



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"**



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA**

**"EL PAPEL DEL TERAPEUTA
SISTEMICO"**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. LUISA CORNEJO GARDUÑO**



SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEX.

ENERO 1992.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO:

A MI ASESORA: LIC. LUZ DE LOURDEZ EGUILUZ ROMO
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
A LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.
PLANTEL IZTACALA.

A LA COMISION DICTAMINADORA.

1°	DICTAMINADOR ASESOR:	LIC. LUZ DE LOURDEZ EGUILUZ ROMO
2°	DICTAMINADOR	LIC. SUSANA GONZALEZ MONTOYA
3°	DICTAMINADOR.	LIC. LEONOR DIAZ DE LEON FLORES.

" Cómo psicólogo debo saber y tener conciencia crecientemente clara de lo que quiero y no quiero, de las limitaciones propias, de las paradojas en la experiencia personal de que en nosotros conviven como en todo ser humano, el gozo y el dolor, el amor y el odio, el ansía por la libertad y el deseo de protección y sometimiento, la sinceridad y la transparencia y el miedo a nuestra verdad"

JUAN LAFARGA.

"DEDICO CON GRATITUD Y CARIÑO A MI MADRE QUE ME ALENTO EN MI_
TRABAJO, A MI PADRE Y HERMANOS QUE SIEMPRE ME HAN APOYADO -
Y A MI HIJO "ALAN" COMO TRIBUTOS DE SUS ANHELOS"

SINCERAMENTE.

INDICE.

CAPITULOS	PAG.
Introducción	
I.- El Terapeuta en los diferentes enfoques clínicos:	1
Psicoanalítico, conductista, humanista y sistémico.	
I.1 Revisión de la Teoría Psicoanalítica	1
I.1.1. Características del Terapeuta freudiano	8
I.1.2. Preparación académica y profesional	13
I.2. Revisión de la Teoría Conductual	15
I.2.1. Características del Terapeuta Conductual	23
I.2.2. La Formación del Terapeuta conductual.	26
I.3. Revisión de la corriente humanista	29
I.3.1. Características del terapeuta humanista	34
I.3.2. Preparación académica y profesional del terapeu ta humanista	37
I.4. Revisión de la teoría sistémica.	39
I.4.1. Características del terapeuta sistémico	44
I.4.2. La Formación de Terapeutas	46
2. El Terapeuta en el modelo sistémico	48
2.1. Como el estilo del terapeuta corresponde a un - Marco Teórico.	50
2.2. Como obtiene la Información del Terapeuta	58
2.3. La Posición del Terapeuta	62
2.4. El Terapeuta conduce abiertamente al cambio	65
3. El Terapeuta como persona	70

	PAG.
3.1. La Integridad personal.	70
3.2. La Utilización de si mismo	77
3.3. La responsabilidad y el rol profesional	85
4. Consideraciones finales.	89
I Cuadro.	92
II Bibliografía	

INTRODUCCION

Es imposible el describir con exactitud lo que hace el terapeuta dentro del trabajo clínico. Considerado que la creación de una realidad común entre el paciente y el terapeuta, está a cargo de este último. Y siendo su labor tan amplia que una simple opinión no avalaría dicha actividad.

Dentro de la terapia se da una serie de interacciones en gran medida imprevistas, que se combinan en un proceso continuo, ante el cual el terapeuta pone en juego su estilo personal de trabajo, formado por sus características y habilidades personales creando la base del cambio terapéutico guiándose no solo por su intuición, sino también por su experiencia en la práctica profesional.

Ahora bien por otro lado no es muy conocido el termino de "Terapeuta" en el medio social y profesional, ya que este cambia según el enfoque teórico como psicólogo clínico, psicoterapeuta, psiquiatra, etc. Además de considerar que la psicoterapia no es una función profesional exclusiva del psicólogo. Anteriormente este oficio era sólo del psiquiatra, actualmente hay otras profesiones que participan en esta actividad, entre otras se hallan los psicólogos asesores, de rehabilitación, etc. Y es muy notable el hecho de las aportaciones y los servicios potenciales que los psicólogos han brin -

dado a la salud mental y adaptación humana, en dicha función profesional.

Los enfoques tradicionales como son el psicoanálisis, el conductual y el humanista han brindado grandes aportaciones al trabajo terapéutico clínico. Sin olvidar que el mismo Sigmund Freud fué el primero en comprender y describir el proceso psicoterapéutico en términos de una experiencia interpersonal entre paciente y psiquiatra, prestando atención y estudiando tanto la personalidad del psiquiatra como la del paciente, y su relación interpersonal mutua. Dando pie al desarrollo de esta profesión clínica tanto en la terapia individual como en la terapia familiar.

La orientación teórica del terapeuta influye no solo en la elección del método terapéutico, sino también su estilo de trabajo, además de como se le denomina en los diferentes enfoques. Pero independientemente de como se le denomine, es sumamente importante las características y habilidades personales que posea.

También es obvio que la terapia familiar sistémica ofrece una nueva visión sobre el problema, y el tratamiento del sistema familiar e individual, proviniendo soluciones más efectivas y rápidas, en comparación a los anteriores enfoques en los cuales los tratamientos terapéuticos tardaban incluso años.

Ofrece nuevas formas de entrenamiento para los terapeutas, al mencionar la importancia de la supervisión y de la filmación de videotapes de la ejecución de él dentro de cada sesión, mejorando su labor profesional y su desarrollo personal. Y finalmente el promover que no es sólo importante la persona que presenta el síntoma sino también el contexto en el que ésta se ha desarrollado. Y desde luego, el que el terapeuta lleve a cabo el tratamiento, en la forma más adecuada según juzgue y haciendo el uso más apropiado de la capacidad de maniobra. Quedando la dirección del tratamiento siempre bajo su responsabilidad. Esto finalmente asegura la eficacia del trabajo terapéutico realizado.

CAPITULO I

EL TERAPEUTA EN LOS DIFERENTES ENFOQUES CLINICOS: PSICOANALITICO, CONDUCTISTA, HUMANISTA Y SISTEMATICO.

1.1. REVISION DE LA TEORIA PSICOANALITICA.

El psicoanálisis fué desarrollado por Sigmund Freud quién en 1886, en su conferencia ante la Sociedad Médica de - Berlín, informo sobre su viaje a Francia, durante el cual presencio las sesiones de Charcot en las que mediante la hipno - sis podía producir síntomas semejantes a los de la histeria - según la etimología griega "histeria" proviene de "utero" razón por la que se estimó como un padecimiento típicamente fe - menino. Freud mostró posteriormente que no solo las mujeres - padecen esta enfermedad, además de señalar que un trauma psí - quico puede ser el origen del síntoma histérico el cual depende de acontecimientos pasados (Masotta, 1979).

Al intentar Freud, separar la enfermedad psíquica - del sexo biológico, negando la relación de la histeria y el - útero, históricamente se inicia la teoría psicoanalítica. Y - es bajo el título de "Una Teoría Sexual", una parte de los - "Tres ensayos" obra de 1905, en la cual estableció que la se - xualidad del adulto, no empieza en la pubertad, ni se determi - na en la vida adulta, sino que ésta se inicia en la infancia -

siendo alrededor de los 5 años cuando parece resuelta la estructura sexual. Ya que la relación que une al sujeto adulto su objeto sexual no está determinada previamente ni constituye un mismo fin. Pues la determinación de la sexualidad del sujeto es lábil, lo que significa que puede variar, el fin buscado puede ser otro muy distinto del coito normal.

Otras obras que posteriormente se desarrollaron son las: perversiones Sexuales y la Teoría sobre el desarrollo de la Libido. En esta última se estima la libido como una expresión del instinto sexual denominado "pulsión", la cual al igual que el deseo sexual carece de objeto. En dicha producción se designan tres etapas: a) la oral b) la anal y c) fálica y un período llamado de latencia.

En colaboración con Breuer, Freud publica los estudios sobre la Histeria; en 1895. Para Breuer era muy importante el investigar mediante un ordenado plan, la patogénesis, de otros síntomas graves, que acompañaban el síntoma de la histeria. Breuer observó que la paciente en sus estados de "absence" y alteración psíquica, lo que él consideraba como fragmentos arrancados de un contexto que ocupaba su pensamiento. Él sumió a la enferma en una especie de hipnosis, tras lo cual le comunicó las palabras que anteriormente le había escuchado para incitarla a asociar algo a ellas. Y así sucedió,

la paciente reprodujo ante el médico las creaciones psíquicas que le habían dominado en los estados de ausencia y se habían revelado fragmentariamente en las palabras pronunciadas. Estas eran fantasías muy tristes y poéticas. Al relatar la paciente algunas de estas fantasías, quedaba como liberada de algo que la oprimía y retornaba a la vida psíquica normal. Pero este bienestar solo duraba algunas horas y al día siguiente volvía a presentarse una nueva ausencia. Este nuevo tratamiento fue llamado por la paciente Ana O. "talking cure" e incluso en broma la calificó de "Chimney sweeping". Con esto era posible el eliminar algunas perturbaciones psíquicas, cuando en la hipnosis la paciente recordaba, entre las manifestaciones afectivas con qué motivo y en qué situación habían aparecido los mismos por primera vez.

"En efecto, casi todos ellos (los síntomas) se habían originado así como residuos o precipitados de sucesos saturados de afecto o, según los denominamos posteriormente, (traumas psíquicos) y el carácter particular de cada uno se hallaba en relación directa con el de la escena traumática a la que debía su origen. Empleando la terminología técnica, diremos que los síntomas se hallaban determinados por

aquellas escenas cuyos restos en la memoria representaban, no debiendo, -- por tanto, ser considerados como rendimientos arbitrarios o misteriosos de la neurosis". (Freud, 1917, pág. 1536)

Según Freud, Breuer no examinó el hecho de que no siempre era un único suceso el que dejaba tras de sí el síntoma, pues en la mayoría de los casos se trataba de numerosos análogos traumas repetidos, que se unían para producir tal efecto. Por lo que esta cadena de recuerdos patógenos tenía entonces que ser reproducida en orden cronológico y precisamente inverso; esto es, comenzando por los últimos y siendo imprescindibles para llegar al primer trauma, el que con frecuencia tiene el más poderoso efecto, y recorrer en el orden indicado todos los demás. Algunos años después Freud comenzó a emplear el método investigativo y terapéutico de Breuer con sus propios pacientes. Dicho tratamiento llamado también catártico, tenía por condición sumir al enfermo en una profunda hipnosis, para que el paciente llegara al conocimiento de los sucesos patógenos relacionados con sus síntomas, lo que no se podía hacer en estado normal (consciente). Esto le resultó a Freud muy cansado y poco seguro, no todos los enfermos podían ser hipnotizados, solo una mínima parte de estos. Por lo que Freud pronto prescindió del hipnotismo, y decidió trabajar con sus pacientes en estado normal.

Ahora se planteaba el problema de averiguar por boca del paciente algo que el psicoanalista no sabía, por lo que Freud intentaba ver la manera de obtener, esto, ya que Bernheim le enseñó que al interrogar, al paciente, por los sucesos acaecidos, durante su estado de sonambulismo, en un principio el sujeto afirmaba no saber nada, de los actos ocurridos durante el sonambulismo hipnótico, y esto hacía que solo aparentemente perdiera los recuerdos. Berheim le apremiaba, asegurándole que no tenía más remedio que saberlo con lo que lograba, que volvieran a la conciencia del paciente los recuerdos olvidados, aún al estar despierto. El mismo procedimiento fue usado por Freud estando el paciente en estado normal y aseguraba no saber más, entonces él le indicaba que en el momento que tocará con su mano su frente, acudirían a su memoria los recuerdos olvidados.

Sin embargo, para él el anterior procedimiento resultaba penosísimo, y muy agotador, por lo que no lo podía adoptar como técnica definitiva. Se pudo conformar que los recuerdos no se habían perdido. Pues se hallaban a merced del enfermo y dispuestos a surgir por asociación con sus otros, recuerdos no olvidados, o con algún tipo de estimulación presente, que de alguna manera tuviera nexos con los recuerdos " olvidados " pero existía una fuerza indeterminada que impedía el estado patológico, se consideró como una resistencia del enfermo.

Para que el enfermo se restableciera, era necesario suprimir tales resistencias. Estas fuerzas que se oponían al tratamiento tenían que ser las mismas que anteriormente habían producido tal olvido y expulsado de la conciencia los sucesos dolorosos correspondientes. Freud denominó a dicho proceso Represión ya que se había demostrado su existencia por la aparición de la resistencia. El origen del conflicto en el individuo, provocaba una lucha interior si el deseo inconfesable sucumbía a la represión era expulsado de la conciencia, y olvidado así como los recuerdos relacionados.

La labor psicoanalítica muestra la posibilidad de traducir el inconsciente a lo consciente. Revelando que la esencia del proceso de la represión no consiste en suprimir y destruir una idea que representa al instinto, sino el impedirle hacerse consciente. Todo lo reprimido permanece en el inconsciente, pero no forma por sí solo todo el contenido de lo inconsciente, pues lo inconsciente tiene un alcance más amplio, siendo lo reprimido una, parte de lo inconsciente.

Otros dos procedimientos útiles para develar algunos aspectos del inconsciente, son el de la interpretación de los sueños, la evaluación de los actos fallidos, lapsos lingües, actos casuales y olvidos involuntarios. Los cuales también pueden tomarse como manifestaciones de impulsos e intenciones que debían ser sustraídos a la propia conciencia, pues proceden de los mismos complejos y deseos que producen los

síntomas, además de reflejarse en los sueños. Los sueños, dice-Freud, son el lenguaje del inconsciente. Pero éste (el inconsciente) no emplea un lenguaje directo sino que recurre a la metáfora y al símbolo para expresarse. (Freud, 1917).

1.1.1. CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA FREUDIANO.

Según las propias palabras de Freud, al iniciarse la relación médico-paciente, es necesario que el primero tenga ciertas habilidades como iremos viendo:

"Observaréis que el investigador psicoanalítico se caracteriza por una estricta fé en el determinismo de la vida psíquica. Para él no existe nada pequeño, arbitrario ni casual en las manifestaciones psíquicas; espera hallar siempre una motivación suficiente hasta en aquellos casos en que no se suele sospechar ni inquirir la existencia de la misma, y está incluso preparado a encontrar, una motivación múltiple del mismo efecto psíquico, mientras que nuestra necesidad casual, que suponemos innata, se declara satisfecha con una única causa psíquica. (Freud, 1917, pág. 1552)".

Freud declara que la técnica psicoanalítica se propone por un lado ahorrar trabajo al médico y por otro el facilitar al enfermo un amplio acceso a su psiquismo inconsciente. Las innovaciones de la técnica, se refieren a la persona misma del médico. En vista de que es muy clara la contratransferencia, que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente.

Un caso muy clásico fue cuando Breuer trató a Ana O. en la que se presentaron fenómenos de transferencia a su persona de los deseos sexuales de la paciente: Ana O. había fantaseado que estaba embarazada por Breuer. Este embarazo-histérico atemorizó a Breuer. Todas las relaciones del paciente con otra gente, incluso la que sostiene con el médico, están modeladas por sus tempranas relaciones con las personas más significativas de su ambiente en la infancia. Razón por la que las vicisitudes de las experiencias del paciente con el médico, en particular deben ser investigadas, y comprendidas con finalidades terapéuticas. En vista de que las experiencias provenientes de dificultades no resueltas en primeras relaciones interpersonales son transferidas al médico, llamándose "experiencias de transferencia"

Así mismo, dado que las experiencias de contra-transferencia del médico, afloran e interfieren en el proceso terapéutico, deben ser exploradas comprendidas y si es posible eliminadas, en términos, del hecho de ser transferidas de experiencias interpersonales primeras del médico con las personas significativas de su infancia.

Con este argumento se exigió como norma general el reconocimiento de esta "contra-transferencia" por el médico mismo, así como su dominio. Lo que motivo que todo aspirante iniciará su actividad con un autoanálisis profundo.

"Aquel que no consiga llevar a cabo semejante análisis puede estar seguro de no poseer tampoco la capacidad de tratar analíticamente a un enfermo (Freud, 1917, - pag. 1566).

El haber cumplido con este primer paso facilitaría su labor como analista, sin olvidar que también debía estar dotado de paciencia infinita para escuchar y de la habilidad técnica para llevar el análisis hasta los primeros años infantiles del paciente. Con el fin de detectar en la historia del paciente aquellos incidentes traumáticos que pudieran evaluarse como causales de la sintomatología presente.

Para Fromm-Reichmann (1977), el terapeuta no solo debe ser capaz de escuchar, sino que debe a su vez desvincularse suficientemente, obteniendo la información del paciente tal como este la presenta, en otras palabras el permanecer en una posición neutral.

Otros aspectos son los referentes al tratamiento - este es de larga duración de 3 a 5 años. El paciente se entrevista con el analista de tres a cinco veces por semana la frecuencia se puede reducir una vez que el tratamiento ha avanzado por algún tiempo. Además de ser un tratamiento caro. En la primera sesión, el médico psicoanalista comunica a su pa -

ciente la regla fundamental o consigna básica que consiste - en lo siguiente: "el paciente debe comunicar al analista todos los pensamientos que acudan a su mente, aun cuando estos le parezcan absurdos o insignificantes o el hecho de manifestarlos le resulte embarazoso" (Held, 1975). Aunque desde luego solo es por medio del lenguaje en caso de que se presente algún silencio, el analista intervendrá, ya que esto supone que el paciente tiene resistencia a hablar, por lo que el terapeuta interpreta tal silencio.

Según Held, dicha interpretación se formulará de manera adecuada, en el lugar y momento preciso, si esta es correcta, el paciente experimentará a veces sorpresas, otras un choque emocional más o menos claro, además de aportar al que lo escucha cierto "material verbal", o en algunos casos no verbal, en la que las posturas, las mímicas y las actitudes gestuales constituyen un lenguaje tan válido como el lenguaje oral.

Otra consigna es la de ordenar al paciente que se recline sobre un sofá o un diván del consultorio, con el analista fuera de su campo visual. Esto permitirá que el paciente este lo más relajado posible y lo menos distraído, para que pueda esternar sus pensamientos con toda la libertad, según vayan apareciendo en su mente.

El analista muestra una actitud expectante, en una postura clásicamente neutral y benévola. El analista no debe influir en las reacciones del paciente, y el mantenerse fuera de su alcance inmediato, puede hacerse más impersonal, para - para evitar ser represor del inconsciente del paciente.

"El médico deberá ser impenetrable para el paciente y a manera de espejo, deberá reflejar solamente lo que se le presenta"
(Freud, 1917, pág 33, cit. por Garfield).

1.1.2. PREPARACION ACADEMICA Y PROFESIONAL DEL PSICOANALISTA.

El analista tradicionalmente era médico, el cual al finalizar su carrera, se sometía a un programa de entrenamiento que incluía un seminario didáctico en la teoría y técnica psicoanalítica, un análisis personal y cierto trabajo psicoanalítico efectivo con paciente, bajo una supervisión muy escrupulosa (Garfield, 1979).

No debemos olvidar que el primer psicoanalista fue un neurólogo, en pocas palabras un médico. Freud. Y desde entonces quedo en manos de médicos y psiquiatras, en la actualidad existe una gran cantidad de psicólogos que han recibido preparación analítica y han llegado a ser psicoanalistas de ciertos renombres, formando parte del personal en los institutos para el entrenamiento psicoanalítico como maestros en la materia. Otros psicólogos han recibido análisis personal y aplican los conceptos y las técnicas psicoanalíticas en su propio trabajo terapéutico.

La preparación de cada uno de estos grupos incluye alguna instrucción y experiencia en diversos grados, en áreas como la: Psicopatología, teoría de la personalidad entrevistas y en el cumplimiento de un análisis didáctico aunque según Held, estas técnicas no se pueden aprender en los libros,

por lo que se han de aprender bajo supervisión de médicos que ya dominan la técnica.

La formación variará según la institución que la imparta. La Asociación Psicoanalítica Internacional, se fundó en la primavera de 1910, hace publicar anualmente los nombres de sus socios. Dicha asociación se encarga de vigilar el comportamiento de los profesionales en ejercicio, ofrece cursos y seminarios de supervisión para aquellos que no pertenecen al grupo.

En la actualidad es la Asociación Psicoanalítica Americana, la que da reconocimiento a otras instituciones aunque sigue representada por analistas médicos y psiquiatras.

Empero en la actualidad el psicoanálisis pasa por una crisis que aparentemente sólo se manifiesta en la disminución del número de aspirantes que se inscriben para su perfeccionamiento en los principales institutos psicoanalíticos— así como el número de pacientes que buscan la ayuda de dichos profesionistas. Esto puede deberse a que obtienen mejores resultados terapéuticos en mucho menor tiempo y aún menor costo. (Fromm, 1990).

1.2. REVISION DE LA TEORIA CONDUCTUAL.

En enfoque conductual principia, con los estudios de laboratorio sobre condicionamiento clásico de Pavlov (1927-1928). El fisiólogo ruso, se interesó en la descripción y elaboración de las condiciones necesarias para la asociación. Descubrió que cualquier estímulo (E_1) que precede a la respuesta (polvo de carne en el hocico del perro), queda asociada. A los estímulos ambientales se les llama incondicionados ---- mientras que a las respuestas reflejas producidas por estos estímulos se les nombra como respondientes o respuestas incondicionadas. La relación original entre el estímulo incondicionado y la respuesta incondicionada es automática, o sea que no es aprendida, a diferencia de la relación que se crea después con los estímulos procedentes o del exterior que al asociarse con el E_1 elicitarán la R_c . (Cit. por Millenson, 1976).

Esto suscitó investigaciones más amplias que abarcaron sujetos humanos, como es el caso de Albert, a quien se le condicionó a los once meses de edad, por Watson y Raynor (1920) a la presencia de un sonido fuerte (estímulo incondicionada) la presencia de una rata era seguida de un ruido, si el intentaba tocar al animal sonaba el ruido y Albert se sobresaltaba. Una vez que se apareó el sonido con la presencia de la rata, se produjo la respuesta del miedo (respuesta con-

dicionada), Esto promovió el que algunas de éstas se tomarán en cuenta con el uso de algunas técnicas que posteriormente se usarón en lo que es la terapia conductual, como es el tratamiento de enuresis basado en un condicionamiento de las fobias. (Cit, por Kazdin, 1978).

Es el condicionamiento operante, la otra parte del enfoque conductual. Ya no se hace referencia en esté a las respuestas reflejas e involuntarias, del ser humano sino a todas esas conductas emitidas en forma espontanea y controladas por sus consecuencias. A las conductas susceptibles de ser controladas por las consecuencias se les llama operantes por que son respuestas que operan (tienen alguna influencia en el medio ambiente generado consecuencias (Skinner, 1953 - cit. por Kazdin, 1978). Las operantes pueden ser fortalecidas (aumentadas o debilitadas disminuidas de acuerdo a las consecuencias que le siguen.

Según Kazdin, este procedimiento ha tenido mejores resultados en la modificación de conductas tales como: habilidades académicas, conductas de autocuidado o sociales, en los retardados, la conducta aberrante en psicóticos; los actos agresivos en los delincuentes y algunas otras que se podrían modificar al alterar las consecuencias que le siguen.

Se debe tener en claro la diferencia a principal -

entre el condicionamiento respondientes y operantes. En el primero el resultado principal es un cambio en el poder del estímulo para provocar una respuesta refleja. En el segundo, el resultado primario es un cambio en la frecuencia de la respuesta emitida o un cambio en algún otro aspecto de la respuesta, como la intensidad, la velocidad o la magnitud (Kazdin, 1978).

El aprendizaje vicario u observacional que han manejado Bandura y Walters (Ibid), incluye ambos tipos de respuestas ya mencionadas. El aprendizaje por observación se presenta cuando un individuo observa a otro, el cual, funciona como modelo, en este caso se aprende una respuesta sin necesidad de llevar a cabo. Con el modelamiento que es una variante del anterior, se implementan nuevas respuestas, además de alterar la frecuencia de las respuestas que previamente fueron aprendidas.

Estos tres tipos de aprendizaje se han utilizado ampliamente en el tratamiento de una gran cantidad de problemas que tradicionalmente se han visto en el campo clínico y aunque se han usado más en el trabajo terapéutico las técnicas basadas en el condicionamiento operante, los otros, dos tipos de aprendizaje, respondiente y el vicario u observacional, también han sido valiosos por ser técnicas de cambio.

Rimm y Masters (1980) señalan los siguientes pasos como supuestos de la terapia de la conducta.

1.- En relación con la psicoterapia, la terapia de la conducta tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente. Esta hace referencia a la firme posición filosófica de permanecer en un nivel puramente conductual, ya que la conducta manifiesta, también abarca los posibles eventos internos que son provocados por estímulos externos. Rechaza la premisa de que la conducta de desadaptación sea una función de un estado de enfermedad mental relativamente autónomo e inaccesible.

2.- La terapia de la conducta supone que las conductas de desadaptación, son hasta un grado considerable, adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta no necesariamente problemática puede ser aprendida. Se postula que el medio ambiente influye en las personas, en términos de aprendizaje instituido. De manera que, mientras la conducta de desadaptación difiere de la adaptación en términos de su impacto sobre el individuo y aquellos que le rodean. Además de tomar en cuenta que la conducta de desadaptación no es meramente un efecto de una desafortunada historia de aprendizaje.

3.- La terapia de la conducta supone que los principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta - desadaptada. Se presupone el hecho de que aunque una conducta no sea producto del aprendizaje puede ser modificada a través del mismo.

4.- La terapia de la conducta implica la especificación clara de los objetivos del tratamiento.

5.- El método de tratamiento se adapta al problema del cliente. Se ignorarán las conductas inapropiadas, y al mismo tiempo, se reforzarán las conductas constructivas y apropiadas.

6.- La terapia de la conducta se concentra en el aquí y ahora. Rechaza el hecho de que el "insight" sea curativo, lo mismo que no es necesaria la exploración detallada de la infancia del paciente, siendo suficiente cierta cantidad de información biográfica útil para el trabajo terapéutico.

7.- Se supone que cualquier técnica clasificada bajo el título "terapia de la conducta" ha sido sometida a verificación empírica y se ha encontrado que es relativamente efectiva. (Rimm y Masters, 1980).

En el enfoque conductual el terapeuta trata de no intervenir en el paciente y de ser imparcial lo que lo lleva a comportarse como una máquina que otorga refrozadores objetivamente.

En la entrevista inicial, es muy importante la relación del terapeuta con el paciente. El primero mostrará su interés por el bienestar del paciente, con lo que será más sencillo su tarea de obtener una mayor información de su paciente, ya que la experiencia indica que una atmósfera, agradable y de aprobación hara que la meta se obtenga.

La información que se requiere es todo lo que ayude a enmarcar la conducta problema, en cuanto a cuándo ocurre desde cuándo se presenta, "cuáles" son los factores que la sostienen, con qué frecuencia aparece, quiénes están presentes cuando aparece, en lugar de cuestionarse el "por qué" el paciente se comporta en forma desadaptada, lo cual no es práctico.

Una vez obtenida la información sobre el problema, se exploran los antecedentes del mismo, lo que servirá así como los datos anteriores, para la formulación de la hipótesis.

Dicha información también ayudará a propiciar una relación constructiva entre el terapeuta y el cliente, haciendo posible que el primero ajuste su estilo de interacción en función de aquellos con que los trabajara y de la situación. Se harán preguntas sobre cuatro áreas generales: a) Experiencias familiares del paciente durante su crecimiento. b) Las experiencias escolares. c) La conducta sexual y d) Las relaciones sociales ~~actuales~~ . (Ibid).

Con esta información los conductistas evalúan la respuesta meta, en otras palabras la conducta objetivo. Así como los eventos que la preceden por ser señales del medio ambiente que probablemente afecten la frecuencia en que la conducta objetivo se presenta. Los eventos posteriores a la conducta incluyen eventos favorables que refuerzan e incrementan la conducta. Además de los eventos indeseables para el paciente, -siendo útiles para decrementar la conducta. Con lo que procederán a seleccionar la técnica conductual adecuada. Generalmente el tratamiento se llevará a cabo en las situaciones donde es evidente la conducta que requiere cambio, como puede ser el hogar, la escuela, etc, (Kazdin, 1978).

Es muy variada la cantidad de técnicas de modificación de la conducta, entre las técnicas incluidas bajo este rótulo se encuentran la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el modelamiento operante la extinción -

y el condicionamiento aversivo, así como las técnicas dirigidas a modificar patrones de pensamiento.

1.2.1. CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA CONDUCTUAL.

El terapeuta tiene como tarea, el ayudar a aliviar los problemas específicos que interfieren en el funcionamiento del cliente, por lo que tiene que precisar con toda claridad lo que el paciente quiere decir con "estoy triste todo el tiempo", lo que hace necesario hacer previamente una definición conductual, e indentificar los estímulos que controlan la respuesta de estar triste. Así que cuando el terapeuta define sus objetivos, lo hace tomando en cuenta los estímulos - específicos, y en especial las respuestas que ocurren en presencia de éstos.

El terapeuta de la conducta adapta su método de tratamiento al problema del cliente. El terapeuta empleará diferentes procedimientos dependiendo de la naturaleza del problema.

"El terapeuta de la conducta no supone que una técnica sea eficaz porque se deriva - de una teoría ampliamente sostenida, o - porque una autoridad haya rotulado como efectiva en ausencia de pruebas que lo apoyen, o porque el sentido común sugiere su efectividad. Naturalmente, nuestro pensamiento se ve afectado por factores de este

naturaleza que pueden dar origen a hipótesis acerca de la conducta humana. Sin embargo, el punto esencial es el que estas hipótesis deben ser sometidas a prueba después. (Rimm y Masters, 1980, pag 33).

Estos datos presuponen que el terapeuta conductual posee destrezas científicas críticas y prácticas. Dicho profesionalista da por sentado que la conducta humana está sujeta a una determinación causal no menos que la conducta de los cuerpos que caen o de las plantas que crecen. Por lo que la actitud general que asume el terapeuta de la conducta hacia sus pacientes concuerda con esta perspectiva determinista. (Wolpe, 1977).

Otro aspecto, se refiere al hecho de que el terapeuta de la conducta no moraliza a su paciente, sino que, por el contrario sale a desalojar cualquier autocensura que pueda haber engendrado el condicionamiento social y que puede haber sido acrecentada por las afirmaciones de amigos, parientes y terapeutas anteriores.

En el presente enfoque es muy importante la relación del terapeuta paciente. En el que el primero mostrará su interés por el bien del paciente, con lo que le será más sencilla su tarea para obtener una mayor información de su

paciente, ya que la experiencia indica que una atmósfera agradable y de aprobación hace que la meta se obtenga. El terapeuta que se muestra comprensivo y solícito es fuente de reforzamiento social lo cual hará que progrese el tratamiento. - (Ibid).

1.2.2. LA FORMACION DEL TERAPEUTA CONDUCTUAL:

En Inglaterra, se identifica a este enfoque como terapia del comportamiento o de la conducta. Mientras que en Estados Unidos se le llama modificación de la conducta, Yates (1977). En el primero al profesional que la aplica se le llama terapeuta del comportamiento o conductual, y en el segundo modificador conductual.

En México se le llama psicólogo conductual, y específicamente nuestro interés, esta en su formación según el "proyecto Psicología Iztacala", de Emilio Ribes y colaboradores (1986).

Este modelo pretende preparar psicólogos aptos como profesionales y como científicos. Los objetivos de la actividad profesional del psicólogo, son: a) La rehabilitación, b) El Desarrollo, c) La detección, d) La Investigación, e) La Planeación y prevención.

Siendo estos los objetivos del psicólogo debe ser adiestrado bajo el plan modular, el cual esta compuesto por tres modulos:

- Un modulo teórico como apoyo a los modulos experimental y aplicado. Su contenido esta condicionado

por el currículo de laboratorio y de actividades aplicadas. Para su desarrollo se dan clases, lecturas independientes, tutorías y seminarios.

- Modulo experimental con actividades de laboratorio iniciando con la observación de conducta animal en una situación libre, hasta el análisis de episodios sociales y verbales en humanos.

- Modulo aplicado: que permite la aplicación de principios teóricos y técnicos, de procedimientos de laboratorio a las condiciones naturales y reales. Permite el adiestramiento práctico de los futuros profesionales y evaluar la pertinencia de los contenidos de los modulos teóricos-metodológicos y experimental. Estos tres modulos se integran.

El modulo teórico se mantiene constante a lo largo de la formación académica, mientras la experimental que inicialmente es extensa va disminuyendo, la aplicada va extendiéndose paulatinamente acrecentando el repertorio de información y destrezas del estudiante. Permitiéndole no sólo dominar una tecnología aplicada como profesional. Sino también el disponer de la metodología necesaria para crearla en las nuevas situaciones a las que se verá expuesto una vez que haya egresado de la Universidad.

Para lo cuál la E.N.E.P. Iztacala cuenta con centros que permiten el adiestramiento directo en condiciones análogas a las de su ejercicio profesional posterior. Tales centros son:

- 1.- Guardería preescolar
- 2.- Guardería escolar.
- 3.- Centro de educación especial y rehabilitación.
- 4.- Centro de consultoría clínica.
- 5.- Centro de asesoría comunitaria.

Estos programas de formación, eran parte de la carrera de psicología en la E.N.E.P.I. en sus inicios (UNAM)-1975. En la actualidad esto ha cambiado, en cuanto al contenido de la información teórica, experimental y aplicada específicamente en el área clínica se manejan modelos teóricos de modificación de conducta en los cuales se toma en cuenta la conducta y también las cogniciones.

1.3. REVISION DE LA CORRIENTE HUMANISTA.

En este modelo se considera al ser humano como un ser individual, con una gran potencial, además de las posibilidades de un desarrollo expansivo y las capacidades más ricas para una vida autoconsciente. Al reafirmar dicha idea Rogers, se opone al proceso de despersonalización y deshumanización del individuo que se observa en la actualidad en nuestra cultura, y comenta que las ciencias conductuales están promoviendo y reforzando esta tendencia. Rogers ha trabajado incesantemente en el desarrollo y evolución de un método particular. Ha hecho intentos de estudiar y describir el proceso mismo de su terapia. Desarrollándolo dentro del campo de la psicología clínica. Al método terapéutico desarrollando lo llama "terapia centrada en el cliente" que se ha destacado por su tendencia hacia una escrupulosa investigación objetiva. (Garfield, 1979)

Para Rogers el cliente es quien sabe lo que le afecta hacia dónde dirigirse, cuáles son sus problemas fundamentales y aun cuales son sus experiencias olvidadas. Por lo que a menos que el terapeuta necesite demostrar su propia inteligencia y sus conocimientos, lo mejor sería confiar en la dirección que el cliente mismo imprime al proceso.

La terapia centrada en el cliente, a través de la-

evaluación y en el estudio, además de la experiencia con -
 tinua, se ha venido insistiendo cada vez más en las actitudes-
 y sentimientos, tanto del terapeuta como del cliente.

Rogers buscó inicialmente elementos que señalaran -
 o caracterizaran el cambio. El cambio para él es como una en-
 tidad con atributos específicos. Con lo que desarrolló el con-
 cepto "proceso" diferenciando en el siete etapas, aunque des-
 de luego es necesario aclarar que es un continuo en el cual -
 aunque se identifiquen algunas etapas, existieran infinitos -
 puntos intermedios.

Una vez que el individuo ha solicitado ayuda, se -
 determinan las condiciones generales de la terapia. Aclaran -
 dole al cliente que no debe esperar que el terapeuta tenga to-
 das las respuestas a sus problemas, pues la terapia proporci-
 ona una situación en la que él puede trabajar para resolver -
 sus problemas con alguna ayuda del terapeuta.

Ahora bien, la manera en que según Rogers, se desa-
 rrollan las etapas sucesivas del proceso por el cual el indi-
 viduo pasa de la fijeza al flujo, de un punto próximo al ex-
 tremo "en movimiento" son:

- 1.- El cliente describe sus sentimientos como remo-
 tos y externos sin reconocer que son propios, -

son alejados del presente, y no hay deseos de cambio.

2. El cliente empieza a sentirse recibido por el terapeuta, describe sus sentimientos como externos como si fueran objetos que no le pertenecieran y que corresponden a su pasado. Al expresar sus contradicciones no son reconocidas por él.
3. Continúa el avance del flujo, el cliente se siente plenamente recibido por el terapeuta, sus expresiones sobre sí mismo como objeto se dan con toda libertad, también las experiencias se expresan como si fueran objetos. Los sentimientos personales pasados además de reconocer las contradicciones de la experiencia.
4. El cliente al sentirse comprendido y apoyado. Expresa sentimientos presentes pero no del ahora, habiendo una clara tendencia a expresar sentimientos del presente inmediato, acompañados de desconfianza y temor. Hay preocupación por las contradicciones entre la experiencia y el sí mismo. Además de la existencia de sentimientos de responsabilidad en cuanto a los problemas.

5. Aumenta la flexibilidad, la libertad y el flujo organísmico. Se expresan libremente los sentimientos en el tiempo presente, reconociéndose como propios, y está muy próxima la posibilidad de experimentarlos plenamente. La experiencia se construye en forma menos rígida. Los constructos personales se examinan y cuestionan críticamente.

6. El cliente logra experimentar sus sentimientos que antes estaban "atascados" en forma plena hasta sus últimas consecuencias. Aceptando sin negarlos ni luchando con ellos. Se dan una relación fisiológica (muscular, de llanto y gestos). Desaparece la discrepancia que existe entre las vivencias y su concepto de sí mismo, en el momento que las reconoce. Ya que la experiencia se ha hecho totalmente conciente y ha sido aceptada.

7. No hay una gran necesidad de ayuda por parte del terapeuta. La experimentación de nuevos sentimientos en forma inmediata y rica en matices, tanto dentro de la terapia como fuera. La aceptación de estos sentimientos cambiantes como propios aumenta y coexisten con una confianza -

básica en el proceso mismo, así como una vivencia del proceso. Con lo que finalmente el cliente prueba la elección efectiva de nuevas maneras de ser. (Rogers, 1989).

Como se puede ver en el presente enfoque se considera al cliente como una totalidad. El sentirse recibido, (actitud comprensiva y amistosa del terapeuta), permite que el individuo pueda relajarse cada vez más y entrar en movimiento, en un proceso, en un sector dado del significado personal.

1.3.1. CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA HUMANISTA.

En este enfoque es muy singular el papel del terapeuta, ya que sus valores personales y rasgos de personalidad retroceden hacia un segundo lugar, para dar lugar a que el cliente se exprese con toda libertad y explore sus propios atributos de personalidad. El cliente encuentra en el asensor un "alter ego" genuino como lo llama Rogers, en un sentido práctico y técnico, teniendo una sola cualidad, la buena disposición para procurar comprender. (Garfield, 1979).

El terapeuta proporciona una atmósfera en la que el cliente se siente libre para explorarse a sí mismo, para adquirir un conocimiento más profundo de sí mismo, y en el que poco a poco puede organizar las percepciones que tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea. El terapeuta se abstiene de dar consejos, de hacer sugerencias y de interpretar ("es no directivo") Se pone énfasis muy especial en la importancia de la aceptación profunda y emocional por parte del terapeuta de la potencialidad del cliente para un cambio constructivo y en las cualidades o condiciones que debe tener el terapeuta para poder cooperar en el logro de ese cambio positivo. (b. Id).

Rogers remarca en forma implícita, la necesidad de que el terapeuta recurra en sí mismo el proceso de convertir-

se en persona. Pues sólo aceptándose en sí mismo puede uno - cambiar, además de valorar el hecho de permitirse comprender - a otra persona, al escucharla sin hacer un juicio de valores.

" De esta manera, va desapareciendo de mí cualquier tendencia a corregir las cosas, fijar objetivos, moldear a la gente o manejarla y encauzarla en la dirección que de otro modo querría imponerles". (Rogers 1989).

Para Rogers, el terapeuta debe abandonarse y vivir - las relaciones terapéuticas en forma profunda con cada uno - de los clientes. Cada nueva relación es una aventura, en la - que ante el cliente experimenta respeto. Puede ser capaz de - captar los sentimientos del cliente y hacer que este se de - cuenta de que es comprendido. El terapeuta acompaña al clien - te en el difícil viaje que debe emprender hacia su propio - interior, a encontrar los temores ocultos, el odio y el amor - que jamás se ha permitido sentir. Este es un viaje muy impre - visible para ambos. El terapeuta se dará cuenta de que capaci - dad de ayuda hacia el cliente se verá limitada.

" Lo que soy y lo que siento es suficiente - mente bueno como para servir de base a - una terapia, siempre que logre ser lo que - soy y lo que siento en mi relación con él .

Entonces quizás él también logre ser lo que es,
de manera abierta y libre de temor" (Rogers, -
1989, pag. 69).

1.3.2. PREPARACION ACADEMICA Y PROFESIONAL DEL TERAPEUTA HUMANISTA.

Este tipo de terapia que en la actualidad tiene un amplio reconocimiento que ha nacido y se ha desarrollado dentro del campo de la psicología clínica. Es en las universidades donde Rogers ha trabajado, donde se dan cursos de formación para los psicólogos clínicos: La Clínica Comunitaria de Orientación de Rochester, en la Universidad Estatal de Ohio y en el centro de asesoramiento de la Universidad de Chicago y en la Universidad de Wisconsin.

Rogers ha trabajado incesantemente en el desarrollo y evolución de su método particular de terapia. Siendo muy intensas y constantes las investigaciones, y en algunos casos se han incluido cursos como es el curso sobre educación en Rochesters.

No se insiste en las técnicas de terapia, sino en las actitudes y sentimientos del terapeuta y del cliente.

También en México se ha dado apoyo a este enfoque en especial en la Universidad Iberoamericana, en donde unos de los principales exponentes son: Catalina Harrsh (1985) y Juan Lafarga (1982). Ambos han intentado formar un perfil del psicólogo.

Para Harrsch, el psicólogo, se olvida que el mismo puede ser sujeto de investigación. Pues tanto el psicólogo - como su cliente pueden recibir la influencia de las condiciones y los factores que afectan a este último.

La eficacia en el ejercicio profesional de la psicología depende tanto de la calidad científica y técnica, como de la correspondencia entre los valores y motivaciones que rigen las actividades del psicólogo.

Todos los enfoques anteriormente expuestos son claros ejemplos de epistemología lineal, finalmente expondré el surgimiento de la epistemología circular, como una reacción - al modelo conductista, al psicoanálisis ortodoxo y al modelo humanista.



1.4. REVISION DE LA TEORIA SISTEMICA.

A finales de la década de los 40's aparece la Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy, que influyó en diferentes campos de la actividad científica, como la biología, las matemáticas y las ciencias físicas.

"Todo organismo es un sistema, esto es un orden dinámico de partes y procesos en interacción mutua". (Bertalanffy, 1948, pag 11).

IZT.

Bertalanffy considera al organismo como un sistema abierto y dinámico con continuos cambios en sus elementos - debidos a las entradas y salidas de energía e información - hacia el medio las cuales modifican los procesos existentes, produciendo un desequilibrio que se llama estado uniforme - de dicho sistema.

El inicio de esta nueva epistemología circular será fundamental, así como la contribución de Bateson, al realizar una síntesis y una explicación de su pensamiento en 1978, en su manuscrito de Mind and Nature. Bateson ayuda al surgimiento de la teoría de la nueva comunicación que sirve como uno de los fundamentos sobre los cuales se edificará posteriormente la Terapia Familiar Sistémica. El autor junto

Teoría de la comunicación - de Bateson - 1978

con el equipo compuesto por: Haley, Weakland, Fry y Jackson, trabaja en el Hospital de Veteranos de Palo Alto California donde desarrolla la importante teoría del "Doble Vínculo"

Otra figura importante es la de Jackson, autor de un artículo titulado: "El problema de la Homeostasis Familiar" (1954). En el que habla de la homeostasis como un sistema de equilibrio interno que se observa gracias al feedback negativo. Este enfoque muestra a la familia como un sistema homeostático, ^{este sistema está} gobernado por un conjunto de reglas, de modo tal, que aunque sea un sólo individuo el que presenta el síntoma, la intervención terapéutica no debe limitarse a ese miembro, si no extenderse a toda la familia.

Watzlawick después del contacto con Bateson, Jackson y Erickson, empieza a experimentar y analizar las técnicas terapéuticas (intuitivas) utilizadas por los primeros - estendiéndose sus ideas, no solo en los Estados Unidos sino también a otros países como Italia, Alemania, México.

A su vez en Washington, Bowen y Wynne, estudian las relaciones entre el paciente esquizofrénico y su entorno para lo cual hospitalizan a todos los miembros de la familia estudiadas, Bowen propone que la esquizofrenia se gesta durante tres generaciones, que ya desde los abuelos con una

patología no muy claramente definida a los padres más radicales, hasta llegar a la tercera generación donde aumenta la probabilidad de que aparezca un hijo psicótico.

9 La contribución de cada uno de los autores, y algunos más da pie a la consolidación de la terapia familiar, en la que se dan diversas escuelas:

- Las terapias familiares enmarcadas bajo la corriente sistémica (basadas en la Teoría General de los sistemas).

- Y las psicodinámicas basadas en la teoría psicoanalítica, (Ya expuesta).

En las primeras se enfoca al individuo en interacción mientras que en las segundas se enfatiza sobre el individuo aislado. (Eguiluz y González, 1988).

Se puede clasificar en escuela bajo la cual
En el siguiente capítulo se verán más ampliamente las distintas escuelas existentes dentro de la terapia familiar sistémica.

"Para analizar la relación que existe entre el comportamiento individual y el grupo familiar en su único ac -

to de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales (Andolfi, 1985, pag. 17).

Por lo que se considera a la familia como un sistema abierto que intercambia material, energía e información con su ambiente, el sistema se halla constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción.

10 En el presente enfoque se da importancia no sólo a la persona que presenta el síntoma, sino también al contexto en que se desarrolla. Siendo más amplia y completa la visión del problema, y por consiguiente la implementación y tratamiento más eficaz, además de hacerlo en menor tiempo que los modelos anteriores.

Ahora bien dependiendo de la escuela de que se trate es el plan de trabajo específico que se lleva a cabo, aún que todas coinciden en el concepto de familia, pues derivan de la Teoría General de los sistemas, de estas escuelas se han destacado:

- El enfoque interaccional: Formado por los teóricos de la comunicación, los pioneros de la episte-

mología circular; G. Bateson, D. D. Jackson N. J. H. Weakland, P. Watzlawick, R. Fish y L. Segal.

- El enfoque Estructural: Representado por S. Minuchin B. Montalvo y H. Ch. Fishman.

- El Enfoque Estratégico: Apoyado por J. Haley y C. Madanes.

- El enfoque Sistémico de Milán: Encabezado por M. Selvini Palazzoli L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata.

- Y el Enfoque de Roma: Cuyo principal exponente es M. Andolfi, además de C. Angelo, K. Giacometti, P. Menghi, R. Piperno, entre otros.

En el siguiente capítulo se verán más ampliamente los distintos enfoques existentes dentro de la terapia familiar sistémica.

1.4.1. CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA SISTEMICO.

En contraposición de las otras corrientes, aquí el terapeuta desempeña un papel activo, además de poner énfasis en el aquí y ahora, el terapeuta es considerado como un modelo de comunicación para la familia.

La dirección y desarrollo de la terapia constituye una responsabilidad del terapeuta, que principia con la estrategia específica y con el establecimiento de objetivos claros dirigidos a la solución del problema en cuestión.

Tiene que intervenir en el momento preciso, con una gran claridad en su comunicación además de ser congruente en su actitud gestual y verbal.

Siendo muy importante la manera como el terapeuta lleva a cabo el tratamiento. Ya que el paciente tiende a obstaculizar el esfuerzo terapéutico, debido a la angustia o temor de que el problema llegue a empeorar. (Weakland y cols. - (1984). Por lo que es el terapeuta el que considerará cual es la forma más adecuada poniendo en práctica lo que el juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. A esta libertad de actuar, Weakland y cols. Le llaman capacidad de manobra del terapeuta, lo que implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos -

o inconvenientes que se presentan.

Otros autores como Minuchin (1990) Andolfi (1985) - y Satir (1986) han dado gran importancia a las habilidades - que el terapeuta tiene y que en algunos casos forman parte - de su personalidad, característica y capacidades. El papel - que desempeña el terapeuta cambia según los diferentes enfoques, y en este caso sólo se ha dado una breve reseña, puesto que se verá el desarrollo de los diferentes tratamientos y el desempeño terapéutico correspondiente posteriormente.

1.4.2. LA FORMACION DE TERAPEUTAS.

Los factores que se consideran indispensables para la formación son los siguientes:

- La supervisión de los terapeutas en formación, lo cual realiza un terapeuta experimentado.
- Un curso de formación que incluye una parte teórica y una parte práctica.
- Buscar el estilo terapéutico personal de cada aspirante.
- Su vivencia el papel de terapeuta al aplicar la teoría directamente con las familias.
- El poder observar los cambios gracias a la utilización del video y audiotape.

Estos programas de formación se dirigen no solo a los psicólogos sino a todos los profesionistas del area clínica como: Psiquiatras, trabajadoras sociales, consultores y asesores matrimoniales, etc.

Esta formación también varia según el enfoque de que se trate, los diferentes enfoques se imparten en forma particular en Universidades y Centros especializados de ciudades como: Palo Alto, California; Bruselas, Belgica; Milan, Italia, e incluso en México.

En México estos cursos son además de costosos escasos, y muy especializados, son impartidos en forma particular - sin embargo en la U.N.A.M. se esta dando reconocimiento a la formación de terapeutas específicamente con el curso a nivel - posgrado impartido en la E.N.E.P. Iztacala, el cual dará mayores facilidades a los profesionales del area clínica.

CAPITULO 2

EL TERAPEUTA EN EL MODELO SISTEMICO.

Como ya se revisó en el capítulo anterior, es muy claro como cambia el papel que juega el terapeuta en cada uno de los diferentes enfoques clínicos. La forma de actuar de este, depende del marco teórico en el cual se ha formado, reflejándose tanto en su estilo de trabajo como en la concepción acerca del problema. En el presente capítulo se hará una revisión inicial sobre cómo el marco teórico en el que se ha formado, se ve reflejado en su manera de abordar el problema. En la segunda parte se abordará la forma en que el terapeuta actúa en el trabajo clínico para obtener la información necesaria acerca del problema.

En la tercera parte se denotará otro aspecto importante del trabajo del terapeuta sistémico, donde éste forma parte del sistema. En que cada acción y reacción se da dentro del grupo familiar, con la participación de todos y cada uno de los miembros.

Y finalmente, se verá como el terapeuta conduce al paciente en forma abierta hacia el cambio. Siempre ajustando-

el ritmo y la oportunidad, modificando el curso de trabajo te
rapeútico según sea necesario a lo largo del trabajo.

2.1. COMO EL ESTILO DEL TERAPEUTA CORRESPONDE A UN MARCO TEORICO.

En la labor del terapeuta difiere según el enfoque es indudable que la orientación teórica por la que se incline el terapeuta influirá en la elección que haga del método terapéutico que habrá de usar y en los énfasis específicos que caracterizarán su estilo personal de trabajo, (Garfield - 1979).

"Los procedimientos que uno emplea, el tratamiento psicológico, rehabilitación, educación u orientación dependen en gran parte de la visión de la "naturaleza humana" a la que uno se adhiera, (Kazdin, 1978, pag. 1).

La visión de la "naturaleza humana" en los distintos enfoques revisado en el anterior capítulo enmarca un modelo de tipo lineal, como se puede ver:

Para el psicoanálisis el concepto del hombre es el de una criatura que responda a los instintos: el de la vida (Eros y el de la muerte Thanatos). Ambos instintos están en conflicto entre sí, así como con el mundo exterior y la cultura.

En el caso del conductismo se considera al hombre como una máquina orgánica, cuya conducta abierta, se puede ver, medir y cuantificar. Requisito necesario dado la objetividad de este enfoque. La conducta se divide hasta su mínima expresión, denominándola respuesta, la cual esta sujeta a estímulos externos. En otras palabras, se pondera al medio ambiente al contrario del enfoque psicoanalítico, en el que se da mayor importancia al medio interno.

Por otro lado, tenemos el enfoque humanista en el que el hombre se considera como un ser, como un individuo en su totalidad y unicidad, capaz de poseer valores e intenciones, además de una identidad particular. Estableciendo una relación con el "otro" en una relación "yo-tú", marcando una relación de persona a persona. (Matson, 1984).

Un poco semejante al anterior tenemos el enfoque del modelo sistémico. Que considera al hombre como un organismo dinámico con procesos en interacción mutua. Cada ser humano es visto como un pequeño sistema inmerso en otros sistemas mayores, y a su vez, compuesto por diferentes subsistemas.

En este último, la visión ya no es lineal, sino circular, y tomando en cuenta que ya se dió una más amplia revisión de los anteriores enfoques, ahora nos limitaremos al en-

foque sistémico, señalando sus diferencias con los anteriores, según sea el caso. Enmarcaremos algunos principios generales que tienen por objeto, explicar el marco teórico que sustenta el presente enfoque, y que le son comunes a las diferentes escuelas de esta corriente innovadora como son:

La familia se concibe como un sistema vivo y abierto el cual es algo más que la suma de sus elementos, pues se le considera una totalidad. Esta integrada por varios subsistemas: conyugal, parental y fraternal. Posee límites claros y flexibles, además de un conjunto de reglas particulares. Tiene una organización y estructura establecida según los roles que cada miembro de la familia adopta de acuerdo a la jerarquía. Como sistema vivo (entidad que se mantiene a sí misma), tiene una tendencia hacia el cambio y a mantener la homeostasis (también llamada morfostasis, que significa que el sistema debe mantener su consistencia ante los cambios ambientales provenientes del exterior): Y otra tendencia que lo lleva al cambio (también conocida por morfogénesis que significa que el sistema poco a poco modifica su estructura básica. Ambas tienen, dentro del sistema, una relación indisoluble. (Maruyama, cit. por Hoffman 1990). Este sistema se encuentra relacionado con otros sistemas más extensos de los cuales forma parte.

Existe un conflicto familiar, cuando se produce una disfunción en cualquiera de las partes del sistema:

Roles, límites, jerarquías patrones de interacción fundaciones, patrones de comunicación y alternativas de solución a sus problemas entre otras.

Es necesario aclarar que bajo este enfoque, el conflicto individual en cualquiera de sus elementos, se considera como la manifestación de un conflicto familiar, donde el miembro portador del síntoma es llamado "paciente identificado" o "chivo expiatorio". La unidad de intervención es la familia y todos sus integrantes tienen el mismo peso, en cuanto a la atención terapéutica que reciben, y ninguno de ellos es más importante que otros.

La terapia familiar tiene como objetivo el establecer o restablecer el crecimiento de la familia, a través del cambio de su estructura. Durante la terapia se pone mayor énfasis en el presente, o sea en el "aquí y el ahora", se busca que el cambio se produzca en forma breve, en un número reducido de sesiones.

La función del terapeuta es activa, flexible, y responsable. Junto con la familia en interacción forman un nuevo sistema, el sistema terapéutico. Busca crear nuevas formas de interacción familiar con la ayuda de dicha entidad.

(Hernández y col. 1990).

Estos principios se podrán ver más ampliamente en el curso del presente capítulo, además de que pueden servir como un marco que explique la forma de pensar del terapeuta, lo cual ayuda a definir y aclarar su proceder en la terapia familiar sistémica.

Ahora bien se considera que siendo el modelo interaccional uno de los más representativos, se expondrá lo que ellos consideran como problema y cómo se resuelve.

En el modelo sistémico, una tarea de la terapia, según Watzlawick, Weakland y Fisch (1985), consiste en modificar los marcos cognitivos que organizan la conducta, llaman "reenmarcamiento" a este cambio de marco y lo explican como una modificación de la perspectiva conceptual, emocional y/o perceptual que sobre "x" situación se tiene de manera que los mismo hechos cubren un significado diferente.

Esta forma de terapia se fundamenta en la convicción de que los cambios introducidos en las vías de comunicación, llevarán a la transformación de las relaciones entre los miembros de la familia (Eguiluz y González, 1988).

Bajo este enfoque la persistencia y el cambio han-

de ser consideradas, en forma conjunta, a pesar de su naturaleza aparentemente opuesta:

El conflicto familiar se produce, cuando al existir un problema "X", se intenta solucionarlo sin lograr establecer un cambio. Con lo que el problema suele agravarse, pues la "Solución" intentada (seudo-solución), no produce el cambio deseado, sino por el contrario, contribuye a aumentar el problema. Ambos tipos de conductas interactuantes por ejemplo: La de madre y su hijo con problemas, estabilizan una pauta particular de interacción, promoviendo una relación en la que entre más se desea resolver un problema, empleado para ello una nueva "medicina" más se mantiene.

Esta idea, hace que para el terapeuta lo más importante sea el quebrantar la pauta que relaciona el problema con la falsa solución. Mientras a diferencia de éste, el terapeuta rogeriano y el analista freudiana se concretan a usar la comunicación como un medio para obtener información que delimite el problema, además de la interpretación que hace de las respuestas verbales del paciente y sus silencios, dando mayor énfasis a lo que el paciente no dice, pues ni el mismo lo sabe, en tanto se refieren a hechos traumáticos inconcientes.

El terapeuta participa activamente con la familia -

en el enfoque sistémico, no sólo como un modelo de comunicación resaltando las interacciones ocurridas en el momento presente, es decir, enfatiza el aquí y ahora sino también recogiendo la comunicación del cliente y usándola como un recurso. Por ejemplo: Si hay un paciente, al que la familia o el grupo, han designado como "introvertido y aislado", el terapeuta puede decir que quizá sea un chico listo y sumamente cuidadoso, que necesita conocer primero a la gente para saber si puede entregarle su confianza "abriéndose" ante ellos.

Con este manejo se ponen a todos los miembros de la familia en un mismo nivel, evitando así, iniciar o verse en vueltos, en alianzas o escisiones en subgrupos, que constituyen el elemento cotidiano de la disfunción familiar, (Palazzoli, y col. 1988).

El también refuerza los procesos de intercambio y comunicación, pues favorece el proceso de desprendimiento al descentrarse progresivamente. La terapia sistémica es un movimiento continuo, que implica: El entrar, distribuir, sostener: siendo la comunicación una llave que le permite al terapeuta entrar en el sistema familiar, formando con ellos un nuevo sistema, el sistema terapéutico.

El terapeuta sistémico, a diferencia de otros, -

en su propia utilización como persona a nivel terapéutico, empleando aspectos cada vez más diferenciados de su personalidad.

→ El terapeuta tendrá que dejar de considerarse como tradicionalmente se toma en otros modelos. Como una figura externa dotada de particulares poderes de control sobre el desarrollo de la terapia, para aquí, formar parte del sistema terapéutico y participar de las reglas del sistema reconociéndolo, pero sin dejar que el grupo lo paralice, impidiéndole su labor transformadora. (Ackermans 1990).

El terapeuta no evita entrar en ciertos roles que la familia le asigna, esto forma parte del juego terapéutico, donde el terapeuta asume el rol y lo interpreta a la vez, se utiliza a sí mismo como metáfora relacional a fin de captar mejor las necesidades diferentes de que cada cual espera satisfacer con él. El terapeuta sistémico posee la creatividad, flexibilidad y coherencia siendo un agente terapéutico activo, modulando las tensiones, angustias y las energías positivas o negativas.

2.2. COMO OBTIENE LA INFORMACION EL TERAPEUTA.

Este aspecto según Weakland y col, esta directamente relacionado con la habilidad que el terapeuta tiene para obtener información sobre lo que el paciente piensa con respecto a su problema y al objetivo del tratamiento.

En esta fase inicial el terapeuta se propone ubicar a todos ^{una} y cada uno de los miembros de la familia. Tratará de que sea distinto el modo de entrar en contacto con cada niño, adulto, padre o madre, obteniendo así la información. El terapeuta entrará en el mundo del otro adaptando su propio lenguaje, su estilo personal y su experiencia a la persona de que se trate; respetando desde luego "las reglas" que rigen a cada familia en particular.

Todos los miembros de la familia participarán en la etapa de la entrevista inicial. El terapeuta debe dirigirse a cada miembro, no permitirá que nadie empiece a comentar el problema hasta que todos se hayan presentado.

el terapeuta
Debe estar preparado, para manejar el hecho de que la familia este a la defensiva con respecto a él. El terapeuta no sólo observará a cada miembro de la familia y las relaciones existentes entre ellos, sino que además debe --- identificar que miembros de la familia intentan ponerlo a él ^{esto}

que tiene para él, el conocer que piensan sobre el problema - cada uno de los miembros. La forma en que formule las frases - dependerá del nivel cultural de la familia,, pues esta información debe ser muy clara. Lo que dará pie para que el terapeuta comience a preguntar: Cuál es el motivo de su visita, para que la persona más interesada, que probablemente sea la madre, responda y con esto proporcione una reseña de la forma en que surgió el problema. Con lo que el terapeuta podrá preguntar acerca de lo que se espera de él: "En que puedo serles -- útil", con lo que se les pide que piensen lo que el terapeuta puede hacer al respecto además de conocer sus expectativas - y fantasías. Esta pregunta resulta muy personal y menos profesional, en el modelo de humanista o rogeriano no se podría ni hacer, ya que se le indica al paciente desde un principio - que no espere demasiado del terapeuta. Mientras que en el psicoanalítico esta pregunta haría que el analista se sintiera - comprometido. Otra pregunta pertinente es "Qué cambios desean lograr? lo que involucra a la familia en el cambio haciendo - probablemente que la conversación vuelva a orientarse hacia - el problema, con lo que el terapeuta intentará nuevamente centrar su respuesta en el problema o en el cambio deseado. --- (Ibid).

Al obtener toda la información necesaria, el terapeuta deberá respetar la jerarquía existente en la familia - teniendo la habilidad para identificar a la persona con mayor

de su parte.)



También observará el lugar que toman los participantes del grupo al sentarse, en algunos casos los miembros de la familia podrían revelar con su colocación en el espacio del consultorio la organización de ésta.

Todas estas organizaciones le sirven al terapeuta para hacer hipótesis que en el transcurso del tratamiento que tendrá que poner a prueba.

Con esta primera visión y contacto, el terapeuta recogerá información, pero deberá tomar en cuenta que las conclusiones extraídas son provisionales, y tienen que ser verificadas en el transcurso de la sesión. El permanecerá ecuánime sin comunicar a la familia sus primeras observaciones, ya que si por un lado sus comentarios y observaciones pueden acertar, sóloamente le dirá a la familia lo que ya sabe o también puede equivocarse en su suposición y suscitar una actitud defensiva entre los integrantes de la familia. (Haley, 1988).



El terapeuta puede aclarar cuál es su posición en el asunto, diciéndoles que tiene una idea del caso y de cuál es el problema, también puede comentar por que pidió que se presentaran todos los miembros de la familia y la importancia-

(regresar a la 50)

poder que podrá ser empleada como "Coterapeuta" o empleando su fuerza para hacer que alguien ^{más asista} vuelva a la terapia, además de lograr que la familia participe. *¿si es q' se requiere?*

Una vez aclarado el problema, en cuanto a que este haya sido bien delimitado, lo que significa que es algo que puede ser cambiado y ha sido señalado por el grupo como un objetivo a lograr.

La razón por la que es importante especificar el problema es que se pondrá saber si el terapeuta ha tenido éxito, al alcanzar o no sus objetivos terapéuticos.

A lo largo del tratamiento el terapeuta tendrá que ser flexible, asumiendo la posición de experto cuando lo juzgue necesario en o en otros casos manifestará ignorancia.

★ El terapeuta también habrá de abstenerse de establecer una relación demasiado personal con la familia. A su vez demostrará que es capaz de tolerar la comunicación de información desagradable o la manifestación de sentimientos negativos, por parte de alguno de los integrantes de la familia.

(regresar a la 60)

2.3. LA POSICION DEL TERAPEUTA.

El terapeuta dentro del enfoque sistémico se situa como un intruso activo dentro de las relaciones familiares - y de esta manera inicia a modificar activamente las pautas - e las relaciones entre los miembros de la familia (Minuchin, 1990). Es a decir de Eguiluz (1991) un "líder seguidor" lo - que significa que el terapeuta muestra, en muchos casos, - cómo hacer las cosas; pero también en forma flexible, es ca - paz de acoplarse al estilo del grupo dejándose guiar por - ellos para conocerlos.

Este aspecto se refiere a la posición del terapeu - ta dentro del sistema terapéutico. Con lo que él tiene que - servirse de sí mismo en su complejidad de ser pensante y emo - cional, con lo que enfrentara riesgos equivalentes a los - que él demanda asumir a la familia. No adopta una actitud de - masiado profesional y no intenta demostrar desapego hacia - la familia (Akermans y Andolfi, 1990).

El terapeuta, tomará un papel activo dentro del sis - tema familiar, respondiendo a las provocaciones de la familia hacia él con una contra-provocación.

Es indudable que las técnicas son importantes, considerando que su manejo requiere: cuidar los detalles, poner atención al producto, y a la relación entre el esfuerzo y los resultados. Para Minuchin (1990), el terapeuta debe ir más allá, no debe limitarse a ser un artesano, pues su contacto con los pacientes será objetivo, despegado, limpio, pero al mismo tiempo será superficial y por consiguiente no muy eficaz.

Para este autor el arte de la terapia consiste: Entrar en coparticipación con la familia experimentando su realidad como sus miembros, envolviéndose en las interacciones repetidas que son las que dan forma a la estructura familiar y que plasman el pensamiento sí como la conducta de las personas. Al mismo tiempo, el terapeuta debe instrumentar la coparticipación para poder convertirse en agente de cambio -- que obra dentro de las reglas familiares, con las modalidades de intervención que imperan sólo en este sistema familiar, particular destinadas a producir un modo de vida diferente y más productivo.

El terapeuta sistémico no puede observar y sondear desde afuera, como en los enfoques psicoanalítico y conductista, tiene que integrarse con, y en el, sistema familiar, haciéndose interdependientes. Lo que lo hará más eficaz como miembro de este sistema y mientras responde a las circunstan-

cias, en armonía con las reglas de sistema, se utiliza a sí mismo de la manera más amplia posible, pudiendo observar activamente estando adentro y al mismo tiempo afuera. En los enfoques mencionados el terapeuta permanece fuera no solo físicamente, sino también al interactuar con el paciente.

Y si por una parte, el terapeuta debe entrar en el universo de la familia y adaptarse a él, por otra la familia debe entrar en las reglas de la terapia. Este concepto de mutua adaptación es fundamental, porque representa una modalidad de encuentro sobre un plano concreto, en el que todos, se sienten comprometidos en un trabajo común (Ibid).

2.4. EL TERAPEUTA CONDUCE ABIERTAMENTE HACIA EL CAMBIO.

En los enfoques de psicoanálisis ortodoxo y el humanista se desarrolló la idea de que es el cliente o paciente es el que determina lo que ocurre en la sesión terapéutica, sobre todo en el segundo enfoque se considera que sólo el paciente sabe lo que tiene. En contraposición con el enfoque sistémico puede incluso parecer frío calculador el hablar de controlar el proceso de tratamiento, pero se parte de la suposición de que el cliente no se halla en la posición de saber cuál es la mejor forma de enfocar el problema y es obvio que acude en busca de ayuda por que no ha podido solucionar por sí solo el problema. Por lo que la dirección del tratamiento constituye una responsabilidad intrínseca de terapeuta (Weakland y col. 1984).

Desde este enfoque se piensa que el terapeuta debe hacer uso de lo que Weakland y col 1984 llaman "capacidad de maniobra" del terapeuta. Por lo que una cosa es que el terapeuta sepa cual es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy diferente que tenga la libertad de actuar en la forma que considere más adecuada, poniendo en práctica lo que el juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento.

La capacidad de maniobra del terapeuta depende de la correspondiente ausencia de capacidad de maniobra del pa -

ciente. Esto es, el terapeuta conserva sus propias opciones y limita las del paciente. Ya que de hecho el terapeuta sabe - que el paciente lo necesite más de lo que el necesita al paciente, teniendo como opción última el poner fin al tratamiento, lo que le permite manejar con mayor efectividad la resistencia paciente. (Ibid).

En tanto el tratamiento transcurre existen ocasiones en que debe hacerse explícito este principio básico. Un ejemplo, de esta posibilidad es que el cliente intente imponer condiciones que limitaran la obtención de resultados, - beneficiosos. Como cuando el cliente sugiere al terapeuta, - que no le pida a su esposa que se presente, aduciendo que esto no sería bueno para él ni para ella, pero que considera - que quizá, podría visitarla en otro momento y en su casa. Si el terapeuta accede a tal acuerdo contra un tercero, esta cediendo su poder de elección e en cuanto a quién ver, cuándo - dónde a que hora, etc.

La terapia quedaría bajo el control del esposo, y - esto no presagia un buen tratamiento, además de que el terapeuta no estaría propiciando el cambio, dado que lo que el - cliente quiso hacer con él, probablemente sea un patrón característico entre el marido y su esposa, y probablemente sea - este uno de los motivos de conflicto entre la pareja. El terapeuta debe hacer uso del lenguaje, aclarando que tal vez -

sea mejor que el abandone el caso, en forma diplomática y con un adecuado lenguaje. Con lo que el esposo aceptará el control del terapeuta, y olvidará sus pretenciones (Weakland, 1984).

Desde el momento en que se inicia el trabajo terapéutico el terapeuta ha de ajustar el tiempo y la oportunidad para ajustar las respuestas de él a las que le da el paciente. Puesto que con dicha información tendrá cuidado de no "dispararse" antes de tiempo, sino por el contrario se tomará el tiempo necesario antes de asumir una posición. De manera que pueda mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia modificando su curso según sea necesario a lo largo del tratamiento (Ibid).

Otro aspecto es que el terapeuta siempre le pedirá al paciente que le de datos claros y concretos sobre la descripción del problema, por ejemplo: Desde cuándo se presenta? quiénes participan? quién está más interesado en la solución. Esta información es estratégica para la recomendación de tareas, y la formulación de sugerencias, que serán más adecuadas. Es importante señalar al grupo familiar que su éxito dependerá de los esfuerzos que ellas realicen, más que la bondad de las sugerencias en sí misma.

El terapeuta considerará cuál es la postura adecuada

según el caso: Si debe adoptar una imagen de autoridad o superioridad profesional, ante lo cual algunos pacientes pueden responder positivamente, sintiéndose seguros de su sabiduría con lo que aceptarían su sagacidad. Pero se pueden sentir que no hay necesidad de dar información ya que el terapeuta al ser tan perspicaz comprenderá esta información. El terapeuta comunicará al paciente que aún no tiene la solución por lo que necesita más información y más colaboración. Por el contrario el terapeuta también puede asumir una actitud de igualdad con el paciente o inclusive podrá ponerse "one down" por abajo de él, si así lo considera necesario. (Ibid).

Al dirigirse al paciente el terapeuta le pide que realice algunas tareas voluntariamente, pero en el caso de que no lo haga, el terapeuta alienta al sujeto a permanecer en esa actitud. Por ejemplo si una pareja insiste en pelear no se le dirá que lo deje de hacer, sino que por el contrario se les pedirá que se peleen más justificando su demanda por que es importante que el terapeuta pueda observar toda la secuencia del pleito o para que ellos mismos observen algo que sucede durante la acción.

En este momento los sujetos quedan atrapados en una situación donde su intento de rescindir se definirá como una conducta cooperativa, al realizarlos y hacerles saber que estan cooperando se les puede desviar hacia una nueva conducta.-

Siendo un ejemplo de lo que Haley (1988) utiliza como técnico a escuela de Milán le llama "paradoja terapéutica".

Si el analista en el modelo psicoanalítico se le presenta esta situación, tendría que eliminar dichas resistencias, confrontándolas directamente.

En el caso contrario de que el paciente coopera en todo es probable que los cambios se susciten demasiados rápidos. Lo que puede desilusionar al paciente, sí es que llegara a ocurrir una recaída. Por lo que el terapeuta se adelanta a lo previsto y puede prescribir una recaída.

Por lo que el procedimiento es muy fuera de lo común, que no se da en ningún otro enfoque terapéutico.

Desde el momento en que se inicia hasta que se da por solucionado el caso, el terapeuta, diseña la estrategia según el caso, no siendo el mismo método para todos los casos.

CAPITULO 3

EL TERAPEUTA COMO PERSONA.

En el presente capítulo se dará mayor énfasis a las características del terapeuta como persona. Siendo esta una parte esencial del trabajo terapéutico, se hará una revisión en primer lugar de la integridad del terapeuta como un punto fundamental del ejercicio profesional, después se abordará el tema de cómo el terapeuta se utiliza a sí mismo dentro del trabajo terapéutico. Y por último se enmarcará la responsabilidad que debe tener el terapeuta así como el rol profesional que este desempeña.

3.1. LA INTEGRIDAD PERSONAL.

Todo terapeuta al igual que cualquier persona, tiene un "sistema de creencias", lo que se ve reflejado en su trabajo. Lo cual Whitaker, (1990), ha resumido en varios supuestos:

El primero de ellos se refiere al punto de vista que tiene el terapeuta de las personas, lo que implica el ¿Cómo la ve? ¿Qué es lo que las impulsa a actuar de la manera en que lo hacen? ¿Por qué se tratan unas a otras del modo en que lo hacen?

Bajo la opinión personal del autor, no existe realmente nada parecido a un individuo, ya que todas las personas son sólo fragmentos de familias que andan flotando tratando de vivir la vida. Razón por la cual él autor prefiere trabajar con familias pues es en ellas donde se encuentra el poder real y la energía de la vida.

El terapeuta no debe tener temor de ejercer demasiada influencia en las familias, sino más bien el preocuparse por la incapacidad para llegar a ellas de un modo significativo. Las familias están muy lejos de ser frágiles, por el contrario son fuertes y resistentes.

Cuando una familia llega al consultorio, es por que ya ha decidido que tiene dificultades, cuáles son los problemas, de quién es la culpa y cómo hay que corregirlos. No siendo bueno el recomendar cambios totales, pues al acercarse una familia al terapeuta todos los miembros desean que se legitime sus puntos de vista personales.

El terapeuta sabe cuál es el deseo de la familia, pero también sabe que eso no es lo que necesitan en realidad.

"Lo que necesitan es una experiencia que los libere de las perspectivas bloqueadas que han desarrollado. Necesitan que les den la oportunidad de ver a su familia - en un contexto más complicado. Que los despojen de las dicotomías distorsionantes bueno-versus-malo, a las cuales han retrocedido.

En efecto, necesitan que les quiebren la situación de comodidad en la que se encuentran. Tienen que ser liberados para poder generar el tipo de ansiedad requerido que los impulse a realizar un esfuerzo de crecimiento gigantesco. He llegado a pensar que este proceso es como un fertilizante de muy buena calidad. Aunque no huele bien, es necesario para obtener un crecimiento óptimo. Y si no, pregúntele a cualquier granjero. - - (Whitaker, 1990, pág. 44) "

El terapeuta tiene que impulsar a la familia, además de creer en su potencial ilimitado. Pues de esto depende que los miembros intenten confiar en su capacidad de expandirse y progresar.

Y es tarea del terapeuta movilizar a la familia, mostrándoles que los conflictos y las diferencias de opinión no son necesariamente desastrosos, pero que sólo a través del movimiento podrán salir "de la bolsa de papel húmeda" (Ibid).

En el caso de que no se le impulse, por que el terapeuta da por supuesto que podrían empeorarse las cosas, decide por la familia que sus miembros están demasiado enfermos para curarse, además de ser ineptos para crecer. Este es un supuesto peligroso que refleja una posición deshumanizadora.

Es tarea del terapeuta impulsarlos, lo cual resulta muy delicado, ya que esto no le da derecho a decirles a los miembros de la familia como crecer. Pues esto daría por sentado que el terapeuta trata de venderles su modelo de vida, sin tomar en cuenta los recursos y las capacidades de la familia. Ellos tienen que descubrir su propia fórmula en lugar de imitar la del terapeuta. Para Whitaker no se trata de "ayudarlos", pues esto los rebaja, suponiendo de hecho, que la manera de vivir del terapeuta es superior a la de ellos

el hecho de "ayuda".

El terapeuta no tiene el poder para afectar el crecimiento de una familia. Su efecto real sólo puede provenir del proceso personal en el que participa con ellos. Además de aprender a entrar y salir cuando trabaja con una familia, obteniendo un buen resultado. La familia aprenderá algo sobre el proceso de individualización y pertenencia al grupo. Con lo que el terapeuta tendrá que aprender a no perderse en este complejo proceso, siendo afectuoso y duro a la vez, los dos componentes de la dualidad deben estar en equilibrio, con lo que se obtendrán resultados valiosos, solo se logra un crecimiento cuando tanto el terapeuta como la familia lo forjan. Ambos forman parte del vehículo de crecimiento. (Ibid).

Esto muestra que el terapeuta no es diferente de los miembros de la familia. Sino que por el contrario es muy semejante. Cuando el terapeuta asume un rol de experto, se engaña así mismo creyéndose especial. Alguien con toda la sabiduría a la inteligencia necesaria para hacer saber a "ellos" algo más sobre su propia vida. Con el peligro de que la familia crea que el terapeuta es un "sabotodo". Por lo que Whitaker considera que el terapeuta es responsable de hacerles saber que en realidad no puede mostrarles el camino, sino que deben esforzarse y luchar, esto solo se consigue cuando el terapeuta muestra su propia

condición humana, sus limitaciones, en este caso revelando algunas vivencias.

Una vez que ha sido capaz de realizar esto, el terapeuta está preparado para valorar el hecho de lo que significa ocuparse de los demás.

También, es probable, que la familia aporte una - intensa reacción de contratransferencia la cual supera lo - que es normal en la terapia individual, ya que se trata, -- de varios miembros que interactúan con el terapeuta, Whitaker le llama contratransferencia, pues los miembros de la familia con su presencia física en la terapia reaccionan - con mayor profundidad entre sí, además que con respecto al terapeuta.

Este aspecto también se relaciona con la ética, - pues como Wendorf y Wendorf (1985) lo señalan, el terapeuta realiza su tarea al ayudar a la persona, para que estas, - en el caso de la familia, sean capaces de resolver sus problemas individuales y familiares. Razón por lo que él tiene que ser honesto, primero con él mismo acerca de sus valo - res para luego ser capaz de ser honesto en su relación con el sistema familiar. Lo que le ayudará a identificar los valores o patrones de una familia en particular, lo que provoque posiblemente la presencia de los prejuicios propios - del terapeuta y po supuesto que este hecho sea adecuadamente

te manejados por él.

El terapeuta como persona, está éticamente obligado a ser honesto y sincero con sus clientes, siendo capaz de informarles claramente sobre sus alternativas, prejuicios y juicios profesionales.

3.2. LA UTILIZACION DE SI MISMO.

La principal herramienta de un terapeuta es él mismo su propia persona. Y el hecho de usarse él mismo, como terapeuta es una tarea imponente. Para poder estar a la altura de esta tarea, el terapeuta debe seguir desarrollando su propia persona, su propia humanidad y su madurez. Ya que si bien, el terapeuta está en un mismo bote con la familia, él debe ser el timonel. ¿Qué cualidades debe poseer? y ¿Qué características debe tener?

La opinión de los autores difiere acerca de estas cualidades del terapeuta como se podrá ver. Pero es indudable que resulta un delicado trabajo ya que el terapeuta trata con la vida de las personas. Por lo que es muy importante el hecho de aprender a ser terapeuta, para Satir no es lo mismo que aprender a ser plomero, pues ellos pueden conformarse con las técnicas. Pero los terapeutas necesitan hacer mucho más. No es necesario que el plomero ame al caño para poder arreglarlo. Más, sin embargo, el terapeuta independientemente de las técnicas que use y de la filosofía o escuela de terapia familiar a la que pertenezca lo que hace en la terapia, tiene que ser encauzado a través de él mismo como terapeuta y persona.

Razón por la que Satir (1986) en sus enseñanzas enfatiza profundamente en la personalidad del terapeuta,

teniendo como objetivo que sea capaz de comprender y amar -
de observar, escuchar, tocar y comprender a los demás.

Esto no quiere decir que se le reste importancia -
a las técnicas, las cuales son necesarias. Pero es el te -
rapeuta el que tiene que aprender a ser más pertinente y -
abierto ante la gran variedad de cosas que puede hacer, -
lo que implica el uso prudente de las técnicas. También -
es claro el hecho de que ninguna de estas se puede usar en -
todos los casos: Con cada persona y familia. Puesto que su -
uso se debe ajustar según el caso. El terapeuta necesita -
conocer la técnica, pero sabe que debe tener la habilidad -
para usarla, además de confiar en su propia capacidad y -
creatividad; (Ibid).

"Para mí, una técnica es un curso de acción que
se toma en un momento específico para lograr -
un resultado deseado. Tengo miles de ellas. Se -
seleccionan para satisfacer una necesidad espe -
cífica con una persona o grupo de personas, -
en un momento dado. Si no tengo lo que necesi -
to lo inventó". (Satir 1986).

Y es aquí donde el terapeuta tiene que ir más ---
allá de las técnicas. Al usar su propia persona el terapeu -
ta, se debe sentir cómodo en los diferentes niveles de par -
ticipación. En ocasiones tomará el puesto de uno de los -
miembros de la familia, por ejemplo el del padre, estable -



ciendo una alianza con el hijo, cuando el primero esta ausente, el terapeuta decidirá cual es la técnica que armonice con su meta terapéutica y con su comprensión de la familia. (Minuchin, 1990).

IZT.

Por supuesto que las limitaciones impuestas a la utilización de su persona como instrumento terapeutico, están determinadas por sus características individuales y los rasgos particulares de la familia con la que trate. En este caso nos referiremos a estas características individuales del terapeuta, las que forman parte de su personalidad. Para Whitaker y Bumberry (1990) es el mundo de valores y prejuicios que posee el terapeuta, lo que puede hacer que limite o faciliten su participación. Esto sugiere que todo terapeuta debe enfrentarse con la vida y con él mismo, antes que ofrecer terapia a otros. Debe tener acceso a sus propios impulsos, intuiciones y asociaciones. Tan sólo podrá ser capaz de llevar a su persona, y no sólo el uniforme de terapeuta al consultorio.

El terapeuta debe conocerse, para posteriormente poder utilizarse a sí mismo. No se debe buscar en los hechos externos, ya que la persona filtra y organiza estos "hechos" a través de sus mecanismos internos. Por lo que el terapeuta debe tener un conocimiento de su "yo" interno, para a través de éste ver a otro. El terapeuta familiar



tiene que comprender a su familia para poder entender a la familia de otro. (Ibid).

Para Whitaker y Bumberry, uno de los primeros -
indicios que le permiten ver al terapeuta las posibilidades
de trabajo con "x" familia, es la medida en que él puede -
identificarse con dicha familia. Lo que se puede tener como
un pronóstico respecto al grado de penetración que él logra
rá con la familia:

"Si realmente puedo verme en sus luchas, tenemos una probabilidad. Si en cambio, parecen demasiados diferentes, demasiado ajenos, tenemos un problema. Si nuestros mundos son demasiado diferentes, la colaboración de un coterapeuta que conozca más íntimamente el mundo de ellos puede ser -
invalorable. Una grave disonancia cultural no impide necesariamente la terapia, pero hay que tomarla en serio". (Ibid, pág. 49).

En este trabajo el terapeuta tiene que ser muy -
honesto en la confrontación personal con la familia. Si le resulta demasiado difícil el ocuparse de alguna familia, -
lo mejor es comunicárselos diciéndolo con esto el terapeu -
ta se involucrará en forma verdadera, además de mostrarles -
interés, ante lo cual la familia se sentirá más confiada -
y aceptará el viaje. El terapeuta debe participar en una ex

perencia real con la familia, en el que el objetivo no es tratar de cambiarlos, ni manipularlos, sino por el contrario enriquecer y mejorar la relación mediante la valiosa experiencia de la confrontación.

El terapeuta se sumerge en el campo familiar, evitando que ésta lo absorba, entrando, cambiándola y volviendo a salir después.

Por otra parte sobre las características del terapeuta, Rogers formuló una proposición teórica sobre las condiciones necesarias y suficientes para que se de el cambio terapéutico, Halkides retomo dicha proposición teórica poniendo al asesor como terapeuta, esto es en su investigación el dominio al terapeuta asesor. Halkides (1958) postulo la existencia de una relación significativa entre la capacidad de modificación constructiva de la personalidad del paciente y cuatro variables del asesor (Terapeuta):

- a) El grado de comprensión empática expresada por el asesor (Terapeuta) hacia el cliente;
- b) El grado de actitud afectiva respeto positivo e incondicional) manifestado por el asesor (terapeuta) hacia el cliente;
- c) El grado de sinceridad del asesor y la medida en que sus palabras son congruentes con sus sentimientos internos y
- d) El grado en que el componente de expresión afectiva del asesor concuerda con la expresión del cliente.

Se pudo comprobar que la terapia tenía mejores resultados cuando el asesor poseía un alto grado de comprensión empática. En forma análoga un grado elevado de respeto positivo e incondicional se hallaba asociado con tales casos. Lo mismo en la evaluación de la sinceridad o congruencia del asesor en lo que respecta a sus palabras y sentimientos. En el último punto referente a la correlación entre las intensidades de expresión afectiva del asesor y el cliente los resultados fueron muy ambiguos.

Esto quiere decir que la calidad de la interacción entre el asesor o terapeuta y el cliente o paciente se puede valorar sobre una muestra pequeña de su comportamiento.

Al poseer el asesor o terapeuta estas cualidades de empatía, coherencia entre sus palabras y sentimientos además de mostrar una aceptación incondicional por el cliente y comprender los sentimientos esenciales de este último y comprender los sentimientos esenciales de este último tal y como él los ve, entonces existe una gran probabilidad de lograr una relación de ayuda efectiva. (En Rogers, 1989).

Parece ser que estos factores se toman en consideración en casi todos los trabajos terapéuticos, y si bien se puede considerar que son aprendidos por el terapeuta, también forman parte de su personalidad. Como tenemos el caso de Virginia Satir quién posee una calidad humana, siendo

realista, intuitiva, congruente y positiva lo cual transmite a los demás, no sólo a sus pacientes. Lo que le ha asegurado una gran aceptación por la eficacia de sus técnicas y de su labor, además de su estimulante personalidad. (En Satir, 1990).

Otra de estas personalidades que ha ido más allá de la técnicas ha sido Milton Erickson. Quién poseía una calidez en su voz, y la convicción de que la gente, colocado en el contexto adecuado, podía recuperar las habilidades, perdidas. Tenía plena confianza en las posibilidades inherentes a la naturaleza humana. Sus técnicas fueron construidas sobre esa base. En los últimos años de su adolescencia enfermó de poliomielitis, quedando paralizado, por lo que pidió a su madre que colocara un espejo en lo alto de la pared de manera que pudiera observar las actividades de su casa. Observó como su hermanita aprendía a caminar y siguió en detalle los movimientos que hacía un niño pequeño para ponerse de pie en la cuna: y extender sus brazos sujetando los barrotes, estirar su cuerpo y reordenar la posición de los pies, los movimientos que en el adulto son automáticos. Entonces reflexionó en que el mismo, cuando pequeño, había aprendido todas estas complicaciones operaciones, en consecuencia, no tenía que aprender a incorporarse: sólo debía recordar. Eso lo llevó a pensar que en cada uno existía la posibilidad de hacer mejor las cosas. (En Minuchin, 1990).

Y es a partir de estas operaciones que Milton -
Erickson elaboró sus técnicas las cuales pueden ser considera-
radas por otros como cómicas, insólitas o mágicas, (Minu -
chin 1990). Erickson fué un terapeuta sabio amable y opti -
mista conocido por su labor y eficacia.

Se podría mencionar a otros terapeutas, no solo -
del enfoque sistémico, sino también de otros enfoques, pero
por la brevedad de espacio y tiempo, no es posible.

3.3. LA RESPONSABILIDAD Y EL ROL PROFESIONAL.

Es sumamente delicado el abordar el aspecto de la responsabilidad del terapeuta ante la familia. Es vista de que se trata de una área peligrosa por los supuestos implícitos, que subyacen en la posición que el terapeuta adopta. Cuando en mayor medida el terapeuta asume la responsabilidad, es menor su confianza en la capacidad del paciente para comprometerse como una persona competente. Esto es un error que el terapeuta debe evitar, la postura del terapeuta es la de ser receptivo a la familia sin ser responsable por ellos. Cuidando cualquier intento encubierto de parte de la familia de renunciar a la responsabilidad de su propia vida.

"En realidad, mi responsabilidad es impulsarlos para que acepten la plena responsabilidad de su vida." (Whitaker y Bumberry, 1990, pag. 50).

La responsabilidad clara del terapeuta es sobre el aspecto técnico y dinámico de la terapia. Tratando de conducir esta al cambio, creando las condiciones ideales para que se de un crecimiento real. Y es claro que la responsabilidad que toma el terapeuta es sobre las decisiones que debe adoptar en el transcurso de la terapia para lograr llevar a ésta al cambio (Ibid).

Desde luego que esto se logra con la completa colaboración de la familia, pues está en la familia la fuente real de poder e influencia.

Otro aspecto importante de la persona del terapeuta es el que se refiere a la responsabilidad profesional - lo que implica que el pertenecer a la comunidad de terapeutas, se compromete a promover una buena imagen de dicha profesión. Aquí entra en juego un modelo profesional más formal. Referente a la capacitación profesional que el terapeuta recibe, así como las ideas y valores que le son inculcados en libros cursos y supervisiones y los cuales siempre están en constante evolución A. P. A. 1965).

Este ejercicio está sujeto a un código de normas - que indica la manera en que el psicólogo o bien el terapeuta debe ajustarse a la prestación de servicios, la investigación la docencia, así como el uso de pruebas y métodos - de registro, medición y evaluación, (S.M.P. 1984)

En el presente capítulo no se profundizó en dicho código, sin embargo, es necesario considerar su repercusión en el ejercicio profesional.

Según Withaker, (1990) es indispensable el definir qué es un terapeuta. Y hay una serie de preguntas que

debe hacerse un terapeuta, como: ¿Cuál es su rol y su función? ¿Qué desea hacer? ¿Cómo decidirá? responder en diversas situaciones clínicas? ¿Cuándo dar de alta a una familia? y ¿Cuánto cobrar por el servicio?

Para el autor citado el rol del terapeuta es una especie de posición parental. Siendo esto actuando desde luego a nivel simbólico y no real. En este rol los límites son claros y están convenidos con franqueza. El terapeuta está dispuesto a trabajar y participar, pero retiene la opción de decidir cuándo desea salir. No es más que un compromiso temporal, en el cual hay dinero de por medio, lo cual pone de manifiesto que hay un acuerdo que no es totalmente altruista.

Otro aspecto relacionado con el rol, es el de la honestidad del terapeuta, que anteriormente se mencionó — pues el terapeuta cuenta con la libertad para ser franco con los miembros de la familia, sin emitir juicios de tipo valorativo, y sin caer tampoco en la intención de ser honesto para ser aceptado.

Los secretos es otro componente de esta estructura del rol. Entre los miembros de la familia no debe haber secretos. El terapeuta no es un depositario de secretos, — pues si así fuera estaría fomentando alianzas encubiertas,

que no permitirían el crecimiento de la familia. Por lo -
que no debe aceptar la confidencia de uno en prejuicio de-
los otros, la aceptación de un secreto suele tener un afecto
de tipo confesional, y no resulta fácil el ventilarlo -
y confrontarlo para los miembros de la familia.

El terapeuta tiene que lograr que cada miembro -
de la familia se comprometa emocionalmente entre sí, vivendo
experiencias reales y emocionales, y no dándoles -
enseñanzas educativas.

CONSIDERACIONES FINALES.

Las consideraciones finales de este trabajo es -
 tán encaminadas a aclarar los siguientes aspectos: Prime -
 ro como el marco teórico determina la forma de actuar del
 terapeuta, además de señalar como el termino de "Terapeu -
 ta modifica su significado según el enfoque teórico de que
 se trate. El segundo aspecto es el que corresponde a las -
 habilidades que el terapeuta debe tener. El tercero se re -
 fiere a la persona del terapeuta.

En los modelos tradicionales de práctica tera -
 péutica se ha usado una epistemología lineal, con una es -
 quema determinista de causa efecto. En el modelo psicoana -
 lítico y humanista el síntoma esta determinado por un trau
 ma o conflicto originado en el pasado y que fue relegado -
 al inconsciente permaneciendo reprimido, mientras que el -
 modelo conductual propone que la alteración de la conduc -
 ta es debida a causa del medio ambiente exterior.

Así pues, en estos modelos, el mal sintomático -
 es considerada una mal función debida a causas internas -
 o externas del organismo. Lo cual es contrario del concep -
 to central de la epistemología familiar sistémica, en la -
 que el concepto central es el pensamiento ciruclar, sien -
 do la familia considerada como unsistema, en elque los elee
 mentos interactuan entre si, además de con el exterior, -

en un proceso formando un circuito total recursivo que se transforma así mismo a través de la información preventiva del exterior.

La terapia familiar sistémica ofrece una modalidad de intervención diferente a los modelos tradicionales tanto en la forma de concebir, como en la forma de tratar la problemática humana:

La familia es considerada como un sistema vivo y abierto, el cual equivale a algo más que la suma de sus elementos, como totalidad. Como una entidad que se mantiene a sí misma. Encontrándose en una relación indisoluble la homeostasis o tendencia al no cambio y la tendencia, al cambio, las cuales se interrelacionan y equilibran los cambios ambientales provenientes del exterior.

En este enfoque el conflicto individual, también llamado "paciente identificado" como una manifestación del conflicto familiar. Por lo que la familia en su totalidad y unidad debe ser tratada.

El objetivo de la terapia familiar es: El establecer o restablecer el crecimiento familiar a través del cambio de su estructura. Haciendo un manejo del "aquí y ahora" aún que desde luego se toma en cuenta la historicidad del problema, realizando cambios más efectivos, en un menor

número de sesiones.

Al considerar el desempeño del terapeuta en los diferentes enfoques, tenemos el siguiente cuadro:

CUADRO: I

ENFOQUES: El concepto de hombre			
Psicoanálisis	Conductual	Humanista	Sistémicos
Criatura que responde a los instintos: de vida y de muerte, en conflicto constante entre sí y el mundo exterior.	Es una máquina orgánica, su conducta, esta determinada por las contingencias del medio ambiente exterior.	Es un ser, individuo en su totalidad y unicidad, con capacidad propia.	Como un organismo (sistema) dinámico con procesos en interacción mutua. Inmerso en otros sistemas mayores.
SE LE DENOMINA: Según el enfoque como:			
Analista	Modificador Conductual.	Terapeuta	Terapeuta
HABILIDADES Y CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA:			
Pasivo Subjetivo Controla la terapia Es rígido Sabe escuchar No se involucra.	Activo Objetivo Controla la terapia Es rígido Sabe escuchar No se involucra.	Pasivo No directivo Deja que la terapia fluya. Es flexible Sabe escuchar. Se involucra.	Activo Directivo Controla y guía la terapia. Es flexible Escucha. Forma parte del sistema Expontáneo.

Como se puede ver el papel así como las características que debe poseer el terapeuta sistémico, (ver cuadro) difiere de los modelos anteriores aunque existen algunas similitudes.

El papel del terapeuta es activo, esta en constante movimiento, enmarcando el aquí y ahora, aun que desde luego no olvida la historia del paciente. Es directivo desde el inicio de la terapia y durante el desarrollo de ésta.

Es considerado un modelo de comunicación para la familia, siendo una persona congruente en su actitud gestual y verbal. No somete a la familia a situaciones de doble vínculo y de llegar a hacerlo, lo realiza conscientemente con fines terapéuticos.

El terapeuta es flexible y responsable en su relación con el paciente y la familia. A diferencia de los otros modelos tiene la opción de estar adentro siendo parte del sistema terapeuta-familia, y al mismo tiempo estar afuera siendo impersonal e independiente.

- Es conciente de que el primer instrumento es él mismo como persona. El forma del sistema, terapéutico y participa con las mismas reglas del sistema, participando sin permitir que el grupo (familia) lo paralice.

- El terapeuta actúa de tal manera que modula las tensiones, angustias y las energías tanto positivas como negativas entre los miembros del grupo familiar.

- El terapeuta ubica a todos los miembros de la familia, entrando en contacto con cada uno de manera diferente según se trate del padre, la madre, etc. Al hacerlo adapta su lenguaje, su actitud, su estilo personal y experiencias, sin olvidar el respeto hacia las "reglas" particulares de cada familia lo mismo que su "jerarquía".

El terapeuta es ecuánime y paciente, al aclarar su posición puede colocarse como un experto o como un inexperto manifestando su ignorancia, según sea el caso. Esta flexibilidad del terapeuta para colocarse "ene down" ó "one up" da oportunidad al grupo de replantear su posición permitiéndose cambio a lo interno y externo del sistema familiar.

El Terapeuta no admite secretos, ni permite que el cliente imponga condiciones que podrían a la larga limitar su trabajo. Manteniendo siempre abierta su capacidad -

de maniobra, diseñando la estrategia según el caso, teniendo la posibilidad de decidir lo que es conveniente con libertad.)

El Terapeuta como persona:

- Integridad. Debe considerarse que el terapeuta como individuo tiene valores y creencias con respecto a las personas, las cuales desde luego influirán en su labor profesional. Por lo que es importante que el terapeuta piense que es factible y útil, el crecimiento y el cambio tanto de una persona como de toda la familia en beneficio de ellos mismos.

Este trabajo resulta muy delicado puesto que si bien el terapeuta puede impulsarlos, debe ayudarlos no a imitar su modo de vida, sino a que ellos mismos descubran sus recursos y posibilidades. Además de reconocer el hecho de que necesiten "ayuda" a eso no implica que el estilo de vida el terapeuta sea superior al de ellos.

El terapeuta y la familia forjan juntos el cambio, no es el terapeuta el que posee la capacidad para cambiarlos, como algo mágico, como en el modelo psicoanalítico. En el enfoque sistémico, el terapeuta muestra su condición humana, sus limitaciones, revelando sus vivencias.

El terapeuta tiene una labor muy importante, en la cual tiene que ser honesto con sus valores con sí mismo, antes de con los demás, el tiene que estar desarrollando constantemente su propia persona, su humanidad y madurez.

Si el terapeuta ama su profesión, esto ayudará a que el valla más allá de la simple aplicación de las técnicas, pues su acción será encauzada a través de él mismo como persona.

El terapeuta tiene la responsabilidad del tratamiento pero, a su vez tiene que permitir a cada miembro de la familia el ser responsable por él mismo. La primera se refiere a la responsabilidad profesional, lo que asegura una buenaimagen ante el paciente, no solo del terapeuta, sino de la profesión en general, y la segunda que implica el hecho de no quitarle responsabilidad a la familia.

Por una parte el terapeuta debe sujetar su quehacer profesional o un código de normas éticas, que aseguren un mayor profesionalismo y reconocimiento tanto dentro de la misma profesión como fuera de esta. Y por otro es recomendable que el terapeuta se someta a un proceso terapeutico lo que le ayudará a conocerse tanto a nivel de re-

cursos como defectos que pueden obstaculizar su capacidad de ayudar a otros. Sin olvidar desde luego la necesidad de supervisión del terapeuta, por un terapeuta más experimentado cuando este es novel en la profesión. En algunos casos es sumamente difícil el que un terapeuta reciba su supervisión, por las condiciones económicas ya que es caro y resulta también difícil encontrar alguien que tenga tiempo para realizarla y que este debidamente preparado, por lo que una posible alternativa sería el filmar en video tape las sesiones para analizarlas e ir las mejorando.

Por la brevedad del trabajo, y el tiempo no fue posible el dar una visión más amplia de los enfoques psicoanalítico, conductista y humanista sobre todo en lo que respecta a diferencias y similitudes más específicas a sus cambios y evolución histórica dentro de la psicología clínica. Lo que podría ser tema de otro trabajo.

Otro aspecto muy importante para el ejercicio profesional es el conocimiento e incluso la formación ética a nivel profesional, a la cual se le debe dar un mayor crédito.

BIBLIOGRAFIA.

- Ackermans, A. y Andolfi M. La Creación del Sistema Terapéutico. Ed. Paidós, España 1990.
- Andolfi, M., Terapia Familiar, Ed. Paidós, Argentina, 1985, cap. I, II y IV.
- Bertalanffy, L. V. Teoría General de los Sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1948, cap. I y II.
- Eguiluz, L. de L. y González, M. S. Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar, E.N.E.P.I. México, 1988.
- Eguiluz, L. de L. Trabajo de Tesis para el Posgrado de Maestro en Terapia Familiar que Otorga la U. de las Américas A. C. México, 1991.
- Fish, R., Weakland, J. y Segal. L. La Táctica del Cambio Como Abreviar la Terapia. Ed. Herder, Barcelona, 1984, cap. I, II y III.
- Fishman H. Ch. y Rosman B. L. El Cambio Familiar: Desarrollo de Modelos, Argentina, Ed. Gediza, 1986, cap. 18 y 19.
- Freud S., Obras Completas, España Biblioteca Nueva, 1917, Vol. II pag. 1533-1575.

- 79
- Fromm, E., La Crisis del Psicoanálisis Ed. Paidós México - 1990.
 - Fromm-Reichmann, F., La Personalidad del Terapeuta, Edo. - Paidós, Argentina, 1977.
 - Garfield, S. Psicología Clínica. El Estudio de la Perso - nalidad y la Conducta, Ed. El Manual Moderno, México 19 - 79, cap. I, VIII y IV.
 - Haley J. Terapia no Convencional. Las Técnicas Psiquiátri - cas de Milton H. Erickson, Ed. Amorrortu, Argentina, 1988.
 - Harrsch, C. El Psicólogo, ¿ Que hace? Ed. Alambra, México 1985.
 - Held, R., Problemas Actuales de la Cura Psicoanalítica Ed. Amorrortu, Argentina, 1975, cap. I y II.
 - Hernández R. M. Juárez J. B. y Ortiz R. E., Terapia Fami - liar Sistémica, Revisión Teórico Práctica, E.N.E.P.I. Mé - xico 1990.
 - Hoffman, L., Fundamentos de la Terapia Familiar, Un Marco - Conceptual para el Cambio de Sistemas. Ed. Fondo de Cultu - ra Económica, México, 1990 pag. 11-22; 314-319.
 - Kazdin, A. E. Modificación de la Conducta y sus Aplicacio - nes Prácticas, Ed. El Manual Moderno, México, 1978 cap. - I, IV y V.
 - Lafarga, C. J. y Gómez del C., J. Desarrollo del Potencial Humano, Aportaciones de una psicología Humanista. Ed. Tri llas, México 1982.

- Matson F. W. Conductismo y Humanismo, ¿ Enfoques antagónicos o Complementarios? Ed. Trilla, México, 1984, cap. I y II.
- Millenson, J. C. Principios de Análisis Conductual, Ed. Trilla, México, 1976, cap. I, II y III
- Minuchin, S. y Fishman, Ch., Técnicas de Terapia Familiar Ed. Paidós, Argentina, 1990, cap. I y V.
- Palazzoli, M. S. y Boscolo, L. Paradoja y Contraparadoja. Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia con Transacción-Esquizofrénica. Ed. Paidós España, 1988, cap. I II y V.
- Ribes, I. E. Fernández G. C., Rueda B.M. Talento C. M. y López V. F., Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología, Un Modelo Integral, Ed. Trillas, México, 1986, cap. I y IV
- Rimm, D. C. y Masters, J. C. Terapia de la Conducta Técnicas y Hallazgos Empíricos, Ed. Trilla, México, 1980 cap. I y II.
- Rogers. C. R., El Proceso de Convertirse en Persona, Ed. Paidós México, 1989, cap I, II, III y IV.
- Satir V. Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar, Ed. Pax México, Librería Carlos Césarman, México, 1990.
- Watzlacick, P. Weakland, J. y Fish, R. Cambio Ed. Herder, Barcelona, 1985, cap. I a III.

- Wendorf J. D; Wendorf J. R. A Systemic View of Family Therapy Ethics, Family Process, Volumen 24, No. 4, December - 1985.
- Whitaker, C. A. y Bumberry, W. M. Danzando con la Familia- Un Enfoque Simbolico Experiencial. Ed. Paidos, Argentina,- Ed. Paidos, Cap. II y III, 1990.
- Wolpe, J. Práctica de la Terapia de la Conducta, Ed. Trillas, México, 1977, cap. I. II y III.
- Yates, A. J. Terapia del Comportamiento, Ed. Trillas, México, 1977.