica.
- Primero Coloquio de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica (octubre 2017). Tlalnepantla, Estado de México.

Así, se refrenda el compromiso de una formación continua de excelencia.

Todos los rubros anteriores apegados a la filosofía y epistemología propia de la residencia, a la vez que se apegaron al código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Uno de los aprendizajes más significativos que obtuve durante la Residencia fue nombrar a la violencia. Así, directamente. Sin temor decir la palabra y sin temor a la reacción que generara en los pacientes (¡vaya que había reacciones!). La violencia no se justifica ni se tolera bajo ningún motivo, razón ni circunstancia.

5.2 Reflexión y Análisis De La Experiencia

La experiencia de cursar esta Residencia significó para mí un espacio de reconocimiento, de-construcción, construcción y co-construcción de prejuicios, (como los llama Andersen, 1995) que le daban - y le dan - sentido a mi práctica profesional y a decisiones personales también.

El modelo sistémico, más allá de las posibilidades que ofrece a los pacientes, también ofrece la posibilidad de que tengamos el ojo puesto en nuestra figura como terapeutas. Una pregunta constante que me ronda es: ¿qué pasa conmigo por ser parte de este sistema en este momento? Es una pregunta que definitivamente está en mi panorama gracias a mi paso por el posgrado. Gracias a la posibilidad de estar en todas esas clases, seminarios,

supervisiones, sesiones terapéuticas, espacios de convivencia y reflexión con mis compañeros y profesores fue que pude reconocer, cuestionar, modificar, eliminar prejuicios e incluso incorporar otros.

Este espacio de la maestría también fue un espacio para sentir. Además de pensar en lo que genera en mí pertenecer por algún tiempo a un sistema particular (familia, pareja, persona) me permití sentir: alegría, tristeza, enojo, indignación, estrés, preocupación, triunfo. Reír y llorar con los pacientes, y además permitir que ellos lo vieran.

Dejando de lado el crecimiento teórico y metodológico que tuve pues hablaré de él en breve, el punto anterior definitivamente fue la ganancia más importante para mí durante esta Residencia pues antes de ella me resultaba sencillamente imposible pensar siquiera en tener ese nivel de empatía e involucramiento con los pacientes y permitirme ese nivel de sensibilidad.

A nivel teórico, también fue un paso tremendamente enriquecedor. Debo aceptar que hasta antes de ingresar no conocía el modelo sistémico. Lo más cercano que conocía era la terapia narrativa y solamente por que la había escuchado nombrar, pero hasta ahí quedaba mi conocimiento. Entrar a Terapia Familiar y conocer el modelo sistémico desde su epistemología hasta sus aplicaciones más recientes fue descubrir un universo nuevo lleno de posibilidades que ahora he podido incorporar a mi práctica profesional. Ahora, después de conocerlos puedo decir que me siento más afín a los modelos posmodernos, en particular por el énfasis que ponen en el lenguaje.

Quisiera darle una mención aparte a la experiencia de las supervisiones en vivo pues aquí fue la primera vez que tuve esta oportunidad. Fue una experiencia retadora en varios sentidos pues es un tanto intimidante saber que estás siendo observado críticamente (de manera constructiva en favor del proceso terapéutico y de los pacientes) por, al menos, 5

personas. También implica un trabajo diferente ser observador pues como parte del equipo terapéutico tenemos la responsabilidad de aportar al proceso y al sistema terapéutico. Pero por el otro lado esas 2032 horas de supervisión clínica son las que nos permitieron profesionalizarnos como terapeutas familiares.

Una característica importante de esta maestría fue que de tiempo completo. Gracias a que forma parte de los posgrados de excelencia del CONACyT, pudimos dedicarnos completamente a la maestría. Esto me permitió que estuviera realmente entregada a ello, con pocos distractores como un trabajo de tiempo completo o alguna otra actividad académica.

Estoy sumamente agradecida por esta experiencia pues es en gran medida gracias a ella que ahora puedo reconocerme y buscar constantemente ser una terapeuta eficiente, sensible y respetuosa con las personas que van a consultarme.

5.3 Implicaciones En La Persona Del Terapeuta y El Campo Profesional

“Trabajamos con el dolor” es una frase que se quedó conmigo desde que la escuché de la profesora Rosario Espinosa en una de las clases.

La frase me hizo sentido y coincido con ella pues, aunque quiero pensar que ya van siendo menos las personas que piensan que ir a terapia es para locos o quienes dicen no creer en la psicología, poco a poco se comienza a normalizar que las personas vayan a terapia. La mayoría de los pacientes que acuden con nosotros van en una situación particularmente difícil en sus vidas. Quizá con la sensación de que las cosas no pueden estar peor para ellos o sin poder ver una salida y después de haber intentado de todo para solucionarlo. Van con dolor. Y confían en nosotros para que les ayudemos.

Escribo esto con un nudo en la garganta al recordar algunas historias particularmente dolorosas que he escuchado de algunos pacientes, amigos, familia, mi experiencia

particular. Son lágrimas de dolor por esos recuerdos, pero también de gratitud por haber tenido el privilegio de transitar con esas personas el momento más complicado, quizá, de su existencia hasta ese momento. Y también hay satisfacción pues llegamos a buen puerto. Todos juntos, como equipo.

Con estas palabras pretendo exponer el nivel de sensibilidad que como terapeuta sistémica he podido desarrollar. Antes no me lo permitía; mi trato con los pacientes era alejado, restringido. Quizá como protección ante estas emociones que ahora me abordan, quizá porque no me parecía necesario o quizá porque había aprendido con anterioridad a establecer esa distancia. No lo sé con certeza.

Gracias a esta Residencia y al énfasis que pone en el cuidado de la persona del terapeuta es que hoy puedo apoyar a los pacientes, transitar con ellos esa etapa de sus vidas e involucrarme en su proceso, pero siempre cuidando lo que generan los casos en mí a nivel emocional principalmente, y también a nivel cognitivo.

Cada pregunta sobre la figura del terapeuta⁸ durante la pausa en la sesión, al finalizarla o en la supervisión posterior del caso me ayudó a cuidarme y a estar pendiente de mí. Aún me ayuda a cuidarme pues tengo conmigo constantemente las voces de mis profesores y mis compañeros.

He escuchado en algunas ocasiones que el trabajo de un terapeuta es solitario pues estás tú solo en un consultorio, compartiendo si acaso con los pacientes que acuden. Ahora, después de haber cursado la maestría, difiero de esa idea pues conmigo están

⁸ ¿qué te genera? ¿eso cómo te hace sentir? Tú que estuviste ahí adentro ¿cómo crees que lo recibirían los pacientes? ¿qué decisión tomarías? ¿Qué les vas a decir como mensaje final?

permanentemente las voces de todos con quienes tuve el privilegio de compartir esta aventura. Y me acompañarán siempre.

Referencias.

- Andersen, T. (1995). *El lenguaje no es inocente*. Psicoterapia y familia. 8 (1): 3 – 7.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu Editores.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. University of Chicago Press.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de cultura económica.
- Beyebach, M. (2008), *24 Ideas para un Psicoterapia Breve*. Herder.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.
- Cade, B. Y Hudson O'Hanlon, W., (1995), *Guía Breve de Terapia Breve*. Paidós
- CONAPO (2009). *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*. Recuperado el 23/02/2020. <https://mexico.unfpa.org/es/publicaciones/informe-de-ejecuci%C3%B3n-del-programa-de-acci%C3%B3n-del-conferencia-internacional-sobre>
- CONAPO (2012). *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009 revisado*. Recuperado el 23/02/2020. https://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Informe_de_Ejecucion_Programa_de_Ac

[cion de la Conferencia Internacional sobre la Poblacion y el Desarrollo 1994-2009](#)

De Shazer, S. (1991a). *Claves en Psicoterapia Breve*. Una teoría de la solución. Gedisa.

De Shazer, S. (1991b). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós

Eguiluz, L. (comp.) (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Pax.

Espinosa, M. R. (2004). El modelo de terapia breve con enfoque en problemas y soluciones.

En Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Pax.

Ferré-Grau, C.; Montescó-Curto, P.; Mulet-Valles, M.; LLeixá-Fortuño, M.; Albacar-Riobó,

N. & Adell-Argentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20 (3), 155-159.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200004>

Fisch, R. Weakland, J. y Seagal, L. (2003). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*.

Herder.

Gergen, K. & Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social dimensiones,

deliberaciones, y divergencias. *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria*, 3, 13-45.

González-Forteza, C; Villatoro, J; Pick, S; Collado, ME. (1998). El estrés emocional y su

relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21 (2), 37-45.

- Guilbert, W. y Alonso, A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 17 (2), 155-163
- Guilbert, W. y Torres, M (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 17 (5), 452-460.
- Haley, J. (1999). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu editores.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de pediatría*. 71 (1), 39 – 42.
- Hoffman, L. (1990). Una posición constructivista para la Terapia Familiar. *Sistemas Familiares*. 6 (3), s/p.
- INEGI (2007). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005*. Recuperado el 10/01/2020. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005bis/suicidios_05.pdf
- INEGI (2017). *Indicadores de salud mental*. Recuperado el 11/01/2020. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- INEGI (2018). “*Estadísticas a propósito del Día internacional de la eliminación de la violencia Contra la mujer (25 de noviembre)*” / datos nacionales. Comunicado de prensa # 588/18. 22 de noviembre de 2018.
- INEGI (2019a). *Datos sobre incidencia delictiva hasta el año 2018*. Recuperado el 09/01/2020. <https://www.inegi.org.mx/temas/incidencia/>

INEGI (2019b). *Encuesta nacional de seguridad pública urbana, junio 2019*. Recuperado el 09/01/2020.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/ensu/ensu2019_07.pdf

INEGI (2019c). *Distribución del porcentaje de la población de 18 años y más, por entidad federativa según percepción de la inseguridad en su entidad federativa, entre marzo y abril*. Recuperado el 09/01/2020. <https://www.inegi.org.mx/temas/percepcion/>

Madrigal, E., Fonseca, L. y Vázquez, J. (2004). *Boletín Latinoamericano Adolescencia*. (10), sp.

Marulanda, N.; Román, L.; Arbeláez, M. (2011). ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? *Revista Universidad Católica de Oriente*. (31) 85 – 106.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa (3ª ed. 2000).

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa (primera reimpresión en México, 2004).

Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Monge, J.; Cubillas, M.; Román, R.; Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*. 17 (1), 45 – 51.

O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Paidós.

- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Paidós.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*. 29 (1), 58 – 95.
- Pittman, F. (1987). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis*. Paidós.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (2013). Residencia en Terapia Familiar. Recuperado el 20/02/2020. <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1205>
- Salinas, M.L. (2011). El sentido ético. *Alfa III*. Recuperado de: http://dearade.udea.edu.co/aula/pluginfile.php/1146/mod_resource/content/1/Competencia_Sentido_Etico.pdf
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Vázquez, E., González, E., Rojo, Q y Figueroa, R. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Clínico de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora*. 15 (2), 77-85.
- White, M y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

Apéndice A. Formatos Utilizados En Sedes Clínicas.

Figura 7.

Formato de llamada telefónica para todas las sedes clínicas.

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES AZCAPOTZALCO MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR</p>	
<p>LLAMADA TELEFÓNICA</p>		
<p>Nombre de la Familia: Terapeuta: Supervisor: Fecha: Motivo de Consulta: Miembros de la familia que asisten a la sesión: Miembros que integran la familia: Familiograma Antecedentes familiares que refieren: Objetivos de la sesión:</p>		

Nota: en la figura 7 se muestra el formato de llamada telefónica (primer contacto con la familia).

Figura 8.

Reglamento del servicio de Terapia Familiar.

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA</p> <p>REGLAMENTO DEL SERVICIO DE TERAPIA FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none">1.- En la Clínica de Terapia Familiar, se darán servicios psicológicos a la comunidad interesada.2.- La terapia será brindada en el primer piso del edificio de Endepto.3.- El número de sesiones dependerá de la evolución del caso.4.- En la terapia se cuenta con un terapeuta y un equipo terapéutico, todos ellos coordinados por un supervisor que está presente en cada una de las sesiones.5.- El Terapeuta y el equipo terapéutico se comprometen a mantener la confidencialidad de lo compartido en las sesiones; a menos que el consultante o alguna otra persona corra algún riesgo físico o psicológico, el terapeuta y el equipo están autorizados a romper la confidencialidad y notificarlo a las autoridades competentes.6.- El consultante se compromete a asistir puntualmente a sus citas. Si llegara tarde por 30 minutos o más, se cancelará la terapia y se le atenderá hasta la siguiente sesión.7.- Si por algún motivo el consultante no puede acudir a la cita, debe avisar al terapeuta por lo menos 24 horas antes de su terapia, en caso de no hacerlo se tomará como una falta injustificada.8.- En caso de inasistencia injustificada, se le cancelará el servicio con la posibilidad de incluirlo nuevamente a la lista de espera.9.- Los consultantes podrán justificar como máximo en una ocasión; a partir de la segunda, se dejará de brindar la atención.10.- Todas las sesiones de terapia serán videograbadas, con la finalidad de analizar el trabajo y elaborar el plan de tratamiento.11.- Las grabaciones son estrictamente confidenciales, sólo el terapeuta y el equipo tendrán acceso a éstas.12.- Tanto los consultantes como el terapeuta, equipo terapéutico y supervisor, se comprometen a respetar el presente reglamento. <p>México D.F. a _____ del mes de _____ del año _____</p> <p>_____ TERAPEUTA Nombre y firma</p> <p>_____ CONSULTANTE Y/O TUTOR Nombre y firma</p>	
---	--	---

Nota: la figura 8 muestra el reglamento del servicio de Terapia Familiar, aplicable a las 3 sedes clínicas (Clínica de Terapia Familiar de la FESI, ISSSTE Tlalnepantla y CCH Azcapotzalco).

Figura 9.

Constancia de asistencia a sesión terapéutica.

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES AZCAPOTZALCO DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR</p>	
<p>A QUIEN CORRESPONDA:</p>		
<p>La Residencia en Terapia Familiar a través de este conducto hace constar que _____ está recibiendo un servicio terapéutico en ésta institución.</p>		
<p>El interesado acudió el día _____ de ____ a ____ horas.</p>		
<p>Se extiende la presente para los fines que al interesado(a) convengan.</p>		
<p>POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU</p>		
<p>A _____ de _____ de 20__</p>		
<p>_____</p>		
<p>Licenciado (a) Residente de Terapia Familiar</p>		

Nota: la figura 9 muestra la constancia de asistencia a una sesión terapéutica para alumnos y trabajadores del CCH Azcapotzalco que la solicitaban.