

31966

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTEMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
CLARA EDITH MARTINEZ JUAREZ

DIRECTORA DE REPORTE:

PRESIDENTA MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE EXAMEN:

TITULAR: DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO

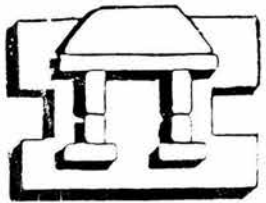
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

TITULAR: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ M.

SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

SUPLENTE: MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX. SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Campus Iztacala

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CLARA EDITH MARTÍNEZ JUÁREZ

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY.
JURADO DE EXAMEN: TITULAR: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO.

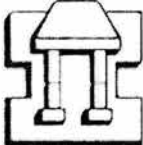
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO.

TITULAR: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA.

TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ M.

SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO.

SUPLENTE: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO.



LOS REYES IZTACALA EDO. DE MÉXICO SEPTIEMBRE DEL

En vez de descubrir la verdad,

la tarea del psicólogo es la de

transformar una vida

Jerome Bruner

DEDICATORIA

Gracias Dios por darme la dicha de vivir a través de mis padres, por la familia tan hermosa que me has dado, por tu compañía, amor y bendiciones que me has regalado; guarda mi corazón cerca de ti y guíame día con día.

A mis queridos padres: Ezequiel y Jovita con toda mi admiración, por su ejemplo de valor y amor incondicional, el cual ha sido mi aliciente, gracias por el apoyo brindado a cada momento.

Los amo.

A mis estimados hermanos: Octavio, Claudia y Liliana, por su apoyo, comprensión y los momentos compartidos, agradezco a Dios por estar conmigo y formar una linda familia.

Los quiero mucho.

A mis lindos sobrinos: Sergio, Paulina, Raúl, Karen, Arisaid, Alan y Pablo; por todo el cariño, alegría que dan a mi vida y los momentos felices que hemos compartido. Deseo que el presente trabajo sea un aliciente a seguir en su vida profesional.

Especialmente a la memoria de mi querida abuelita. Anastasia, tienes un lugar especial en mi corazón.

A mi tía Antonia por el apoyo brindado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada una de las personas que contribuyeron en mi formación como Terapeuta Familiar Sistémica.

A mi tutora Ofelia Desatnik

Por el apoyo, compromiso y orientación brindados durante mi proceso de formación; por la dedicación y retroalimentación atinada de una visión sistémica en la realización de este Reporte de Competencias Profesionales que juntas fuimos construyendo.

A Mar, por su apoyo y solidaridad mostrada durante mi formación como Terapeuta Familiar, por su compromiso y afecto brindado para conmigo.

Al grupo de supervisoras y docentes gracias por transmitirme sus conocimientos, a través de su estilo de hacer terapia me dieron la oportunidad de enriquecerme, tener una visión diferente de mirar a la Terapia Familiar Sistémica.

A mis compañeros de residencia porque juntos compartimos experiencias profesionales y aun más significativas las de nuestras propias vidas.

A cada una de las familias que a través de sus historias me permitieron crecer y confirmar mi labor en la terapia, gracias a su confianza.

A mi querida Universidad Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que nuevamente me abre sus puertas y me acoge en este nuevo proceso de formación profesional. Me llena de orgullo pertenecer a mi máxima casa de estudios.

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN JUSTIFICACIÓN	3
I. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	5
1. Características del Campo Psicosocial.	6
2. Principales Problemas que Presentan las Familias. .	7
3. Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como Alternativa para Abordar la Problemática Señalada.	13
4. Caracterización de la Entidad y Sedes donde se Realiza el Trabajo Clínico.	15
5. Descripción de los Escenarios Clínicos.	15
Clínica de Terapia Familiar en FES Iztacala.	16
Clínica Familiar de Tlalnepantla. ISSSTE.	16
Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.	17
6. Análisis Sistémico de los Escenarios Clínicos.	17
7. Forma de Trabajo.	25
II MARCO TEÓRICO	31
1. Terapia Familiar Sistémica.	36
2. Teoría de la Comunicación Humana.	37
3. Teoría General de los Sistemas.	40
4. Cibernética.	43
5. Modelos de Terapia Familiar Sistémica.	45
Modelo Estructural. .	45
Modelo Estratégico	53
Terapia Breve Centrada en Problemas.	56
Terapia Breve Centrada en Soluciones.	59
Modelo de la Escuela Milán.	64
6. Posmodernismo.	67
Terapia Narrativa.	71
Equipo Reflexivo.	75
7. Intervención en Red.	77

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	80
1. Análisis y Discusión Teórico Metodológica de la Intervención Clínica con Familias.	80
Caso. 1	82
Caso. 2	90
Caso. 3	100
Caso. 4	110
2. Análisis del Sistema Terapéutico Total.	126
3. Habilidades de Investigación.	130
4. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento.	135
Elaboración y aplicación de videos didácticos	135
Elaboración de Manuales de Técnicas	137
5. Presentación de Programas de Intervención Comunitaria.	138
Diseño y aplicación de talleres.	138
Taller “La afectividad de los niños en su proceso educativo”.	139
Taller “Comunicación no Violenta”.	140
Taller “Prevención del Abuso Sexual al menor” a través de un video.	141
6. Asistencia a Talleres y Eventos de Difusión.	142
IV: HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL	145
1. Integración de las Consideraciones Éticas de la Práctica Profesional.	145
V. CONSIDERACIONES FINALES	150
BIBLIOGRAFIA	154
Anexo.	160

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia, el grupo social que ha tenido un papel muy importante para el desarrollo del hombre ha sido la familia. Al vivir en sociedad y/o formar grupos sociales, el hombre va encontrando la forma de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y emocionales que le permiten el desarrollo de sus capacidades y una plena realización y participación dentro de ella.

En la actualidad, las familias con problemas se encuentran en cualquier estrato social y las relaciones familiares se encuentran en conflicto; el aumento de la población, el desempleo y la crisis económica han favorecido situaciones y actitudes que conducen a dinámicas familiares inadecuadas, por lo que han obligado a centenares de personas a acudir a diferentes instituciones públicas y privadas buscando ayuda psicológica. (Robles, 2000, citado en Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica)

Desde diferentes momentos en la historia de la Psicología se han desarrollado diversas aproximaciones teórico-filosóficas para la comprensión y explicación del ser humano, de su problemática, para ver probabilidades de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio social en el que se encuentra inmerso; también para buscar y alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental, social y emocional. En el campo de la psicología clínica es donde se han buscado las alternativas y medios para su intervención.

El enfoque Sistémico y específicamente la Terapia Familiar Sistémica surge como una alternativa favorable para explicar e incidir en las relaciones del grupo familiar y de los seres humanos.

Para Hoffman (1981) el movimiento familiar inició cuando por primera vez se observaron personas con comportamientos sintomáticos en su núcleo familiar y no en el consultorio médico, iniciándose así el trabajo clínico, la observación en vivo con familias en investigaciones formales o informales en el hogar; durante el decenio de 1950, se hizo por

primera vez visible el marco familiar de los desórdenes psiquiátricos. “No había terapia del padre ni de la madre ni de la familia, ni primera entrevista de Terapia Familiar” (p. 26).

Para Andolfi y Zwerlin (1993) la Teoría Familiar Sistémica es considerada un “arte de curar”; mencionan que fue una “semilla plantada, en un inicio de forma vacilante que comprende la idea de efectuar cambios en los individuos por medio del cambio de la estructura y la función familiar, utilizando técnicas aplicadas a las unidades familiares globales, teniendo como finalidad describir y transformar la conducta humana” (p. 15).

El movimiento de Terapia Familiar tiene sus inicios al final de los años 40 y principios de los 50, teniendo como tentativa buscar métodos de terapia más eficaces en los casos de graves trastornos emocionales. Este nuevo campo comienza a desarrollarse a partir de la Segunda Guerra Mundial, principalmente en Estados Unidos; en ese momento, el país pasaba por el conflicto con Corea y la bomba atómica, ante el incremento de enfermos psicóticos y el aumento de desórdenes emocionales; estos desórdenes fueron encontrados principalmente en excombatientes e integrantes de sus familias. La Psiquiatría era una especialidad atractiva, y el Psicoanálisis ya estaba surgiendo en las escuelas de Medicina, sin embargo ambas disciplinas (la Psiquiatría y el Psicoanálisis) no daban la respuesta esperada ante estos desórdenes que iban en incremento (Andolfi, 1993).

El desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica tuvo sus inicios de la labor de investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y Auerswald en la Escuela Wiltwyck, en Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto, por mencionar algunos. Llegaron a ser la “espinas dorsal de un nuevo y creciente movimiento de prácticas e ideas”; todos ellos se concentraron en el estudio de las propiedades de la familia como sistemas, haciendo énfasis en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar a equilibrar o desequilibrar al sistema. Al considerar una forma diferente de abordar el comportamiento enfocando las relaciones de la gente cara a cara en grupos vivos (Hoffman, 1981, p. 27).

Así, la Terapia Familiar Sistémica nació como respuesta alternativa a las limitaciones que desde siempre y hasta ahora, han llevado los tratamientos individuales de las personas que padecen algún tipo de desequilibrio emocional que afecta el curso de sus vidas. La historia de la Terapia Familiar Sistémica es relativamente corta, pero a su vez, intensa y llena de esperanza en un futuro más humano para la comprensión y tratamientos psicológicos.

Es esencial hacer ver que desde dos disciplinas, la Psicología y la Psiquiatría, se concluye que es importante tratar con la persona no de manera aislada, sino en su contexto natural y social donde lo que hay que enfocar es la interacción. Se puede ver que en la actualidad, cada vez más los consultorios médicos se encuentran saturados de personas afectadas por trastornos relacionados con el estado de ánimo: estrés, depresiones, psicosis, fobias, por lo que, la necesidad de atender al individuo y a su familia es cada vez más creciente; la Terapia Familiar viene a ser una nueva alternativa de atención al individuo a partir de su sistema familiar, bajo un esquema de intervención dinámico y relacional (Althaus, 2000).

Desde esta postura, se reconoce la importancia que la Terapia Familiar con enfoque Sistémico tiene en el tratamiento e intervención del ser humano y la familia en su contexto.

De ahí que estos antecedentes reflejen la importancia de generar programas de formación para terapeutas familiares que desarrollen habilidades y competencias clínicas desde perspectivas que tomen en cuenta a la persona en interacción en su contexto familiar y social, así como la comprensión de los significados que estén asociados a las relaciones familiares, su problemática y sus recursos.

En este sentido, la UNAM ha incorporado al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, la Residencia en Terapia Familiar que se imparte en dos entidades académicas: Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI); el presente reporte se inserta en el marco del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM y en particular de la Residencia en Terapia Familiar impartida en la FES Iztacala.

A continuación se hará mención del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

I. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

1. Características del Campo Psicosocial.

El surgimiento de la Terapia Familiar promovió una manera nueva y diferente de entender el comportamiento humano, tanto en su adaptación como cuando revela problemas de relación: los terapeutas familiares proponían y proponen que los problemas psicológicos se desarrollan y/o se mantienen dentro del contexto social de la familia; esta perspectiva contextual cambió la manera de ver para enfocar el origen de los problemas y el modo de intervenir: desde el mundo interno e individual (psicoanálisis) o externo e individual (conductual) hacia la interacción familiar. Si los modelos analítico, conductual y médico-biológico defienden una causalidad lineal de los trastornos comportamentales y de las enfermedades humanas, el modelo sistémico hace hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento con su contexto socio-cultural, especialmente intensa y vinculante dentro de los sistemas familiares.

Por otro lado, los responsables de la formación y entrenamiento de los estudiantes en el área de la salud siguen planteando el saber bajo premisas rígidas y de corto alcance, que impiden al futuro profesional contemplar al ser humano de forma más completa e interrelacionada con su mundo en interacción, ya que se tiene la vieja costumbre de parcializar y dividir todo aquello que nunca debería separarse para poder ser comprendido. Así pues, nuestras limitaciones se hacen más que evidentes cuando pretendemos observar y analizar los sucesos de una forma integral, que nos permita captar las múltiples interrelaciones que se dan en cualquier hecho inherente a la vida.

2. Principales Problemas que Presentan las Familias.

En la actualidad sigue existiendo una gran preocupación social por mantener la unidad familiar y apoyarla en diversos aspectos (afectivo-emocional, social, económico, legal, médico y escolar entre otros), existiendo una gran inquietud por parte de padres, terapeutas familiares, y profesionistas de diferentes áreas, por comprender el malestar manifestado de la juventud, el aumento de divorcios, la delincuencia juvenil, la drogadicción, la deserción escolar; se hace innegable que la familia enfrenta diversas crisis, pues una gran gama de problemas sociales surge o recae en la familia (Herrejón, y Velasco, 1991).

Concretamente se puede ver que nuestro país enfrenta tres grandes problemas: la pobreza, la salud y la educación; ante esto y derivado de la problemática, cuando el ser humano llega a tener un deterioro en sus condiciones de vida, se hace necesaria la intervención de diversas disciplinas, que incidan cada una en el campo que le compete, tal es el caso de la Psicología.

De los grandes problemas nacionales existen otros más específicos, como son: el gran número de casos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes de trabajo, discriminación laboral, delincuencia, suicidio, violaciones, desintegración familiar, violencia a la mujer y violencia familiar (Ulloa, 1997).

Con base en investigaciones realizadas por Pastrana (2001) se menciona que a nivel mundial ninguna sociedad se escapa de la violencia dentro de la familia: en Estados Unidos, cada nueve segundos se produce una agresión física a una mujer por parte de su compañero íntimo. En Inglaterra, se calcula que en una de cada dos parejas existe maltrato. En el mundo es una por cada tres. En España, 30 mujeres mueren cada año en manos de sus parejas.

Se puede ver que la violencia dentro de la familia es apenas desde hace un par de décadas tema de estudios sociales, aunque se trate de uno de los males más viejos de la humanidad, ya que la violencia en el seno de la familia ha existido siempre en diversas formas, pero sólo en el último decenio se ha reconocido que los abusos representan un grave problema, tanto por su magnitud como por sus consecuencias. Se estima que sólo 4 de cada 10

mujeres maltratadas recurren a la denuncia penal y de éstas sólo 3 logran iniciar un procedimiento formal. Aunque no existen datos que permitan cuantificar la violencia intrafamiliar a nivel nacional, se cuenta con información de distintas fuentes que reporta que las mujeres víctimas de violencia la reciben principalmente de su pareja; también se sabe que la gran mayoría de las víctimas de delitos sexuales son mujeres.

Una encuesta reciente en el Distrito Federal realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000), muestra que la violencia intrafamiliar tiene lugar en 30.4% de todos los hogares - casi uno de cada tres - en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. El maltrato emocional ocurre en casi todos estos hogares y el abuso sexual en 1.1%. Sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% espera que se repita la violencia.

En términos cuantitativos en México nos encontramos en la media mundial: una de cada tres familias sufre algún tipo de violencia. Los agresores generalmente son los hombres (85.3). En 99% de los casos hay maltrato emocional y en 16% intimidaciones.

De 11% de los casos que reportan violencia física, 42% son golpes con el puño, 40% bofetadas, 23% con objetos, 21% patadas.

Se puede ver que más allá de las estadísticas, los estudios muestran que se trata de un fenómeno mundial, profundamente arraigado y con una enorme complejidad social y cultural.

Las investigaciones demuestran que la gran mayoría de las agresiones sexuales son perpetradas por hombres y que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior, que por cualquier otra persona.

Con base en el trabajo de organismos internacionales y las redes de mujeres se han ido abriendo espacios en el mundo de la violencia hacia las mujeres, dando cuenta de ello.

La violencia de género, en mujeres de 15 a 44 años, provoca más muertes e incapacidades que el cáncer, el paludismo y los accidentes de tráfico (Banco Mundial, 1993, citado en Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica).

Cada año, 2 millones de niñas entre 5 y 15 años son introducidas en el mercado sexual (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2000, citado en Pastrana 2001).

Según la ONU cada año son vendidas en Europa alrededor de 500 mil mujeres para prostitución.

En México el 30% denuncia al menos un episodio de violencia física de un compañero. En los países latinoamericanos hay 6 millones de niños maltratados, de los cuales cada año mueren 80 mil a consecuencia de las lesiones (Banco Mundial, 1997, citado en Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica).

En México hasta ahora los datos más precisos son los que arroja la encuesta de la opinión pública.

Si bien algunas encuestas revelan que en la mayoría de los países no se ha identificado ni prestado apoyo a la mujer que experimenta violencia en el hogar, varios estudios han revelado que la vergüenza o el temor de represalias suelen impedir que la mujer denuncie un ataque a las autoridades o incluso que hable con amigos al respecto.

Otro estrato vulnerable dentro de la sociedad es la población de niños y adolescentes; debido a las diversas crisis económicas por las que ha venido atravesando México desde hace décadas y la desigualdad social, han provocado un aumento en el número de niños y adolescentes que deben contribuir al ingresos familiar o que deben sostenerse solos trabajando en las calles. Esta situación, agravada por el todavía elevado crecimiento de la población de menores recursos y por la emigración del medio rural al urbano, se ha convertido en una preocupación creciente para las autoridades, para los profesionales de las ciencias sociales y de la salud, así como para diversos sectores de la sociedad.

Los trabajos elaborados en los últimos 20 años señalan el elevado riesgo del uso de drogas entre los menores trabajadores, asociado a factores que aumentan su vulnerabilidad durante su infancia temprana como en su deambular por las calles.

Por esto muchos menores que fueron maltratados quedan afectados y al crecer se convierten en delincuentes; otros al no soportar la violencia que viven en su casa, la abandonan, pero en la calle son “doblemente victimizados” (Flores, citado en Ortiz, 2001).

La Secretaría Técnica del Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (CEPAVI) sostuvo que más del 90 por ciento de los delincuentes que se encuentran en el centro de readaptación, tienen problemas de desintegración familiar, violencia intrafamiliar física, emocional, sexual o patrimonial, no siendo los únicos en su familia que se dedican a la delincuencia; sin embargo responsabilizar únicamente a la familia sobre los problemas de adicción o delincuencia no es lo más indicado, ya que éste es un asunto psicosocial múltiple.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) realizaron en 1998 un estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades del país, en los que se encontró que la proporción de niños que consumen drogas va en aumento con la edad: entre los 6 y 9 años de edad sólo 2% las ha probado, entre los de 14 y 15 años de edad un 7% y cuando tienen 16 y 17 años la proporción llega al 15%. Los inhalables, son las drogas que se consumen preferentemente antes de los 15 años; los mayores de esa edad siguen usándolos pero prefieren la marihuana, en tercer lugar la cocaína que comienza a consumirse a partir de los 13 años (Secretaría de Salud, 2000).

La violencia doméstica que afecta a niños y mujeres principalmente, es uno de los aspectos que actualmente preocupa más a diferentes profesionales de la salud. La violencia que se ejerce contra la mujer no distingue grupos socioeconómicos, edad, regiones geográficas o niveles educativos; se observa en las calles, en el ámbito laboral, escuela, y más aún en el seno familiar.

Las manifestaciones de violencia más frecuentes son:

- Física, golpes en el cuerpo, golpes en la cara, la limitación en el gasto, y la reclusión;
- Sexual se presenta la violación, el hostigamiento y las agresiones a la sexualidad de la mujer
- Verbal emocional, el maltrato se da a través de los gritos, insultos, burlas, comparaciones, amenazas y groserías.

Existen resultados de encuestas sobre violencia en la familia, realizados por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC) en 1995, (citado en Ortiz, 2001) muestra que los niños (61.2%) son quienes sufren con mayor frecuencia maltrato físico o mental, le siguen las madres (20.9 %) y las demás mujeres de la familia (9.7%) entre las que se encuentran las hijas, cuñadas, primas y demás.

Otra fuente que da información respecto a la situación del maltrato son las estadísticas de divorcios de 1997 que publica el INEGI, (2000): se registraron 1,741 divorcios relacionados con situaciones de maltrato; de éstos 77.3% fueron solicitados por mujeres.

Entre las situaciones conflictivas que se están dando con mayor frecuencia en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar, están los intentos de suicidio y los suicidios consumados; los intentos de suicidio son llamadas de atención que deben ser atendidas oportunamente, son conductas que hacen referencia a un problema de salud mental que afecta directamente a la familia y a sus miembros, así como al ámbito psicosocial (INEGI, 2000).

Se puede observar que hay una preocupación nacional e internacional por las diversas situaciones mencionadas, que reflejan implicaciones sociales y políticas que repercuten en la familia, siendo un asunto de interés público, que ha conducido en la última década a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en el apoyo a la familia en los diferentes niveles de atención: prevención, intervención y

rehabilitación. (citado en el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, UNAM, 2001)

En la última década, se creó el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) en el DF, el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI), con 22 enlaces en los estados, y se emitió la Norma Oficial Mexicana contra la Violencia Intrafamiliar.

En el caso de México, explica Azuara (citado en Pastrana 2001) es alentador que cada vez haya más instituciones dedicadas a la atención de las mujeres y se tengan más elementos jurídicos, sin embargo todavía falta mucho por realizar. Otro de los esfuerzos en el caso concreto de la UNAM, es la creación de espacios formativos para los profesionales en el campo clínico y de salud como lo es el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, con el que se pretende dar respuesta a la diversa problemática a la que se enfrenta la familia (alcoholismo, drogadicción, bajo rendimiento escolar, maltrato físico, verbal, emocional, depresión, abuso sexual, entre otros) siendo atendidas un promedio de 80 familias en los periodos del 2001 al 2003, en la FES Iztacala y en las dos sedes donde se participó.

Si bien dichos problemas han sido abordados por los profesionales del campo de la Psicología, ya sea en la práctica clínica, en instituciones de salud privada o pública (clínicas, hospitales, escuelas, reclusorios) y aunque los servicios de salud aumentan, es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades de salud y los recursos humanos y materiales disponibles para hacerles frente. Por lo anterior, se hace necesaria la formación de personal capacitado, comprometido y que haga frente a la problemática demandada por la población. En el caso de los problemas psicológicos, es indispensable la formación de psicoterapeutas competentes que propongan alternativas de solución efectivas que den respuesta a los cambios que dentro del ámbito familiar se generan, ya sea en la familia como unidad o en sus miembros en relación con su contexto.

Aunque también en otros países ocurre, en el caso de México, de acuerdo al INEGI (1998) la familia ha tenido que reorganizar y ejercer nuevos roles para contrarrestar situaciones de crisis, como en el caso de la situación económica que se vive, lo que ha provocado que muchas familias adopten estrategias de adaptación para la organización interna del grupo

familiar. Al mismo tiempo hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se ha ampliado. En particular, las responsabilidades de las mujeres se han incrementado cuando no se dan los ajustes al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles y relaciones entre los géneros. La ruptura de los vínculos familiares ha llevado a que niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, que dejen de asistir a la escuela, ya que viven en condiciones desfavorables, se exponen a riesgos como la drogadicción, la explotación, la delincuencia, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Con base en lo anterior, es esencial, el apoyo y atención ante la diversa problemática y necesidades que se presentan en el ámbito familiar y social. Una de las alternativas para abordar las problemáticas ya mencionadas es la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

3. Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como Alternativa para Abordar la Problemática Señalada.

Así como todo organismo humano, la familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo, por lo que todo tipo de tensión se origina por cambios dentro de la familia, ya sea intra sistémicos, o externos a ella como mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, que vendrán a influir en el sistema de funcionamiento familiar y requerirán un proceso de adaptación que repercutirá en una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia por un lado y de consentir el crecimiento de sus miembros por otro.

Hay abordajes tradicionales que enfocan al miembro sintomático, mientras que la Terapia Familiar desde una visión Sistémica enfoca a toda la familia, ya que el problema no es de una persona si no que está conectado con las interrelaciones que se están viviendo. Se ve al individuo como una parte del sistema más amplio que es la familia; esta perspectiva cambia los modelos usados para explicar la conducta del individuo; se considera que la conducta no es independiente de las condiciones ambientales, El individuo y la familia en su conjunto están determinados por las reglas de comunicación e interacción aplicables en el sistema

familiar; así como por la estructura de la familia, por el tipo de relaciones recíprocas que existen entre los miembros de la familia (Bateson y Jackson, 1971; Watzlawick, 1984; Simón, 1984, citados en Sánchez, 2000).

En este sentido, la Terapia Familiar intenta incidir en el manejo de la problemática familiar desde una visión interaccional, en la que exista una corresponsabilidad en las relaciones dentro de la familia y en las posibilidades de cambio. En la conceptualización y en el abordaje de esta problemática se amplió el foco de visión y de acción, lo que al tomar en cuenta el contexto en el que se encuentra interactuando la familia, permite alternativas distintas al manejo de su problemática.

Sánchez (2000) argumenta que la Terapia Familiar Sistémica representa una alternativa porque es una forma de ver al sistema completo y no al individuo como portador de un problema único (síntoma) que representaría mucha responsabilidad; las Terapias Posmodernas han aportado también a la comprensión de que hay muchas formas de ver la realidad basadas en la diversidad de significados que construimos, de lo que se deriva que hay muchas formas de vivir esta realidad, lo que ha abierto la posibilidad de que pueda haber diferentes formas de ser familia, diferentes formas de vivir condiciones específicas, de ver la realidad, de abordar el problema, ampliando la visión y conciencia de la familia.

Herrero (1996, citado en López, 1998), menciona que el aporte terapéutico de las Terapias Posmodernas, tanto en su base epistemológica como en los criterios técnicos de intervención terapéutica, permite que en el proceso de terapia el individuo y la familia sean susceptibles de reconocer la percepción del otro como válida y permite al terapeuta recorrer esos caminos junto con la familia o el consultante, posibilitando así el reencuadre de la realidad. No se proponen soluciones dadas ni recetas: el hombre transforma su mundo, transformándose él desde la perspectiva de su "realidad".

4. Caracterización de la Entidad y Sedes donde se Realizó el Trabajo Clínico

La presencia de los terapeutas familiares dentro de los ámbitos, clínico, escolar y comunitario llega a tener cada vez mayor relevancia, al ir ganando espacios en los cuales poder incidir. Esto lleva a que ocupe un lugar de trabajo social comunitario en las instituciones, por lo que se hará mención del trabajo terapéutico clínico realizado en los diferentes escenarios clínicos que tiene a su cargo la entidad de la FESI.

5. Descripción de los Escenarios Clínicos.

El Programa de Maestría en Psicología de la UNAM con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se imparte en dos entidades académicas: Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en las que se imparte el programa desde el año 2001; en la presente descripción se abordará la entidad académica de la FES Iztacala y se hará mención de las diferentes sedes en donde se realizó el trabajo clínico terapéutico con familias.

Existen tres escenarios clínicos: la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, perteneciente a la División de Investigación y Posgrado, la Clínica Familiar de Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Ceylán; el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCHA) que han sido las instancias para el trabajo clínico aplicado en la intervención con familias, parejas e individuos atendidos desde una visión terapéutica familiar sistémica y posmoderna.

A continuación se hará una descripción sistémica de cada uno de los escenarios en que se dio la atención terapéutica con las familias y la manera en que se organizó el equipo de residentes y supervisoras de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Clínica de Terapia Familiar en FES Iztacala

El Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica se insertó por un tiempo en las instalaciones de la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) haciendo uso de una de las cámaras de Gesell; el servicio se inició en febrero del 2002. Posteriormente se creó un cubículo de doble vía de observación, con equipo de sonido, (cámara de video, videograbadora, interfón, teléfonos y televisión), sala de espera, contando con las condiciones favorables para la realización del trabajo, que pertenece a la División de Investigación y Posgrado.

La Clínica de Terapia Familiar Sistémica ocupa un lugar en el Posgrado, donde está incorporado el programa de Maestría en Psicología que pertenece a la División de Investigación y Posgrado de la FESI. Para la canalización de las familias, se tuvo que hacer conexión con otro subsistema de la FESI que es la CUSI, y con sistemas externos a la Facultad, como secundarias, y otras instituciones cercanas a la Universidad. Asimismo se ofrece el servicio a la comunidad universitaria, personal administrativo, profesores y alumnos.

Clínica Familiar de Tlalnepantla. ISSSTE

En esta clínica se ha ofrecido servicio de Terapia Familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar (División de Educación Continua UNAM FES Iztacala). La institución estuvo de acuerdo en aceptar la propuesta de establecer un convenio formal para que los residentes del Programa de Maestría lleváramos a cabo la práctica supervisada con familias, una vez que las supervisoras acordaron con el director y subdirector de la clínica dando el servicio correspondiente, en el turno matutino, utilizando las instalaciones del área de Psicología de dicho lugar, los aparatos eléctricos como videograbadora, cámara de video y televisión fueron llevados por los residentes.

Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.

La atención de los residentes y el trabajo del equipo de supervisión de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica se dio en esta sede mediante el acuerdo establecido con el director general de los Colegios de Ciencias y Humanidades, a través de la Secretaria Estudiantil de esta Institución, insertándose el Programa de la Maestría en el plantel Azcapotzalco que contó con la autorización de su director. Se ha establecido un acuerdo estrecho con el área de Psicopedagogía. Se proporcionó un aula de usos múltiples, del área de audiovisual, contando con sillas, pizarrón, equipo técnico (televisión, videograbadora y cámara de video); el aula proporcionada no contaba con las condiciones óptimas para llevar a cabo el trabajo.

Posteriormente, de acuerdo a la demanda de atención y a la respuesta que dio el Programa de la residencia, se acondicionó un aula con cámara de doble vía de observación, con equipo de sonido, contando con las condiciones favorables para la realización del trabajo.

A continuación se describirá el análisis sistémico de los tres escenarios clínicos.

6. Análisis sistémico de los Escenarios Clínicos.

Los residentes en Terapia Familiar y los supervisores que integran el equipo formamos parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, dependemos del Programa de Maestría en Psicología que se imparte en la FES Iztacala cuyo rol es el de ser estudiantes residentes en formación académica teórica y práctica de la Maestría en Psicología, con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, contando con la participación de siete supervisoras que conforman el equipo de supervisión.

Asimismo el Programa está inserto en la División de Investigación y Posgrado de la FESI. En el presente análisis se hará la descripción del personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia y contexto, de cada uno de los tres espacios clínicos.

La Terapia Familiar Sistémica en cada uno de los escenarios clínicos surge ante la necesidad de intervención que permite identificar, prevenir y dar tratamiento a la diversa problemática que se presenta en los diferentes sistemas individual, de pareja, familiar, escolar y organizacional.

En la clínica Ceylán del ISSSTE, los residentes, junto con el equipo de supervisión fuimos presentados con el director y subdirector de la clínica; ambos compartieron sus expectativas con respecto a nuestro servicio y trabajo dentro de su institución, entre las que se encuentra dar solución a las dificultades que desde hace algún tiempo se presentan en la vida de los pacientes y sus familias; nos hablaron de la importancia de proporcionar el apoyo a las preocupaciones y problemática que les aquejan.

Esto se reflejó en un contexto favorable que facilitó la inserción del equipo de trabajo, de residentes y supervisoras. La atención se dio de manera inmediata.

En nuestra inserción en el ISSSTE se tomó en cuenta la aprobación del sistema jerárquico mayor, comunicar acerca de nuestra estancia y servicios ofrecidos al director. Posteriormente se informó a los distintos subsistemas del servicio: médicos, trabajo social, administrativos y, por supuesto Psicología. Se realizó un recorrido por las instalaciones de la clínica y el consultorio a ocupar.

La atención terapéutica con las familias beneficiarias de la clínica, se dio en dos modalidades: a) familias que solicitan el servicio de Psicología de manera personal b) los que son canalizados por el área médica. Desde la visión de la mayoría de las familias derechohabientes y beneficiadas, se nos ubica en un rol de médicos, esperando el diagnóstico, la receta y la solución inmediata a su problema o padecimiento. Cuando llegan a la sesión terapéutica vienen ya con una etiqueta y diagnóstico, situación que se fue diluyendo conforme se dio la atención terapéutica del equipo de residentes.

A través del convenio con las autoridades de la clínica, el director y el área de Psicología, se dieron las condiciones para insertar el servicio de Terapia Familiar en la clínica, contando con la colaboración de la psicóloga de la clínica, trabajo social y personal

administrativo, dándose las facilidades para realizar nuestro trabajo, como fue el asignar en primera instancia dos consultorios: en uno se atendía a la familia que estaba con el terapeuta y por medio de un circuito cerrado en el otro consultorio, se ubicaba el equipo terapéutico que podía observar la sesión. Se nos proporcionaron los expedientes y se prestó una televisión y reproductor de video.

Se estableció una alianza favorable y abierta, con el área de Psicología. Esto propició el equilibrio entre autoridades, médicos, área de trabajo social y pudo darse una relación de colaboración y apoyo por parte de la psicóloga, estableciendo límites claros en relación a nuestra participación y función en el trabajo y dejando abierta la comunicación, en el sentido de respetar nuestro y su trabajo con las familias. De esta manera el equipo de la residencia tuvo un grado de autonomía suficiente para intervenir y sólo en caso de alguna duda, se permitió hablarlo y aclarar algunas intervenciones; en los casos en que la psicóloga estuvo presente hubo participación junto con el equipo. Por parte de los directivos, aceptaron que trabajáramos de acuerdo a nuestros lineamientos.

Se planteó la necesidad desde un primer momento de dejar en claro la relación entre el equipo terapéutico y los directivos de la clínica, estructurando un contexto de relaciones funcionales para el fin operativo y estableciendo algunas sugerencias prácticas.

Algunos de los lineamientos que se acordaron por parte de los terapeutas de la FESI fueron: Evitar toda connotación negativa por parte de los directivos y de la clínica; asumir, al presentarnos, una actitud clara en relación a nuestro trabajo, despojada de presunción. Seguir y respetar las vías jerárquicas en el trabajo y acercamiento ante las necesidades.

La incorporación del equipo de terapeutas residentes de la Maestría en Psicología al plantel del CCH Azcapotzalco se dio a través del equipo de supervisión, la supervisora y la responsable del programa.

Se contó con la autorización de la Dirección General del CCH, y del director del plantel Azcapotzalco, estableciéndose una situación jerárquica y de alianza favorable manteniendo

además la relación con la Secretaría Estudiantil. Se acordaron de manera explícita las pautas de interacción que conducen la relación; se estableció una alianza bien definida entre los residentes de la maestría, la supervisora y el Departamento de Psicopedagogía, con quienes trabajamos más de cerca. Se dio una relación de colaboración al canalizar a las familias y al proporcionar información de las mismas, entablándose una relación franca con las instancias, que apunta a un objetivo común, que fue la atención y apoyo a las familias de la institución en la que se encuentran, alumnos, padres, docentes y administrativos. Se nos dio un lugar intermedio entre todas las instancias, pero sin la autoridad de ejercer control, de decidir a quién se daba el servicio o a quién no. Eso le correspondió al Departamento de Psicopedagogía. Teníamos una jerarquía otorgada por el estatus en que se logró la inserción.

Se estableció una relación de colaboración y una meta comunicación de lo que iba sucediendo con el área de Psicopedagogía del plantel. Se determinó que el equipo terapéutico y de supervisores se insertara al plantel, pero no se le debía considerar como a uno de sus componentes.

Los alumnos del CCHA son quienes solicitaron el servicio de terapia familiar; de igual manera, los padres y maestros de los mismos, mediante la difusión que se ha hecho por parte de los residentes, así como del área de Psicopedagogía. Al asistir los alumnos a las sesiones terapéuticas el mito de ver al psicólogo porque estoy “loco, enfermo o mal” se diluyó.

A través del convenio con las autoridades del plantel, en este caso el director y del departamento de Audiovisual y Psicopedagogía, se dieron las condiciones para insertar el servicio de Terapia Familiar Sistémica dándose las facilidades para realizar nuestras actividades, como fue asignar en primera instancia un salón de usos múltiples como espacio para llevar a cabo las terapias. En este espacio se encontraba el equipo terapéutico, mediante un modelo sistémico: observador, observando, interacción familiar, terapeutas familiares (residentes) y supervisora, contando con el préstamo de los aparatos electrónicos como son televisión, reproductor de videos y cámara de video para la realización del

trabajo. Después de un año de trabajo, se asignó un salón especial que se acondicionó para la terapia familiar, con espejo de doble visión y con equipo propio del programa.

La incorporación del escenario clínico en la entidad académica de la FES Iztacala se acordó a través de la corresponsable del programa, la interacción del subsistema de la División de Investigación y Posgrado y el director del plantel, quienes proporcionaron un espacio dentro de las instalaciones del edificio de Endoperio, por medio de la construcción de un consultorio en el que se encuentra la cámara de Gesell (espejo de doble visión), la cual está equipada con los aparatos eléctricos necesarios para la realización del trabajo. La relación de trabajo respecto a los residentes de la maestría y la CUSI se establece en términos de límites claros, se da más bien una acción colaborativa que favorece la atención a la comunidad, llegando a acuerdos en la canalización de las familias que nos refieren.

En general los acuerdos realizados durante el tiempo de permanencia en los tres escenarios clínicos donde se dio la atención terapéutica por parte de los residentes de la Maestría y las han favorecido el cumplimiento de los objetivos. Fué necesario ser intermediarios en la interacción y colaboración con las familias, en la clínica ISSSTE, en el Departamento de Psicopedagogía en el CCHA, así como en la FESI. Los acuerdos establecidos desde un inicio, permitieron que el personal de las instancias antes mencionadas supieran de nuestro papel como terapeutas, de nuestra participación en cada uno de los escenarios clínicos. Se estableció y reconoció una jerarquía y se marcaron límites claros en cada una de las Instituciones, lo que permitió mantener una posición de comunicación entre los residentes y el personal de los diferentes escenarios clínicos; a su vez el sistema terapéutico tuvo cierta libertad de movimiento y autonomía frente a las diferentes instituciones. En el proceso de inserción en los tres escenarios clínicos, se tuvo la oportunidad de establecer acuerdos y encaminar, de modo integrado y funcional la comunicación circular FESI-sedes y equipo.

Como psicólogos residentes establecimos un rol bien definido en cada una de los escenarios clínicos teniendo el papel de terapeutas familiares, que intervenimos a nivel familiar, de pareja e individual, ubicándonos en un espacio dentro del organigrama de cada una de las instituciones en que se dio el servicio, interviniendo en cada uno de los sistemas, escolar, clínico, comunitario, incidiendo ante la problemática presentada.

Se comentó la relación a establecer con las autoridades, especificando nuestra función, nuestras posibilidades, delimitando los ámbitos de intervención, estableciendo acuerdos de modo explícito al señalar aquello que estaba en nuestras posibilidades y alcance para llevar a cabo dentro del proceso terapéutico, como fue el tiempo de permanencia.

Desde la visión de los consultantes con respecto a nuestra función como terapeutas en el trabajo clínico, se esperaba que se diera un diagnóstico con una terminología técnica exacta (médica); en mayor medida esto se observó en la institución clínica, (ISSSTE) donde nos ubicamos más en una función de expertos.

Se observó que en un inicio la solicitud de las familias o consultantes estuvo enfocada a demandas, pedidos que sólo se refirieron a un cambio de tipo uno, esto es al cambio que garantiza la inmovilidad sustancial de las situaciones globales; en la mayoría de los casos se llegaron a dar cambios de tipo dos el que se afecta a todo el sistema y lo cambia (Watzlawick, 1992).

Después de hacer un análisis sistémico estructural de cómo está conformado el trabajo clínico, se comentará la manera en que se dio la atención terapéutica en cada una de los escenarios clínicos.

Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.

La aprobación de nuestra estancia y la iniciativa de prestar nuestro servicio fue favorable, gracias a las relaciones precedentes en cada una de los tres espacios de trabajo terapéutico, al planteamiento de los objetivos y el enlace con el programa.

En la presentación de los tres escenarios clínicos donde se trabajó, se estableció el acuerdo del tiempo en que como equipo terapéutico prestaríamos nuestros servicios, el tipo de intervención con las familias por espacio de un semestre y si el caso lo ameritaba, continuar el trabajo hasta ser dadas de alta; se dio una clara definición de la relación entre los dos

diferentes sistemas; el sistema terapéutico y el sistema de la entidad y las sedes donde se pone de manifiesto la posición jerárquica superior del primero con respecto al segundo. En cada una de las sesiones llevadas a cabo se elaboraron las hojas de registro que permitieron conformar los expedientes.

Durante el tiempo de estancia como residente de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica con duración de dos años tuve a mi cargo la intervención terapéutica directa de seis familias en la modalidad de terapia familiar y 24 familias en la que me desempeñé conjuntamente con el equipo terapéutico y de supervisión, acompañando, y respaldando al o la residente durante el proceso terapéutico. Dicha forma de trabajo se sustenta desde la Cibernética de Segundo Orden, que sostiene que el observador es parte del fenómeno observado. Asimismo el supervisor está incluido en el Sistema Terapéutico Total, el cual está conformado por la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor. Al mismo tiempo se tuvo una visión del sistema en el que se trabajó, es decir de la familia, del terapeuta con la familia y con el equipo. Con el equipo de supervisión fui llevada conjuntamente a desarrollar una mirada sistémica en la que se toma en cuenta a la familia y al contexto, tanto de las relaciones familiares como de la interrelación de éstas con los diferentes subsistemas terapéuticos y del entorno socio-cultural (Desatnik, Franklin y Rubli, 1999).

Durante el proceso de formación de los residentes se contó con lo que menciona Schluter (1999), como parte de las sugerencias de las supervisoras: orientar, promover y guiar las actividades de los terapeutas; favorecer el desarrollo de una serie de conocimientos, como son: formas de intervención e indagación, empleo de estrategias cognoscitivas de pensamiento y aprendizaje, a través de situaciones de experiencia interpersonal-instruccional. Promover esquemas de trabajo basados en un aprendizaje cooperativo en contraste al individualista y competitivo.

De acuerdo con Bruner (2000) el supervisor es un agente educativo que proporciona ayuda o apoyo al estudiante (terapeuta en formación) contribuyendo al desarrollo potencial, de sus habilidades y recursos. Conforme el alumno se vuelve autónomo esas ayudas van

disminuyendo; lo anterior se llevó a cabo durante el proceso de formación de la residencia, el empleo de estrategias técnicas para poder ser aplicadas ante la variedad de familias, parejas y consultantes con los que se trabajó.

En la sede del CCHA se dio atención a 8 familias bajo la modalidad de intervención en red, formándose 3 grupos, teniendo un total de 8 alumnos del plantel y 11 padres de familia. Junto con otra compañera participamos dando atención durante 5 sesiones a uno de los tres grupos conformados; con nosotras estuvieron cuatro adolescentes quienes contaron con la asistencia de un adulto significativo, se contó con el apoyo de los ocho alumnos restantes de la residencia y la supervisora. En dicha intervención se llevó a cabo el trabajo de equipo reflexivo en algunas de las sesiones. Los otros dos grupos fueron atendidos por cuatro alumnos residentes.

Las supervisiones en su totalidad se dieron en vivo. Dos de las sedes, CCHA y clínica del ISSSTE Ceilán, son espacios que no contaban con cámara Gesell por lo que la relación entre todo el sistema terapéutico (equipo terapéutico y familia) se dio de manera directa, en vivo, lo que le da una serie de características especiales a esta interacción. En la FES Iztacala se creó un espacio propio en el que se dio la atención a familias de la comunidad; esta clínica cuenta con cámara de Gesell, y equipo de intercomunicación. El trabajo se da en equipos de supervisión, donde un alumno residente participa como terapeuta con la familia y un equipo de alumnos con el supervisor trabaja conjuntamente detrás de la cámara y todos formamos parte de un sistema terapéutico total (Aurón y Troya, 1998).

La responsabilidad de los diferentes casos trabajados fue compartida entre el equipo de supervisión y las supervisoras.

7. Forma de Trabajo.

En cuanto al primer contacto que establecí con las familias, una vez que se nos asignó la familia con la cual se trabajaría, es importante señalar que en la Clínica del ISSSTE ésta se llevó a cabo a través de dos modalidades a) por medio de la canalización de los médicos en la clínica del ISSSTE, b) de los derechohabientes que solicitan el servicio a través del área de Psicología que a su vez fue el contacto directo con nosotros.

En el caso del CCHA fue a través del Departamento de Psicopedagogía; los alumnos, padres de familia y trabajadores docentes y administrativos solicitaron de manera personal el servicio llenando una solicitud en la que exponían sus motivos, y por las peticiones que hicieron los docentes y el área de Psicopedagogía a algunos alumnos que consideraron era necesario que recibieran terapia familias.

Respecto a la FES Iztacala, la canalización se hace a través de la Clínica Universitaria o de manera directa con la Dra. María Suárez, quien coordina todas las solicitudes que llegan de distintos lugares dentro y fuera de la FESI.

Una vez que se nos asignó la familia a cada uno de los residentes, se procedió a realizar una entrevista telefónica. Lo anterior se hizo con cada una de las familias atendidas.

Objetivo de la entrevista telefónica:

- Tomar datos básicos (ficha de identificación).
- Recabar información sobre el estado del paciente identificado (PI) y su familia.
- Conformar el genograma familiar preliminar, recabando información de familia de origen y nuclear.
- Identificar el motivo por el que solicita el servicio (problemática).
- Conocer las expectativas sobre el servicio.
- Formular una hipótesis básica de intervención.
- Conocer la fuente de referencia.

Una vez que se obtiene la información de la familia se le asigna la hora y lugar en que se recibirá la terapia, se comenta que las sesiones terapéuticas tienen una duración de 50 a 60 minutos.

Se explicó la modalidad del trabajo terapéutico en equipo, a) se pidió su consentimiento por escrito para ser filmados y se aclararon las ventajas de tener al grupo de terapeutas incluidos en la intervención, b) la comunicación entre el equipo y el terapeuta se dio de 2 maneras: 1) vía telefónica, 2) estando la familia en el espacio terapéutico. Todas las sesiones fueron video grabadas ya que es una forma que permite dar una atención más adecuada, revisar el trabajo y retroalimentar a los terapeutas. Se comentó que las grabaciones son confidenciales, que únicamente tiene acceso el terapeuta y el equipo terapéutico. Se comentó la forma en que se llevaría a cabo la sesión donde se requería, ya sea que el terapeuta salga para comentar y discutir con el equipo lo observado (en el caso del CCHA) o que la familia salga por un momento del consultorio (en el caso del ISSSTE) o bien que únicamente el terapeuta salga (en el caso de FESI).

El programa de formación para el entrenamiento del terapeuta sistémico que se propone retoma de los modelos de trabajo desarrollados en distintas escuelas de Terapia Familiar: Estructural, Instituto Ackerman, y la escuela de Milán, dirigida por Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1988), modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas y a Soluciones, Terapia Estratégica.

A continuación se explicará la forma en que se llevó a cabo la intervención terapéutica. En este modelo de trabajo la sesión se divide en 5 etapas: presesión, sesión de tratamiento, intersesión, cierre de sesión y postsesión. Cada una cuenta con propósitos bien definidos.

Presesión.

Tiene una duración entre 15 y 20 minutos, en ella los terapeutas nos reunimos en equipo para leer el plan de tratamiento con base en las hipótesis, los objetivos y las tareas de las sesiones anteriores. Tiene como objetivos:

- Discutir la información de la entrevista telefónica y definir aquella que parece más relevante.
- Elaborar una o varias hipótesis de lo que puede estar ocurriendo en la familia.
- Definir estrategias de intervención (líneas de trabajo) y técnicas concretas para implementar las estrategias.
- Especificar los temas sobre los que se hablará con la familia.
- Precisar las metas que se perseguirán.
- Definir las preguntas concretas que se utilizarán para validar o refutar las hipótesis.
- Fomentar la discusión del equipo conjuntamente con el terapeuta.

Esta fase permite al residente tener un punto de partida en cuanto a cómo estructurar la sesión, junto con la visión del equipo y supervisoras.

Sesión.

Tiene una duración de aproximadamente una hora; tiene como objetivos:

- Que el terapeuta obtenga información interesándose por la forma como se expone la información, el uso del lenguaje de la familia y las intervenciones del equipo con el terapeuta.
- Comprender lo que está ocurriendo y las respuesta de la familia a la sesión anterior y en el caso de haberse asignado tareas, se revisan.
- Establecer una relación de colaboración con los consultantes (joining).
- Orientar la sesión para confirmar o no las hipótesis generadas en la presesión.
- Preparar las tareas que se impartirán al final de la entrevista cuando se indiquen de acuerdo al modelo de trabajo, procurar un cambio conductual, cognitivo y/o afectivo de alguna pauta relacionada con el síntoma (función de intervención), conceptualizar el problema, definir y encuadrar.

Los recursos técnicos para facilitar el cambio comprenden fundamentalmente: connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas y paradójicas, rituales y metáforas.

Intersesión.

Se realiza unos minutos antes de concluir la sesión con la familia (consultantes); sus objetivos son:

- Alcanzar una evaluación , una tarea o algún tipo de conclusión que ofrecer a la familia.
- El terapeuta y el equipo se reúnen con el fin de comentar brevemente la sesión y cuando es pertinente se prepara la prescripción o las tareas, o bien se decide la forma de cerrar la sesión.
- Los terapeutas y el resto del equipo discuten la sesión y acuerdan cómo concluirla.
- Rescatar al terapeuta de una situación más o menos comprometida.
- La contribución mayor en esta etapa del proceso de entrenamiento radica en la posibilidad que tenemos los residentes de escuchar las diferentes posturas entre nosotros y las alternativas como equipo.
- Ofrecer un espacio de reflexión que permite al terapeuta una respuesta más meditada.

Cierre de sesión.

En esta cuarta parte el terapeuta conjuntamente con el equipo vuelven para la conclusión de la sesión que consiste generalmente en un breve comentario o en un prescripción (tarea) a los consultantes o familia.

La duración de la intervención es variable puede ser breve o extensa, su objetivo en algunos casos, es conseguir que la familia introduzca un cambio en su situación sintomática como resultado de las orientaciones y tareas que propone el terapeuta.

Postsesión.

Tiene una duración breve, se realiza una vez que se han retirado los consultantes. El equipo se reúne nuevamente para comentar las reacciones observadas en el cierre, se generan hipótesis, se describe la pauta que es la manera como el síntoma funciona en la familia y se

sintetizan los elementos esenciales. Si se dan intervenciones importantes, se transcriben textualmente o se retoman de la videograbación.

Sus principales objetivos son:

- Analizar la respuesta de la familia a las diferentes intervenciones y establecer hasta qué punto esa respuesta es confirmatoria o desconfirmatoria de las hipótesis, en los casos en los que los modelos lo indican.
- Completar, reelaborar, confirmar o no la evaluación que se hizo de la familia a la luz de la respuesta.

En algunos de los casos en que se dio de alta a la familia se llevó a cabo el seguimiento en un periodo aproximado de dos a tres meses, en el que se estableció un nuevo contacto con la familia, ya sea vía telefónica o en el espacio terapéutico.

Lo anterior se llevó a cabo con el objetivo de:

- Obtener información sobre el desarrollo posterior de los problemas del consultante y del estado general de la familia.
- Evaluar los objetivos a medio plazo que se concertaron con la familia o consultante en la última entrevista.
- Tener una evaluación sobre la eficacia de los métodos terapéuticos utilizados.
- Obtener información sobre la perspectiva de la familia, sobre sus proceso y sobre los cambios observados .

En algunas de las sesiones y en los tres escenarios clínicos se llevó a cabo el trabajo de equipo reflexivo, de acuerdo con Andersen (1994); el equipo puede estar formado por una o más personas que se encuentran ya sea en la cámara de Gesell o en el cubículo donde se lleva a cabo la terapia, con la familia y el terapeuta; en este caso el equipo estuvo conformado por los alumnos residentes y las supervisoras de los tres espacios de trabajo.

En el equipo de reflexión, el objetivo terapéutico es establecer un diálogo para comprender la forma en que las personas crearon sus descripciones y explicaciones, a través del intercambio de ideas y de las preguntas formuladas por el terapeuta o el equipo de reflexión, lo que permite abrir la posibilidad de que el paciente vea otras alternativas de explicación que no haya recibido antes .

Cada miembro del equipo de reflexión dio su opinión de manera individual indicando que no fuera de manera impositiva, de tal forma que se impida la contaminación y sea posible la apertura a diferentes puntos de vista, enriqueciendo la reflexión.

Me parece que en esta modalidad de entrenamiento el terapeuta, el resto del equipo y los consultantes interactuamos para comunicarnos, además de que recibimos y damos información. Los consultantes proporcionan información al terapeuta al expresarle sus

conceptualizaciones sobre su funcionamiento y al mostrar sus patrones interaccionales. En su momento los terapeutas definimos una hipótesis y hacemos intervenciones basadas en su funcionamiento. Las respuestas de los consultantes a las intervenciones del terapeuta informan al terapeuta y el equipo moldea a futuro la hipótesis y las estrategias aplicables sobre el sistema familiar, lo que permite tener una visión de manera circular.

II. MARCO TEÓRICO

Dentro del campo de la Psicología y de las ciencias de la salud en general, han dominado los esquemas de pensamiento heredados de los modelos médico, Psicodinámico e incluso de la Física, esquemas que invitan a reflexionar en términos de “causa – efecto” sobre los problemas que enfrentamos como lo es en la psicoterapia. Entre la década de los treinta y los cincuenta algunos clínicos empezaron a tomar ideas del campo de la Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas, acercando la reflexión del terapeuta a una propuesta de “causalidad circular”. Algunos terapeutas familiares como Ackerman, Bowen, Wynne y Boszormenyi-Nagy son considerados la primera generación de terapeutas familiares; las primeras ideas sistémicas han sido atribuidas a la escuela de Palo Alto (Wittezae y García, 1994).

En Nueva York se encuentra Ackerman, considerado como uno de los antiguos pioneros del movimiento de Terapia Familiar. Él llega por una ruta distinta al estudio de la familia, la aproximación psicodinámica. Ackerman, que era un psiquiatra infantil, se interesa en el contexto familiar y emplea tratamientos grupales bajo las concepciones freudianas.

Las ideas centrales de donde proviene el movimiento de Terapia Familiar fueron surgiendo casi al mismo tiempo en diferentes ciudades de los Estados Unidos, todas ellas se inician alrededor de los años cincuenta. Estas ideas provienen de campos muy diversos, que van desde la Física y la Biología hasta la Sociología y las Ciencias de la Comunicación.

Asimismo, el enfoque sistémico puede identificarse como una de las aproximaciones al estudio de los procesos humanos. Su origen puede situarse hacia el año de 1942 en Nueva York donde Frank Freemont Smith, director de la Fundación Joshia Macy, propició uno de los giros epistemológicos más importantes en el campo de la ciencia al patrocinar una serie de conferencias que promovieron nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la Ingeniería sino también en la Biología y el área social.

A dichas conferencias acudieron expertos de diversas disciplinas, manifestando su interés por la estructura y el marco conceptual. Dentro de los exponentes más importantes destacaron los matemáticos Norbert Wiener y Walter Pitts, el fisiólogo mexicano Arturo Rosenblueth, el ingeniero químico John Von Neuman, el neurofisiólogo Warren McCulloch, el psiquiatra Milton Erickson y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, entre otros. Todos ellos compartían la perspectiva según la cual era importante intentar comunicarse más allá de las fronteras que separan a las diferentes ciencias (Wittezaele y García, 1994).

De las ideas formuladas durante las conferencias Macy de 1942 hasta la de 1953, de los trabajos realizados en forma independiente, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que dieron pie a un nuevo marco de referencia, entre ellos la Cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y la máquina. Con la Cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió tanto construir sistemas artificiales como entender sistemas naturales (Pakman, 1991).

Eguiluz (2001) menciona que con base en las nociones cibernéticas de: circularidad, información retroalimentación, regulación, organización, relacionadas al campo de la ciencia, fue posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas. De forma particular, la Cibernética probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. La Cibernética, junto con la Teoría General de los Sistemas, y la Teoría de la Comunicación, representaron el nuevo paradigma que vino a modificar la lógica tradicional y se convirtió en el soporte teórico de la Terapia Familiar.

Las ideas provenientes de la Teoría General de los Sistemas (TGS) enunciada en 1947 por Ludwig Von Bertalanffy, que sistematiza el paralelismo de principios cognoscitivos generales en diferentes campos de la actividad científica y social del hombre, es una teoría más abarcativa; parte de conceptos globalizadores que permiten conceptualizar los fenómenos en términos de sistemas, totalidades, holismos, organismos, gestalt. El modelo de sistema abierto, es básicamente un modelo no mecanicista, que no sólo rebasa el modelo de la

termodinámica ordinaria, sino el de la causalidad unidireccional, que tanta fuerza había logrado dentro del marco de la ciencia básica.

Todas estas ideas dieron lugar a la consolidación de la Teoría Sistémica empleada dentro del campo humanístico y social; además, entre los años cuarenta y cincuenta, ocurrieron eventos políticos, económicos y sociales que influyeron notablemente a todo este desarrollo como fueron la Segunda Guerra Mundial, el conflicto de Corea, la bomba de Hiroshima, que provocaron una fuerte reacción hacia la conservación de la familia, que se vio gravemente amenazada por todos estos acontecimientos.

Estos eventos repercutieron sobre los campos de investigación y los enfoques de los especialistas que trataban con humanos, como son: psiquiatras, terapeutas, médicos, psicólogos, quienes empezaron a ampliar su visión individualista del problema, para incluir a la madre, al padre y a otros miembros de la familia.

Dentro de este desarrollo, las investigaciones de Gregory Bateson y su equipo en el Hospital de Veteranos de Palo Alto California, llegaron a ser determinantes en el desarrollo del campo de la Terapia Familiar Sistémica; él introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la Cibernética al campo de la terapia. En 1948, Bateson abandona el mundo de la Psiquiatría; su objetivo no era mejorar los métodos terapéuticos, sino desarrollar una teoría general de comunicación derivada de las ideas cibernéticas (Bateson, 1976, citado en Sánchez, 2000).

En el año de 1953, el grupo comenzó a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia. Existía el interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos. Se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes pautados en diferentes niveles lógicos y que no hacían una diferencia entre fantasía y realidad, por lo que confundían una declaración metafórica con una literal (Winkin, 1987).

Por la misma época en Washington, durante el periodo de 1946 a 1959, Bowen trabajó en la Clínica Menninger y propuso que la esquizofrenia se gesta durante tres generaciones, abuelos, padres y la tercera generación, donde aparece un hijo psicótico.

La aparición en 1956 del artículo titulado: “Hacia una teoría de la esquizofrenia” fue todo un suceso en el ámbito de la Psiquiatría. En éste se afirmó que la esquizofrenia podría ser considerada como un fenómeno comunicativo producto de las relaciones familiares. Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, que considera al síntoma como algo inherente al hombre, a una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal y contextual. Los trabajos de Bateson y su equipo con las familias de los pacientes esquizofrénicos jugaron un rol importante en el desarrollo de este postulado, al percatarse de que la visión que se tiene del individuo es más útil y apropiada cuando se le considera como parte de un contexto ecológico más amplio.

En 1956, Bateson, Jackson, Haley y Weakland, insistieron en que el doble vínculo es una relación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas (Hoffman 1990).

La teoría del doble vínculo pasó a formar parte del proyecto de Terapia Familiar de la esquizofrenia. Esta teoría incluía la idea de describir la comunicación en términos de niveles con la posibilidad de que estos niveles entraran en conflicto y dieran lugar a una paradoja, o atadura, en donde ninguna respuesta aceptable fuera posible dejando a la persona “atrapada” (Haley, 1987).

Durante las investigaciones sobre el doble vínculo, Jackson se sintió interesado por desarrollar la parte terapéutica de esta teoría. Con el objetivo de profundizar sobre el tema creó en 1959 el Mental Research Institute (MRI), en donde tuvo como colaboradores a Virginia Satir y a Jules Riskin.

De 1959 a 1962, Jackson trabajó de manera paralela en el MRI y en el proyecto de Bateson. En 1960 se incorporó al equipo el psicólogo austríaco Paul Watzlawick; en 1962 John Weakland y Jay Haley, año en que finalizó el proyecto de Bateson (Winkin, 1987).

Jackson llegó a ser una figura importante en la historia de la Terapia Familiar; es autor de un artículo titulado: “El problema de la homeostasis familiar” en el que habla de la homeostasis como un sistema de equilibrio interno que se conserva gracias al *feedback* negativo. Este enfoque muestra a la familia como un sistema homeostático, gobernado por un conjunto de reglas, de tal manera que si un miembro del grupo presenta algún problema, la intervención terapéutica no debe limitarse a ese miembro sino que debe extenderse a toda la familia, que en este caso se concibe como un sistema patológico que presenta un síntoma.

Con la fundación del MRI , se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional basado en la pragmática de la comunicación humana. Los trabajos realizados en el instituto promovieron un enriquecimiento intelectual, ubicándose la primera asociación que consideró el uso clínico de las conceptualizaciones batesonianas para comprender las formas de interacción en grupos humanos. El trabajo se centró en encontrar conceptos intermedios entre las teorías de Bateson y la práctica terapéutica. El instituto comenzó su actividad formal con familias poniendo énfasis en la interacción y en el modo como las personas se comunican entre si (Witzeaele y García, 1994).

Con el objeto de sentar bases más explícitas sobre cómo lograr un cambio en la familia, el equipo emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Don Jackson y por Milton Erickson, quienes fueron asombrosos en sus diagnósticos e intervenciones.

Witzeaele y García (1994) mencionan que los encuentros que tuvieron Haley y Weakland con Erickson durante la investigación sobre las paradojas de la comunicación sentaron las bases para la nueva orientación del trabajo del instituto (MRI). Fue determinante la influencia de Erickson para la continuación de la historia del MRI, convirtiéndose en el foco de su trabajo el propio proceso de cambio.

A partir de la influencia de Erickson, los integrantes del instituto marcaron una diferencia entre el modelo explicativo y el proceso de cambio, en el que ahora se trataba de actuar de modo que el terapeuta fuera eficaz en su papel de agente de cambio y la teoría era un simple “lenguaje” que favorecía la transmisión de sus conocimientos pero no determinaba la eficacia de las intervenciones.

Para la escuela de Palo Alto también fue y sigue siendo importante el trabajo práctico dentro de la hipnosis de Milton Erickson. Esta escuela propuso un análisis pragmático de la comunicación humana y especificó una serie de elementos para llevar a cabo una terapia de tipo breve y estratégico. (Watzlawick, 1967; Weakland, 1994; Fish, 1982; citados en Winkin, (1987).

1. Terapia Familiar Sistémica.

Wittezaele y García (1994) argumenta que los años sesenta se caracterizan por la consolidación de las diversas escuelas, basadas en el enfoque sistémico. La terapia familiar va desde dos extremos de un continuo: las llamadas Teorías Sistémicas basadas en la Teoría General de los Sistemas y las psicodinámicas basadas en la teoría psicoanalítica. En las primeras se enfoca al individuo en interacción, que en las segundas se enfatiza los aspectos intrapsíquicos del comportamiento.

El enfoque sistémico estudia los problemas por los que actualmente esta pasando la familia, lo importante es lo que sucede ahora y no lo que sucedió antes. El terapeuta sistémico observa muy de cerca la manera como interactúan los miembros de una familia y se dirige especialmente hacia la estructura y la comunicación, se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona, con la conducta de otras

Diversos autores se han dedicado a difundir con mayor amplitud los postulados teóricos, y los principios generales que sustenta las bases de la Terapia Familiar Sistémica A continuación se hará un análisis de algunos de los principios teórico metodológicos de la

Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría General de Sistema, la Cibernética y de algunos modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como son: Modelo Estructural, Estratégico, de Terapias Breves, orientado al problema, orientado a soluciones, de Milán y modelos derivados del Posmodernismo que incluyen los de la Narrativa y los Enfoques Colaborativos

2. Teoría de la Comunicación Humana.

Surge de los estudios sobre comunicación en sujetos esquizofrénicos elaborados por Gregory Bateson y sus colaboradores. Retoman los postulados de la Teoría General de los Sistemas para aplicarlos al estudio de las interacciones familiares. Se hace énfasis en la comunicación digital y analógica (lo que se dice y la forma en que se dice); su objetivo principal es modificar las pautas de comunicación disfuncional que se establecen entre los miembros de la familia. La forma de llevarlo a cabo es por medio de la modificación de las relaciones entre las personas, al disponer quiénes habrán de dialogar, sobre qué temas y de qué manera (Satir, 1988).

Hacia el año de 1956 Gregory Bateson junto con Don D. Jackson, Jay Haley y John Weakland realizan una serie de investigaciones sobre la comunicación y el origen de la esquizofrenia; encontrando que existen dificultades, en estos pacientes para distinguir entre el lenguaje literal y el lenguaje metafórico; estableciendo una clasificación de la comunicación por niveles. a) niveles de significado, b) niveles de tipo lógico, c) niveles de aprendizaje. (citados en Hoffman, 1981).

Estos autores plantearon que, llegando a una comprensión de estos niveles de comunicación, se podrían comprender los misterios del habla y del comportamiento de los pacientes esquizofrénicos. Al ir avanzando sobre estos aspectos de la comunicación, comenzaron a tomar en cuenta a la familia del esquizofrénico como parte creadora y activa de los patrones de comunicación a los que dominaron “doble vínculo y la esquizofrenia” en la que se señala que la familia, no sólo provoca estos patrones de comunicación, sino que los fomenta y los necesita para manifestar que se está requiriendo un cambio en ese

“Sistema de información cerrado” (hoffman, 1981). Así el “doble vínculo” se entiende como la relación que se establece entre dos personas atrapadas en un sistema permanente que produce relaciones conflictivas.

La teoría del Doble Vínculo esta muy relacionada con la teoría de la Comunicación y la Teoría de los tipos lógicos la cual se explicará a continuación.

La teoría de los Tipos Lógicos fue expuesta por Whitehead y Russell en 1913, (citado en Bateson, 1977). En ella se habla de la paradoja y de su estructuración en dos tipos lógicos distintos, donde la clase pertenece a un tipo lógico diferente del que pertenecen las subclases.

De acuerdo a la hipótesis del doble vínculo, el esquizofrénico tiene incapacidad para discriminar entre tipos lógicos, donde la persona se encuentra involucrada en una relación intensa, en la que siente es importante discriminar acertadamente qué clase de mensaje se le está comunicando para responder de forma adecuada, sin embargo el individuo no es capaz de hacer esta discriminación y, además recibe mensajes que se encuentran en conflicto. La persona está tan atrapada en dicha relación que es incapaz, no sólo de discriminar el significado correcto del mensaje, sino de comentar el mensaje que se le expresa para corregir su discriminación. Las características de una relación de doble vínculo o atrapamiento involucra a dos personas de la familia, siendo invariablemente la madre el sujeto superior y el esquizofrénico el sujeto inferior, las cuales son:

1. Dos personas unidas por una relación afectiva, a una de ellas se le designa como “víctima”; puede haber una tercera persona que se alía con el “poderoso”.
2. Experiencia repetida: se considera que las experiencias traumáticas no logran establecer una relación de doble vínculo si no se dan repetidamente Bowen menciona que debe haber., por lo menos tres generaciones de personas afectadas.
3. Un mandato primario negativo, que implica una amenaza para la “víctima”
4. Un mandato secundario que está en conflicto con el primero.
5. Un mandato terciario que prohíbe a la víctima escapar.
6. Metacomunicarse o cuestionar.

A partir de este enfoque Bateson considera a la familia como un sistema homeostático gobernado por un conjunto de reglas, de modo tal, que si un miembro del grupo presenta algún problema, la intervención terapéutica no debe limitarse a ese miembro, sino extenderse a toda la familia, que en este caso se concibe como un sistema patológico que presenta un síntoma.

Posterior a la Teoría del doble vínculo y la Esquizofrenia, aparece la Teoría de la Comunicación Humana. Las investigaciones que apoyan esta teoría se realiza con el "Mental Research Institute" (M.R.I., Instituto de Investigaciones Mentales), fundado por Don Jackson en 1959 para aplicar las nuevas investigaciones realizadas por el equipo de Bateson.

Los autores de dicha teoría sostienen que cualquier conducta es comunicación, que es imposible no comunicar, ya que, aunque no se hable nada, esto implica algo y se algo se está comunicando; parte de analizar no sólo lo que se dice, sino cómo se dice, para observar el efecto total del mensaje. Así los postulados de la Teoría de la Comunicación Humana, rompen con la explicación tradicional del modelo de comunicación lineal que se basa en el concepto de emisor-receptor, (Watzlawick, 1984) estos son:

- Toda conducta es comunicación, por lo que no es posible no comunicarse, como tampoco podemos dejar de comportarnos.
- Hay dos niveles de comunicación: nivel de contenido y nivel de relación; con esto se intenta observar qué se dice y cómo se dice.
- Puntuación ó secuencia de los eventos, se refiere a los cortes segmentados que se hacen para analizar un continuo de comunicación.
- Nivel analógico y nivel digital: el nivel analógico se refiere a un lenguaje no estructurado para todas las personas, ya que comprenden conductas motoras, como es el lenguaje de un pintor, de un músico. El nivel digital se refiere a un lenguaje estructurado, que comprende una forma más común de comunicación para todas las personas como son letras, números, signos.
- Simetría y complementariedad: Estos son procesos de comunicación en su totalidad. La simetría se refiere que dos personas que se comunican se encuentran

en un mismo nivel de igualdad y semejanza. La complementariedad se refiere a diferencias y oposiciones en la comunicación, en las cuales se da un patrón de mas-menos.

Existen varios científicos que comparten la concepción de que la comunicación es un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento, la palabra, el gesto, la mirada, la mímica, el espacio interindividual, considerándola como un todo integrado regido por un conjunto de códigos y reglas determinados por cada cultura.

En base a los antecedentes mencionados, se considera que el movimiento líder en la psiquiatría (como investigación, centro de formación y terapia) fue el surgido en el M:R:I: de Palo Alto, California con la Teoría de la Comunicación Humana. Todo este movimiento tuvo su origen en la Teoría General de los Sistemas, dio como resultado una serie de escuelas que se han dedicado a la investigación y terapia con familias. Las cuales se conocen como Escuelas de Terapia Familiar Sistémica, teniendo su origen en la Teoría General de los Sistemas. (Fsieh, Weakland, y segal, 1994)

3. Teoría General de los Sistemas

Por su parte Von Bertalanffy (1995) define al organismo como un todo integrado por varios elementos de organización y lo denominó como sistema, es decir: un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción. Con base en esta definición de sistema se sustentaron los principios fundamentales de la Teoría Sistémica.

Se pueden mencionar dos ideas fundamentales que la Teoría General de los Sistemas ofrece a la ciencia y, en especial, a la concepción de la Psicología tradicional: 1) El hombre deja de llamarse “unidad biopsicosocial histórica” para llamarse “sistema hombre”, 2) la psicología ya no hará un “análisis de la persona”, sino un análisis de las “interrelaciones entre sistemas” (Ochoa, 1995).

Así, el enfoque sistémico estudia los problemas por los que actualmente está pasando la familia, lo importante es lo que sucede ahora y no lo que sucedió antes. El terapeuta sistémico observa muy de cerca la manera como interactúan los miembros de una familia y se dirige especialmente hacia la estructura y la comunicación, se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona, con la conducta de otras.

Entre las ideas importantes de la Cibernética de Segundo Orden, podemos mencionar que los sistemas vivos no son objetos que se pueden programar desde afuera, sino entidades que se autocrean. En la visión de segundo orden el terapeuta se incluye dentro de los que tienen que cambiar (Hoffman, 1990).

Partiendo de lo anterior, se mencionan a continuación los principios generales que sustentan las bases de la Terapia Familiar Sistémica, mencionados por Sánchez (2000), que vienen a ser ideas más comunes en las distintas escuelas de esta corriente.

Principios básicos de la Teoría General de los Sistemas en la Terapia Familiar.

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total o el sistema está interactuando por las cualidades individuales de la suma de "n" elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad. En el Modelo Estructural, Minuchin (1984) nos habla de los subsistemas parentales, subsistema fraterno y subsistema de familia extensa. Estos límites serán los que marquen la frontera o la división de estos subsistemas.

3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia, e influye en el comportamiento de B, C, D, etc. Por esto deberá de ver en la Terapia Familiar Sistémica el comportamiento de A, B, C, D, y además determinar el patrón contextual no sólo de A sino de todo el sistema familiar. Retomando a Salvador Minuchin en cuanto a este principio contextual, él enfatiza que la patología no se encuentra en el paciente identificado; éste es quien manifiesta los síntomas pero la patología se encuentra en la estructura familiar.

4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio; los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis. Por tanto, los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados. La homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación.

5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos. La familia del año 2000 y años subsecuentes se diferencia mucho de la familia de principios de siglo XX, así como sus miembros; algunos podrán permanecer inmutables a los cambios, pero finalmente éstos ejercerán una fuerza de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar; así la estructura del mundo es cambiante como debería serlo la estructura familiar.

La familia, como principal núcleo de la sociedad y como fuente de influencias en el individuo, merece ser analizada bajo estos fundamentos. La familia, como un sistema

sociocultural, presenta una serie incalculable de interacciones, vivencias e influencias entre sus integrantes que van a dirigir el comportamiento psicosocial del núcleo familiar y de sus miembros.

Resumiendo, se puede decir que la familia es el microsistema modelado tanto en su estructura como en sus funciones por el macrosistema social, y como a su vez la familia moldea a sus integrantes para llevar a cabo las funciones que socialmente le son requeridas, esto que implica, que una familia es un sistema flexible susceptible de aceptar cambios y de modificar su estructura cuando no cumple sus funciones básicas, las cuales ha mantenido a través del tiempo.

Esto permite comprender que la conducta total de la familia, además de ser producto de factores internos representados por el intercambio de afectos que entre ellos ocurre, también es el resultado de los factores externos que sobre ella inciden, lo que nos hace ver que la familia se comporta como un sistema abierto (Sánchez ,2000).

Así como la Teoría general de sistemas ha venido a ser uno de los pilares fundamentales del surgimiento de la Terapia Familiar Sistémica otra de las vertientes epistemológicas que ha hecho sus aportaciones es la Cibernética.

4. Cibernética.

Según Heinz Von Foerster la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: Cibernética de “0 orden”, implícita, la Cibernética de “1er orden, re-flexión explicitada: en la obra de Norbert Wiener (1948), y una Cibernética de “2do. Orden”, reflexión sobre la reflexión de la Cibernética, resultando imposible poder acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación; se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí mismo dentro de sí misma.

La teoría Cibernética se atribuye a Norbert Wiener; tiene relación con la teoría sobre los mensajes que contribuyeron a dar un gran impulso a los estudios sobre la comunicación la información y el aprendizaje. La Cibernética según Wiener, (1948) “es la teoría de la comunicación y del control en las maquinas y en los organismos vivientes”. Mc Culloch (citado en Sánchez, 2000) describe la epistemología cibernética experimental centrada en la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio”. Bateson (1977) la reconoce como una nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de organización, mientras que Sluzki(1987) señala que la cibernética tiene por objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales.

Las aportaciones de Richard Brown (citado en Hoffman, 1981) aplicadas a la terapia familiar son de gran importancia, pues ofrecen una manera específica de conexión recursiva que existe entre la descripción, el diagnóstico y la intervención. Él señala que para comprender cualquier fenómeno, debemos empezar por entender cómo fue construido, es decir distinguir los fenómenos que están en la base de la construcción y afirmar: “nuestra comprensión de dicho universo no es el resultado de describir su hecho actual, sino recordar lo que hicimos originalmente para engendrarlo”.

La epistemología cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización. En la cibernética cualquier “idea” o “pensamiento” es real y como decía Lewis y Carrel: “En mi pensamiento cualquier cosa es tan buena como cualquiera de este mundo”. (

Si bien la cibernética comenzó por estar íntimamente ligada a la física, no depende de las leyes físicas de la energía o de lo material. La cibernética se ocupa de todas las formas de conducta. La verdad de la cibernética es que no se le derive de ninguna otra rama de la ciencia, pues posee sus propios fundamentos.

Keeney y Ross, (1985) argumentan que como epistemólogos naturales, su dilema consiste en tener que trazar distinciones para poder conocer el mundo, al mismo tiempo sabemos que estas construcciones son ilusorias. Aún para saber que existe un mundo sin distinciones debemos trazar una distinción. Ver un mundo cibernético exige modificar el hábito de ver lo material exclusivamente; implica a la vez toda dicotomía directa o lineal progresiva, de lo mental y la pauta, o entre el cuerpo y la mente, mencionan que para el terapeuta familiar

enfrentarse a la cibernética es enfrentarse a un nuevo campo, teniendo como objetivo desarrollar una doble visión de la materia y la pauta, del cuerpo y la mente. La cibernética permite redescubrir la mente humana.

Así, las primeras épocas de la terapia familiar con enfoque sistémico deben sus orígenes a la cibernética. El grupo del MRI describe a la familia no sólo como un sistema de partes interrelacionadas, sino también como un sistema cibernético que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación; tal vez por ello estudiaron familias con pacientes esquizofrénicos, enfatizaron en forma muy particular la morfostasis por tanto error, que no permite al sistema corregirse por sí mismos, y llegar a la homeostasis. Observaron que muchas familias con pacientes esquizofrénicos son muy rígidas y tienden a su estatus patológico (Bateson, 1977).

La anterior información nos ha permitido conocer las bases sobre las que se desarrolló la Terapia Familiar, así como los conceptos de esta nueva corriente. A continuación se describirán los modelos más representativos de la Psicoterapia Sistémica y del Posmodernismo

5. Modelos de Terapia Familiar Sistémica.

Modelo Estructural

Su principal representante es Salvador Minuchin, quien inicia su trabajo en los años de 1960-1969; este autor trabajó como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York. En este grupo se encontraba Braulio Montalvo y juntos elaboraron un nuevo concepto terapéutico que surgió debido a que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, cuando se relacionaban con los problemas familiares. Ellos procedían de las minorías urbanas, de zonas marginadas; las intervenciones terapéuticas se planificaron tomando en cuenta acciones orientadas, en lugar de abstractas y verbales.

El grupo tomó la alternativa denominada “más acción y menos habla”, con técnicas de acción, técnicas de juego de roles, técnicas basadas en acciones para la casa o domicilio, así como otras completamente innovadoras, las que sirvieron para determinar el diagnóstico y el tratamiento. Este modelo se convirtió en sobresaliente para la Terapia Familiar en los años de 1970 a 1979 (Sánchez , 2000).

De acuerdo con Umbarger (1987) el Modelo de Terapia Familiar Estructural surgió como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar y se guía por algunos principios básicos:

- La familia es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros.
- Como sistema, la familia se autorregula.
- Como sistema, la familia se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte como lo es la familia extensa, la comunidad, entre otros.
- La familia es un sistema conformado por subsistemas: a) conyugal, b) parental, c) fraterno, principalmente aunque pueden organizarse otros más.
- Existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros.
- El conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema familiar es sólo la manifestación de un conflicto familiar.
- La unidad de intervención terapéutica es la familia.
- La Terapia Familiar se dirige a establecer o restablecer la funcionalidad de la familia mediante cambios en la interacción familiar. Se enfoca en el aquí y ahora.

Minuchin (1984) concibe a la familia como un sistema social organizado formado por individuos que se interrelacionan a través de lazos de afecto y lealtad, comprometidos en torno al hogar y que persisten en el sistema a lo largo de años o décadas; los elementos que la conforman se comportan y relacionan a través de múltiples interacciones que dan forma a la estructura del sistema. Este modelo pone especial atención en los problemas estructurales

de la familia y en su relación con el síntoma presentado, donde las conductas disfuncionales reflejan una estructura inadecuada en el sistema familiar.

La familia cumple con funciones como son: nacer, crecer, reproducirse y morir siendo un proceso que se lleva a cabo en fases de desarrollo llamadas en conjunto ciclo vital.

Para Minuchin, (1984) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas en las que el sistema sufre variaciones, los periodos de desequilibrio pueden provocar cambios y un salto a una etapa nueva y más compleja. Estas etapas son:

- Formación de la pareja: La pareja deberá definir nuevas pautas para la relación con los demás. La tarea consiste en mantener importantes contactos y al mismo tiempo crear fronteras nítidas que permitan el crecimiento de una relación íntima de pareja.
- La familia con hijos pequeños. Se conforma con el nacimiento del primer hijo, se crean nuevos holones parental, madre- hijo, padre-hijo, el holón conyugal se debe reorganizar para enfrentar las nuevas tareas, volviéndose indispensable la elaboración de nuevas reglas.
- La familia con hijos en edad escolar o adolescentes. Se produce un cambio cuando los hijos empiezan a ir a la escuela, se hace necesario que la familia elabore nuevas pautas: cómo ayudar en las tareas escolares, determinar quién deberá hacerlo y las reglas a realizar.
- La familia con hijos adultos. Los hijos ahora adultos jóvenes, han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y un cónyuge. La familia de origen vuelve a ser de dos miembros, ellos tendrán que hacer una reorganización en donde se negociará la forma en que padres e hijos se relacionan como adultos.

Se puede ver que cada etapa requiere de nuevas reglas, de una nueva estructura familiar. Sin embargo hay familias que se estancan en una etapa lo cual lleva a la disfuncionalidad del sistema; el Modelo Estructural permite analizar la comunicación de tipo verbal y no verbal que pueda predominar entre los miembros de un sistema familiar (Minuchin, y Fishman, 1989).

Un concepto fundamental en el Modelo Estructural es considerar que el sistema familia está formado por holones o subsistemas, como son: individual, conyugal, parental y fraterno; la definición de éstos implica las funciones y roles que tienen dentro de la familia. Así tenemos que la estructura familiar podrá ser evaluada por los parámetros de diagnóstico de la terapia estructural de acuerdo a su funcionamiento.

La estructura familiar es uno de los componentes esenciales del Modelo de Terapia Familiar Estructural en la que se observa cómo se encuentran los límites, los vínculos, los subsistemas, las jerarquías, el territorio, alianzas, geografía, coaliciones, triangulaciones.

Se enfatizan las jerarquías, partiendo de la premisa de que la familia no es una organización entre iguales y de que los padres deben hacerse cargo de sus hijos. Se concibe a la familia inmersa en sistemas mayores y a su vez compuesta de diversos subsistemas: como el conyugal, el parental y el fraterno.

Los límites se definen por la necesidad de roles para lograr que cada miembro cumpla con sus funciones específicas, quiénes participan y cómo; además regula el contacto con otros. Minuchin (1984) menciona tres tipos de límites:

1. Límites claros: aquéllos que se definen con precisión e implican que los miembros funcionen sin interferencia; permiten el adecuado desarrollo de su funciones, (espectro normal).
2. Límites rígidos: aquéllos que caracterizan a las familias con subsistemas desligados, autónomos, independientes, se crea una comunicación difícil, restringiendo los contactos entre los individuos y subsistemas. (desligadas).

3. Límites difusos: aquéllos que no marcan con precisión quién y cómo participan en cada momento; implican invasión entre subsistemas, se da una falta de autoridad en el desempeño de los roles familiares (aglutinadas).

Los límites rígidos y difusos indican áreas de posible disfuncionalidad. Se considera que el problema puede aparecer en aquellas familias que se encuentran demasiado enredadas (familias aglutinadas), donde existe escasa o nula diferenciación entre los subsistemas, o en familias desconectadas (familias desligadas) donde cada persona constituye un subsistema independiente. La atención está centrada principalmente en el presente, se concibe a la familia como una unidad de análisis.

Otro de los aspectos a utilizar en el diagnóstico estructural de la familia es el instrumento conocido como “filiograma” que tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia y en distintas fases del proceso.

Minuchin considera al filiograma una ayuda para que el terapeuta organice el complejo material que está obteniendo; también sirve como diagnóstico y para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticas. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio y los subsistemas.

Minuchin, (1984) argumenta que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. La evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y pone a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia denominado coparticipación, que permite crear una fuerte relación terapéutica.

La intervención tiene lugar a lo largo de toda la sesión, haciéndose difícil distinguir los momentos de evaluación de los momentos de intervención, ya que el terapeuta se interesa desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio.

El cambio se produce cuando la familia se reequilibra sobre una nueva estructura, adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónica que caracterizan un sistema con problemas.

De acuerdo a Minuchin y Fishman (1989) el Modelo Estructural de Terapia Familiar usa tres estrategias principales para el cambio, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son:

- Cuestionar el Síntoma

Las familias que acuden a la terapia tras una lucha prolongada por lo común han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema. El objetivo de cuestionar el síntoma es modificar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros para que busquen respuestas diferentes en el sentir, actuar y pensar. Al cuestionar el síntoma, el terapeuta realiza un reencuadre de la realidad: el de la familia y el terapéutico.

Son tres las técnicas para cuestionar el síntoma:

a) Escenificación: Se trata de la técnica por medio de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así obtener información que la familia no considere importante o relevante, lo hace con el propósito de vivenciar la realidad familiar como ellos la definen. Permite alcanzar tres objetivos: 1) establecer una fuerte alianza terapéutica 2) definir toda la familia como un sistema disfuncional 3) el terapeuta puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica.

b) Enfoque: Por la observación de la familia, el terapeuta recibe información, que deberá seleccionar y darle un significado. Se observan los límites, las fuerzas, los problemas y se determina el familiograma, así como las estrategias terapéuticas, seleccionando primeramente el foco y, en segundo lugar, se desarrolla el tema terapéutico de trabajo.

c) Intensidad: Es la técnica por medio de la cual el terapeuta hace escuchar el mensaje a la familia, más allá de las fuerzas defensivas de ésta. Por esto se hace necesario dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema.

- Cuestionamiento de la Estructura

El cuestionamiento de la estructura familiar sirve para cambiar los papeles y las funciones de acuerdo a la proximidad y la distancia a fin de modificar límites, geografía y jerarquía, así como cuestionar la estructura familiar, la manera en que la familia hace las cosas, sus interacciones y su forma de solucionar los problemas. Son tres las técnicas que intentan cambiar la estructura familiar:

a) Fijación de Fronteras o Límites: Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables, y los límites muy difusos se fortalecen. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.

b) Desequilibramiento: El objetivo terapéutico será cambiar o modificar la posición jerárquica de los miembros de un subsistema. Estos cambios permiten a los miembros de la familia experimentar funciones distintas, ampliar su contexto y asumir una nueva realidad.

c) Complementariedad: La complementariedad se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma así como a la creencia de que el paciente

identificado puede controlar el sistema mediante su conducta. Su objetivo es modificar la relación jerárquica ente los miembros de la familia, cuestionando la idea íntegra de la jerarquía.

- Cuestionamiento de la Realidad

Otra de las estrategias que se emplean para el cambio en la familia es el cuestionamiento de la realidad familiar pues se parte del supuesto de que la familia, a partir de sus experiencias, construye su realidad y ésta le permite ir conformando un sistema con pautas de interacción características que generan un síntoma. Esta estrategia pretende modificar la visión que la familia tiene de la realidad; para lograrlo emplea técnicas como:

a) Constructos Cognitivos: Son todas aquellas creencias o verdades que legitiman la estructura familiar, esto es, el esquema explicativo preferencial o realidad bajo la cual se rige la familia. El terapeuta le ofrece una realidad diferente, utiliza las verdades de la familia para la reconstrucción de una nueva visión de su mundo.

b) Paradojas: Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio. Las paradojas se emplean como instrumento clínico para enfrentar la resistencia y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta.

c) Lados Fuertes: Dentro de la terapia es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas enfatizando la fortaleza familiar para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema. El objetivo terapéutico es lograr lo mejor que cada familia pueda dar y no que sus miembros se ajusten a una familia ideal, generando sus propios recursos.

La finalidad de la Terapia Estructural es ayudar a la familia a desarrollar sus propios recursos. Se pone mayor énfasis en los problemas estructurales de la familia que en el problema presentado, se orienta al crecimiento personal.

El objetivo primordial de este enfoque es la diferenciación y delimitación de los subsistemas, mediante la reestructuración del sistema en la medida que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa. Todo esto tiene una orientación estratégica ya que el terapeuta ejerce y motiva los cambios en la estructura familiar; aunque Minuchin señala que es necesario la unión, y acomodamiento del terapeuta a la familia para establecer una relación de compromiso y apoyo con ellos para poder desafiar (Minuchin y Fishman, 1989)

Modelo Estratégico.

Es un modelo que se deriva del enfoque Sistémico. Tiene como representantes a Jay Haley y Cloé Madanes, quienes dirigieron el Instituto de Terapia Familiar de Washington, miembros del MRI, al igual que Don D. Jackson, John Weakland, Richard Fisch y Paul Watzlawick (Hoffman, 1981). Desarrollaron un enfoque de Terapia Familiar Estratégica influidos a partir de la terapia empleada por Milton Erickson, donde el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente; enfatiza el contexto social de los dilemas humanos, en donde la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en la que se encuentra el cliente. El síntoma es el modo en que la persona se comunica con los demás. Se da por sentado que un problema es la expresión de un malestar y al mismo tiempo es una solución, aunque a menudo tiende a ser insatisfactoria para todos los que tienen que ver con él.

Erickson está interesado en la personalidad, pero no en la forma en que se desarrolla; él acepta la idiosincrasia individual y sus diferencias como algo que le fue dado a cada individuo para hacer su vida interesante y así permitirle un cambio. La tolerancia es el marco de referencia del Modelo Estratégico. La tarea del terapeuta es la de diseñar una

intervención de acuerdo con la situación social del cliente, por tanto, esta aproximación se interesa más en técnicas que en teorías.

Los objetivos de este modelo son ayudar a los pacientes a superar la crisis que presentan, sin más aspiraciones, sin tratar de modificar la psicodinámica ni la estructura familiar.

Implica ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrenta en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la etapa siguiente. Tales etapas han sido enunciadas por Haley (1980) como: 1) periodo de noviazgo 2) primeros tiempos del matrimonio 3) nacimiento de los hijos y trato con ellos 4) período intermedio del matrimonio 5) “destete” de los padres respecto de sus hijos 6) retiro de la vida activa y vejez.

Para este enfoque se tiene interés en el período en que los jóvenes “sueltan amarras” y abandonan el hogar, se puede ver que este enfoque presenta algunas similitudes con el enfoque estructural.

Otros de los objetivos de este tipo de terapia son impedir la repetición de secuencias negativas e introducir mayor complejidad y alternativas. Respecto a las metas y estrategias terapéuticas de este enfoque, se basan en una clara definición de aquéllo que la familia quiere lograr con el tratamiento, por lo que el terapeuta tendrá como meta alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática. A continuación se mencionan las estrategias utilizadas en este tipo de terapia (Haley, 1984):

- La definición de los cambios deseados por la familia, constituye la cuarta fase de la primera entrevista; debe realizarse en términos claros y precisos, centrar la terapia en lo importante y hacer resoluble el problema.
- Una vez que se evalúa qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, en la cual se establece un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen, utilizando la técnica que considere más conveniente.

- Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el portador del síntoma y de qué manera, se programa un cambio por etapas, se crea una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad.
- Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática en la que reside el poder sobre sus progenitores, pero no puede hacerlo directamente, sino a través de los padres, quienes deben retirar al niño el poder que le han delegado. Para modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades de tal forma que la protección de su hijo no les sea indispensable.
- En ninguno de los casos se convence a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado, ya que correrá el riesgo de no alcanzar los objetivos. La meta terapéutica no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino lograr el cambio y resolver los problemas presentados, siempre provocando confrontaciones que favorezcan la aparición de resistencias.
- Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que utilizarla generalmente; una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando uno no tiene éxito se intente otra. La particular combinación de intervenciones necesarias para producir el cambio es distinta para cada familia.

El Modelo Estratégico enfatiza la distinción entre:

- Identificar el problema durante la terapia.
- Definir el problema para realizar un diagnóstico y aplicar técnicas encaminadas a solucionar únicamente el problema presentado.

El diagnóstico de patología es muy característico de los psicólogos clínicos y los psiquiatras. En la Terapia Estratégica la primera tarea será “ definir el problema presente de manera que se pueda resolver”. La intervención terapéutica generalmente toma la dirección hacia lo que la familia debe hacer, fuera y durante las sesiones. La dirección es en la Terapia Estratégica, lo que la interpretación es en el Psicoanálisis.

Respecto a las técnicas terapéuticas: son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema.

Las técnicas de intervención tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden:

- Connotaciones positivas y redefiniciones.
- Tareas directivas, tareas estratégicas o paradójicas.
- Tareas basadas en la simulación (fingir determinadas conductas).
- Ordalías (proveer una alternativa peor que el síntoma) y metáforas.
- Metáforas: dar una historia de la que le paciente ha de sacar una moraleja relacionada con su problema (Haley, 1980, Madanes, 1984, citados en Navarro, 1992).

Otro de los modelos derivados de la Terapia Familiar Sistémica es el de Terapia Breve Centrada en los Problemas.

Terapia Breve Centrada en Problemas

La Terapia Breve Centrada en los Problemas es un enfoque creado en el año de 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el grupo del MRI en 1959. Este modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas tiene como principales representantes a Paul Watzlawick, Richard Fish, John Weakland y Arthur M. Bodin, quienes iniciaron el Centro de Terapia Breve como uno de los proyectos del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI). Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los

pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que ha resultado en vano. Se basa en una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones espaciadas semanalmente.

Se basa en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores que mantienen el problema y motivan la consulta; la terapia y el terapeuta se apoyan en la postura del paciente y de sus familiares ante el problema con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento.

Las técnicas de hipnoterapia creadas por Milton Erickson, han sido de gran influencia (Selekmán, 1996).

La terapia consiste en trabajar con todo el sistema familiar o con parte del mismo, canalizando sus esfuerzos hacia un cambio rápido del problema; para lograrlo, recoge información en términos de conductas concretas sobre el síntoma y las soluciones que el paciente o cliente y su familia han puesto en marcha para resolverlo.

Una vez que se logra una evaluación clara de la secuencia sintomática que abarca el síntoma y los intentos de solución, el terapeuta pide a la familia que defina de manera operativa los objetivos que desea alcanzar con la terapia. Siempre es importante obtener un acuerdo no sólo en la definición del problema que se considera importante, sino también en las metas que se pretende conseguir. Asimismo, es conveniente establecer un orden de prioridades sobre los problemas y metas para iniciar el trabajo terapéutico con lo más urgente, aquéllo que se desea resolver en primer lugar. Esto ayuda a trabajar con aspectos en los que los pacientes están más motivados y confiar en que resuelvan por sí mismos los puntos menos prioritarios, en parte por la generalización de los cambios. Si no es así, se incidirá posteriormente en los problemas secundarios (Ochoa, 1995).

El proyecto de Terapia Breve, de diez sesiones, se inicia con tres objetivos:

- Solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenten las familias.
- Transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros.
- Estudiar los cambios de los sistemas familiares.

La Terapia Breve puede aplicarse a individuos, parejas y a familias y está basada en que considera las quejas de los clientes como el problema a tratar. Ahora, la Terapia Breve del MRI asume que lo que se trata en terapia es el comportamiento, específicamente la problemática de los pacientes, la dinámica de interacción con los demás, como son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etc.

Los integrantes del MRI presuponen que alterando las soluciones intentadas por los pacientes se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos, sin embargo en ocasiones es posible que el síntoma no aparezca como acostumbra, por lo cual durante la fase de evaluación se recomienda preguntar a la familia y al paciente sobre las excepciones al problema y las circunstancias que lo rodean. Dicha información aporta soluciones eficaces para cambiar la conducta sintomática, soluciones que a pesar de existir suelen pasar inadvertidas para los clientes que a menudo desestiman su importancia, aumentando con ello sus sentimientos de impotencia para superar el problema (Sánchez, 2000).

En la fase de evaluación el terapeuta debe obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas.

Como se ha mencionado anteriormente, la Terapia Familiar ha pasado diferentes etapas de evolución, partiendo de la terapia centrada en el pasado o en el origen de los problemas y su etiología; en el periodo de 1970 a 1989 se enfocó en el aquí y el ahora y, finalmente, a partir de 1990 hasta la actualidad, se centra también en la solución hacia el futuro.

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones se acerca a las perspectivas posmodernas.

Terapia Breve Centrada en Soluciones.

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones es una nueva forma de plantearse y enfocar la terapia; muchos investigadores influyeron para llegar a esta propuesta, en la Clínica de Terapia Breve del MRI, de Palo Alto California. Uno de los pioneros del Modelo Centrada en Soluciones fue el psiquiatra Milton Erickson. Sus trabajos fueron fundamentales, practicó la terapia desde finales de los años veinte hasta finales de los setenta. Durante buena parte de esos años, el Psicoanálisis dominaba la psicoterapia; sin embargo, él encontró su propio método terapéutico lejos de la corriente analítica. Indagaba muy poco sobre el origen de los problemas; tenía poco interés en entender por qué las personas se quedaban “atascadas” en sus problemas; las cosas que otros terapeutas consideraban como “psicopatología”, Erickson las consideraba habilidades (Rossi, Ryan y Sharp, 1983, citados en Sánchez, 2000).

Uno de los impulsores principales de la Terapia Breve Centrada en Soluciones es Steve de Shazer, quien ha desarrollado su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. Autores como O’ Hanlon y Weiner-Davis se han sumado a su labor y han contribuido a la difusión de la nueva orientación centrada en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas.

Este enfoque se centra en favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual, durante la entrevista, emplean el menor tiempo posible para conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. El énfasis se centra en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los consultantes, esto es, cuáles son las excepciones a la misma.

Desde sus orígenes, la Terapia Centrada en Soluciones ha estado influida por la terapia del MRI de Palo Alto y más recientemente por Steve de Shazer, quien ha llevado a la máxima

expresión la búsqueda de excepciones al problema. Se ha ido apartando poco a poco de la definición del síntoma y las soluciones generadas con el objeto de superarlo, y a su vez propone recoger información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática que han pasado desapercibidas para los clientes. Ha perfeccionado la utilización que el MRI hace de la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará. No cree que haya ningún movimiento homeostático que impida el cambio. Más bien piensa que el paciente identificado y su familia están motivados para liberarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Para él no tiene sentido hablar de paciente, ya que considera que toda persona colabora de una u otra manera para cambiar por lo que es mejor hablar de “cliente” (Ochoa, 1995).

Para O’ Hanlony Weiner (1990), centrarse en las soluciones y en los aspectos positivos es una forma de pensar que no empieza atacando el problema, sino buscando soluciones y pensando luego cómo llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser y ayuda así a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían entendidos y evocaciones que de otro modo podría no ocurrir.

El enfoque antes mencionado trabaja con sistemas familiares completos, como es la familia nuclear, subsistemas, pareja, padres o personas que acuden solas a terapia. Considera, a todos los asistentes que vienen a la entrevista como clientes motivados al cambio en mayor o menor medida.

Este modelo retoma lineamientos del modelo de Milán y toma en cuenta algunas ideas de la propuesta de Michael White, donde se fundamenta que las familias, así como las personas, forman su propia realidad y no la del terapeuta. Por esto, si todas las realidades son construcciones personales, entonces se puede ayudar a las personas a construir una nueva realidad, donde se vea que sus problemas no son tan malos y que tienen una solución (O’Hanlon y Weiner, 1990).

Algunos terapeutas, basándose en este modelo, como es el caso de O' Hanlon y Weiner, no toman en cuenta los prejuicios que se presentan en la historia clínica de los pacientes, ya que éstos podrían predisponer la postura del terapeuta y de los clientes.

Por su parte, los terapeutas que trabajan con el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones no necesitan conocer la causa del problema para resolverlo y afirman que el sistema no mantiene la homeostasis del problema, sino que los pacientes se han convertido en estáticos y estereotipados. Lo importante en este modelo es ver qué han hecho como intento de solución y si les ha dado buenos resultados.

Este modelo postula que el cambio en los pacientes podría presentarse en pocas sesiones, no más de diez; más tiempo en terapia no es necesariamente sinónimo de salud. Los terapeutas que manejan este enfoque creen en la capacidad de sus clientes, así como en la necesidad que tienen de superar el problema o problemas. El cambio se llevará a cabo a través de pequeñas modificaciones, en la excepción de la conducta rígida de los clientes, rompiendo los círculos viciosos en que se encuentren. El terapeuta buscará las posibilidades y no las limitaciones de sus pacientes. Se plantean las diferencias entre los momentos problemáticos y los no problemáticos, se busca rescatar lo mejor del cliente de entre la conducta inadecuada (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Cuando el paciente da el primer paso y tiene un pequeño cambio positivo, se sentirá más seguro y optimista para seguir avanzando a cambios posteriores. Se le deberá brindar confianza y posibilidades y no acusaciones. Estos cambios de conducta llegan a ser estimulantes para el cliente y su entorno familiar, quienes a su vez llegan a ser estimulados por la retroalimentación positiva de su ambiente, familia, trabajo entre otros.

Otro aspecto a considerar en este modelo es el lenguaje que utiliza el terapeuta, el cual va ligado a la neutralidad constructivista, donde el terapeuta no impone o maneja un lenguaje metafórico, sino que utiliza el lenguaje del cliente, que sea entendible para él, dándole mayor confianza y seguridad.

En este tipo de terapia no existe un modelo de familia normal sino que se acepta cualquier tipo de estructura. La Terapia enfocada a Soluciones toma del Constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer a sus clientes lo que cree que es normal. Al contrario, el terapeuta sólo deberá preocuparse por solucionar las quejas que presentan sus clientes y no deberá creer que existe sólo una correcta y válida forma de vivir la vida (O' Hanlon y Weiner 1990). Debe comprenderse que lo que es una forma de vida aceptable para una familia o para una persona, no es necesariamente un comportamiento aceptable para otra. Por tanto el cliente, y no el terapeuta, identifica los objetivos que deberá alcanzar la terapia.

Tanto De Shazer (1999) como sus colegas dan a sus clientes las mismas indicaciones llamadas “formulas para la tarea”. Se ha encontrado que estos señalamientos corresponden a principios universales. Es decir, en la primera sesión se pide a la familia que observe qué de lo que sucede en su vida o en sus relaciones quieren que cambie. El no compararlos con parámetros normales de familia les ayuda a reorientar las conductas de sus pacientes y aceptarlas positivamente. También encontraron que el cambio de perspectiva parece crear una mejor y positiva imagen que se refleja en una conducta más exitosa para enfrentar el mundo exterior. Como resultado de esta “fórmula para la tarea” De Shazer y su equipo llegaron a la conclusión de que el proceso para iniciar el cambio se podrá dar sin conocer el origen del problema de la familia ni las personalidades de cada uno de ellos. Se enfoca únicamente en cómo resolver el o los problemas de la familia, por los que llegaron a terapia. Este pensamiento los llevó a desarrollar dos postulados para la terapia enfocada en soluciones que son:

- La pregunta del milagro
- La pregunta de excepción.

La pregunta del milagro se plantea de la forma siguiente “supongamos que una noche, mientras estás dormido, se da un milagro y tus problemas están resueltos *¿cómo te darías cuenta? ¿cuál sería la diferencia?*” Estas preguntas tienen el propósito de activar el

proceso para resolver los problemas en las personas dándoles una visión más clara de sus objetivos (De Shazer, 1999).

La pregunta excepcional plantea que se deberá aminorar el problema del cliente y su origen, dirigiendo la atención únicamente hacia lo negativo de la imagen de éste por causa del problema. Se sitúa al cliente en el pasado y en el presente, cuando éste no presentaba el problema y se hace una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema; por ejemplo se le pregunta “¿cómo era tu comportamiento antes de tener el problema ¿cómo te darías cuenta que el problema ya no existe?” (O’ Hanlon y Weiner, 1990).

En este modelo, terapeuta y cliente reorientan sus esfuerzos hacia la dirección de las soluciones, planteando objetivos y estrategias a seguir.

Los cambios se producirán en la percepción y conducta del paciente. Por ejemplo supongamos que se trata de un paciente al que se le ha etiquetado, por lo que se puede preguntar *¿qué te haría ver las cosas diferentes?*. En esta pregunta, a la cliente se le está quitando la etiqueta y se le brinda una posibilidad hacia el cambio de un punto de vista positivo.

Si el cliente describe una conducta de excepción, el terapeuta la encausará hacia la excepción, dándole la posibilidad de saber cómo hacerlo, guiando la orientación siempre hacia el futuro.

Se debe preguntar al cliente cuál sería una pequeña señal de cambio. Con esta pregunta se le está dando la iniciativa para que determine cuál es la modificación que desea lograr o encontrar a través de la terapia y no la transformación que el terapeuta crea que el paciente debe realizar, también se le brinda de manera implícita la posibilidad de cambiar o superarse.

Los cambios que realice el cliente se reforzarán con connotaciones positivas o elogios.

Para Sánchez (2000) este modelo se ubica en la Cibernética de Segundo Orden, ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia. Generalmente en muchos encuadres terapéuticos el terapeuta es el experto y, por tanto, él sabe lo que el paciente necesita y por qué viene a verlo. En el Modelo enfocado a Soluciones, el terapeuta está preparado para no etiquetar patologías, ya que no existe una única forma de concebir los problemas.

Modelo de la Escuela Milán.

En el año de 1967, Mara Selvini Palazzoli, terapeuta individual con preparación en psicoanálisis infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia, en Milán, invitando a otros psicoanalistas, entre ellos a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchín y Giuliana Prata. Durante los primeros años, se reunían una vez a la semana, discutían los casos de las familias en terapia y los trabajos de Don Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick y Gregory Bateson, con la finalidad de establecer las raíces de un modelo terapéutico. Al principio rechazaron muchas invitaciones de otros centros, hasta no tener bien delineado y respaldado con casos clínicos su modelo terapéutico. Fueron motivados a continuar con este trabajo por la invitación de Watzlawick a Italia durante este periodo.

Sus primeros trabajos fueron publicados en inglés; ahí explicaron los principales lineamientos de este modelo, como son; la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico durante la terapia, las connotaciones positivas y los rituales. Estos temas fueron desarrollados en publicaciones posteriores. Cuatro años después apareció su libro "Paradoja y Contraparadoja", Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica, escrito por Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1988). Ahí exponían sus trabajos con pacientes y familias con problemas de anorexia y psicosis.

De las aportaciones de la obra Pragmática de la Comunicación Humana de Watzlawick, Beavin y Jackson y de la visita al MRI, de Palo Alto, el grupo de Milán adoptó el concepto

de que la familia es un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis, donde el uso de la contraparadoja fue el instrumento más representativo de este grupo (Selvini, et. al. 1988). Otra de sus aportaciones fue los conceptos de hipótesis, circularidad y neutralidad. Asimismo, determinaron el equilibrio de un sistema entre la homeostasis y su propia capacidad de transformación y en este periodo describieron por primera vez, la creación de los equipos de trabajo y la estructura de sus sesiones de terapia familiar, que consta de cinco etapas:

- Presesión. El terapeuta prepara la información para trabajar en la sesión.
- Sesión. Dura aproximadamente una hora y es interrumpida por el equipo de observadores (terapeutas) por las preguntas del terapeuta.
- Discusión de la sesión. El terapeuta se retira de la familia, se reúne con los expertos, para determinar sus conclusiones y prescripciones.
- Prescripción de la tarea para la familia: Consiste en un breve comentario o conclusión de la sesión, con el consultante o la familia, en las que se intenta producir un cambio conductual, cognitivo-afectivo.
- Discusión de la reacción de la familia respecto de los comentarios de las prescripciones. La realiza el equipo de expertos una vez que la familia se ha retirado.

Otra de las aportaciones del grupo de Milán en este periodo son las connotaciones positivas, que se refieren a que el terapeuta no sólo trata de calificar el comportamiento sintomático, sino que ve todo el comportamiento como positivo o bueno. El objetivo es preservar la cohesión del grupo familiar, lo cual permite al terapeuta ser aceptado por la familia, pues no desafía o cuestiona ninguna posición de conducta.

“En Paradoja y ContraParadoja” (1988), el grupo de Milán describe sus intervenciones, basadas en los patrones repetitivos de las interacciones de la familia. Lo que el grupo refiere como “juegos sucios” son las coaliciones de un miembro de la familia con su familia de origen, por ejemplo, del comportamiento de dos hermanas para excluir al cuñado de la familia.

La mayoría de las intervenciones se basa en los ritos familiares y no deberán funcionar como interpretación para proporcionar estructura. El grupo cree que el desarrollo de la estructura se presenta después de que ocurren los cambios. El grupo de Milán utiliza los “ritos o rituales” en lugar de las interpretaciones, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. El grupo de Milán clarifica la distinción entre un ritual y una prescripción, que se diferencian en su contenido. Mientras que el ritual es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra, la prescripción ritualizada contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familia, en diferentes circunstancias. El ritual contiene una poderosa prescripción.

El objetivo del terapeuta será conseguir un cambio, pero éste será brindar a la familia la capacidad de poder realizar sus propios cambios sin conflicto en el futuro.

La familia deberá percibir al terapeuta como neutral, sin que tome preferencia o haga coalición con ningún miembro de la familia, sin omitir juicios y aceptando a cada uno de ellos, minimizando la problemática del paciente identificado. Las preguntas de interacción del terapeuta deberán estar dirigidas a cada integrante de la familia, en forma circular y con tiempos iguales de interacción (Scharff y Scharff, 1978, citados en Sánchez, 2000).

El grupo de Milán postula la no directividad del terapeuta con respeto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente (Ochoa, 1995).

En 1980 el grupo se divide en dos, Palazzoli y Prata se centran en la prescripción invariante basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos. Posteriormente ambas se separan, y Palazzoli con un equipo nuevo intensifica su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los juegos psicóticos. En 1999 Palazzoli murió y su hijo Mario ha continuado con su trabajo. Por su parte, Boscolo y Cecchin, quien muere en 2004, continuaron enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten

a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología.

Uno de los conceptos que permitieron el cambio al paradigma de la Cibernética de Segundo Orden fue el de neutralidad. En un inicio, definido por (Selvini, et al. (1988), como los esfuerzos del terapeuta por no aliarse con la familia o mantener una relación privilegiada con algún miembro de ella; este concepto fue cambiado por Boscolo (1987), referido como una actitud de curiosidad, ya que casi parece imposible que el terapeuta se mantenga al margen de la familia; igualmente ambos con el nombre de Milán Asociados, iniciaron el curso para preparar terapeutas familiares, con una duración de tres años, en el centro Matter de Milán, Italia, el año de 1977. Cuando el equipo se separó, ellos continuaron su programa de enseñanza en diferentes lugares del mundo, presentando sus trabajos, cursos de preparación y talleres a través de la docencia. en inglés y algunos en italiano.

A partir de 1990 el pensamiento posmoderno ha evolucionado los conceptos del pensamiento de la Terapia Familiar Sistémica; el terapeuta sostiene una participación más activa en la conversación y juntos encuentran sus propias soluciones donde el papel del terapeuta no es de experto, sino que éste acepta la realidad de la familia y sus historias. A continuación se expondrán los principios básico de esta perspectiva.

6. Posmodernismo

De acuerdo con Elkaïm (1996), hasta el final de los años setenta el sistema que se estudiaba de manera frecuente en la terapia familiar era el de la familia; el terapeuta era considerado un observador externo y muy pocos terapeutas se interesaban en el sistema terapéutico.

A partir de los años ochenta, se dio un importante cambio conceptual con la publicación del libro la realidad inventada de Paul Watzlawick (1984); las aportaciones de las investigaciones sobre Biología del conocimiento realizadas por Maturana, 1984,; Varela, 1989; Von Glaserfeld, 1988, los trabajos sobre la Cibernética de Segundo Orden Keeney, 1991; Segal, 1994; Von Forester, 1990; Watzlawick, 1995, (Maturana, 1997, citado en

Pakman); dieron como resultado la inclusión del observador en el escenario sistémico y su participación en la descripción de lo que observa. El interés central se orientó a identificar cómo influían los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana en general; ya que anteriormente se consideraba al terapeuta como un observador externo, objetivo imparcial, siendo su función el sacar a la luz la verdadera realidad, la realidad objetiva para ayudar a los pacientes a liberarse de las redes en las que estaban presos.

De este nuevo paradigma surgen los Modelos Posmodernos, centrados en el Constructivismo y el Construccionalismo Social.

El Constructivismo plantea que no podemos conocer la realidad en sí, sino que la realidad misma es construida por el sujeto, así lo real no es aquello que existe ante nuestra mirada, sino lo que producimos en el proceso de conocimiento y significación. Entre los constructivistas más importantes se encuentran Ernst Von Glasersfeld y Heinz Von Foerster. (citado en López, 1998).

El Construccionalismo Social, de acuerdo con Gergen (1996), postula que las ideas, conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Entre los exponentes de esta corriente destacan Harlene Anderson y Harold Goolishian y Kenneth Gergen.

Para ambas corrientes el lenguaje, la conversación y una actitud colaborativa del terapeuta, y no una actitud de poder y saber es lo esencial.

El Posmodernismo es una nueva forma de percibir la ética y la estética, con una inédita ecologización que retorna hacia lo natural. Este nuevo mundo se hace presente por la materia y la manera de vestir, alimentarse, convivir, educar, percibir, disfrutar, producir y consumir. En él, la naturaleza y el hombre ya no son objeto de explotación, sino que se respetan y son compañeros (Sánchez, 2000).

Liotard (1984), autor del término “posmoderno” en la filosofía, considera que “ es el estado en que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las

reglas de los juegos de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin del siglo XIX”(p.28). Puntualiza que las sociedades modernas enfatizan sus discursos de verdad y de justicia en los grandes relatos históricos y científicos, mientras que en el Postmodernismo es la legitimación de lo verdadero y de lo justo lo que viene a obviar. El propósito de dicho término era llamar la atención de que algo no marchaba como hasta entonces en la modernidad.

El Posmodernismo no es un periodo histórico ni una tendencia cultural-política, con características bien definidas; más bien cuestiona la verdad única en la búsqueda y la posición social, a través del cuestionamiento de los textos; cuestiona la realidad ya establecida. Postula la narrativa en contra del discurso; es el divorcio de lo estructural, e intenta acabar con la premisa del discurso del texto.

Dentro de la Terapia Familiar Sistémica se pueden destacar las ideas de Maruyama en relación a la Cibernética primera y la Cibernética segunda, para designar homeostasis y cambio. En la primera nos encontramos con la idea de un observador independiente y en la segunda al observador que no puede disociarse de su construcción acerca de lo que observa (Witzeaele y García, 1994).

Con el advenimiento de las ideas constructivistas, el papel activo y constructivo del observador-terapeuta ya no pudo ser concebido independiente de lo observado- paciente.

Algunos autores (Anderson, 1997; Hoffman, 1990, 1997; Keeney, 1987, citados en Witzeaele y García, 1994) reconocen que la Cibernética de Segundo Orden, basada en los trabajos de Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela, propició las condiciones para este giro al plantear la premisa de los “sistemas observantes”, en la cual se incluía al observador como participante en la construcción de la realidad que describía y con ello se resaltaba el papel de la cultura y el lenguaje en el proceso de observación o de los sistemas observantes. Una aportación importante es la de los biólogos Maturana y Varela (1985), que llevan al concepto de la realidad como una construcción del observador más que una realidad en sí misma.

Gergen (1989) plantea que para tener un contexto en el que surgen las ideas construccionistas es necesario mencionar dos corrientes de pensamiento alrededor de las cuales se ha movido la Psicología. Estas son: teorías que han focalizado el estudio de los procesos internos al individuo, como son los enfoques fenomenológico, gestáltico y cognoscitivo, y se agrupan dentro de la “corriente endógena”. Por otro lado el objeto de estudio fuera del individuo, como en el caso de la psicofísica y del conductismo, él las ubica dentro de la “corriente exógena”. Se puede ubicar al racionalismo dentro de la corriente “endógena y al empirismo dentro de la “exógena”. En un primer momento y en una postura de acercamiento las ideas del Construccinismo Social estuvieron originalmente agrupadas bajo el rubro del “socio racionalismo”.

Respecto a la noción de conocimiento, mientras que para la postura empírica éste es concebido como derivado de la observación neutral de la naturaleza, la alternativa construccionista sostiene que el conocimiento se construye socialmente y que la perspectiva del observador, también así construida, determina aquéllo que se ve, con relación a la estabilidad del objeto de estudio y a la posibilidad de la predicción,

Gergen y (1988, p. 107) las aportaciones que este enfoque tiene para la psicoterapia son las siguientes.

- “Los intercambios verbales entre el terapeuta y el paciente no reflejan una verdad cualquiera; no se trata de verificar o de aplicar una teoría preconcebida, sino de comprometerse con un diálogo potencialmente productivo.
- Cuando el paciente habla de tal y tal problema, lo que importa es deslindar el contexto relacional o preguntar para quiénes hace ese discurso y con qué fin. La evocación de una depresión, por ejemplo, puede ser una manera de concentrarse con alguien de invitar a ciertas personas a participar en ciertos “bailes” específicos.

- Puesto que los significados son cogenerados tanto por el paciente como por el terapeuta dentro del contexto terapéutico, ya no existe una voz única ni tampoco un yo unificado; ya no existe una voz sino varias y, por lo tanto, incumbe al terapeuta ayudar al paciente partiendo del aspecto pragmático del lenguaje terapéutico, para que surjan en el paciente otras voces que le permitirán orientarse hacia otros tipos de “conversaciones”.

Mc Namee y Gergen (1996) mencionan que las aportaciones sobre el concepto del lenguaje como construcción social, narrativa y conversación, nos llevan a las nuevas corrientes llamadas posmodernas, donde cada diálogo es una con-construcción entre el terapeuta y sus clientes. Ambos participan y se transforman construyendo nuevos significado, se eliminan las ideas de jerarquía y poder.

Terapia Narrativa

Tal es el caso del enfoque Narrativo de Michael White y David Epston (1993) quienes han creado un modelo que se deriva del Postmodernismo. Presentan un concepto único y poderoso del lenguaje terapéutico y sus cuestionamientos; se basan en el Construccinismo Social para indicar cómo los pacientes pueden ser forjadores de sus propias historias. Reafirman los valores de sus pacientes para ayudarlos a escapar de la opresión de sus problemas, para lo cual utilizan técnicas muy específicas, formadas por cuestionamientos y objetivos muy claros y definidos.

Karl Tomm (citado en White, 1993) devoto seguidor del modelo de Milán, ha divulgado los trabajos desarrollados por White, como es la percepción que éste tiene de las personas y sus problemas. Esta filosofía es tomada de Michel Foucault y más recientemente de sus trabajos con el construccionismo social, mismos que han tenido un impacto definitivo en el campo de la terapia familiar. White diseñó un modelo para que las personas puedan hablar de la opresión de sus problemas; para realizar esto, las personas deberán verse a sí mismas y a sus problemas en forma diferente. En consecuencia, el significado de la historia

que los individuos tienen de sí mismos, su forma de ver el mundo y el uso del lenguaje para construir estas historias, son los factores centrales en las ideas de White y de sus técnicas terapéuticas, que incluyen el construccionismo social y la nueva narrativa.

White (2002) no está interesado en la etiología del problema, pero sí en los efectos de éste en la familia. Su terapia se basa en que, a través de la interpretación de los eventos de la vida, las personas con problemas por lo general desarrollan lo que se llama “descripción de la saturación del problema”. Las personas con historias llenas de problemas se saturan de aspectos negativos en sus vidas y en su personalidad, los cuales son constantes e inevitables, y les hace sentir débiles y, en consecuencia, presas de todo tipo de problemas, haciendo de ésta la historia dominante de su vida. La terapia ayudará a esta última a localizar y generar historias alternativas, esto le ofrecerá a la persona un concepto diferente de sí mismo y de sus problemas.

Una de las ideas de White (1994), es la manera en que utiliza el lenguaje con la familia, mismo que tiene la capacidad para cambiar la historia central de ésta haciéndoles ver otra realidad sobre sus problemas, a diferencia de la escuela post-Milán, donde ellos esperan que surja espontáneamente una nueva y mejor historia. La intención del auto, es que la nueva historia remonte a la familia al pasado, al presente y al futuro, con relación al curso de sus vidas y sus problemas, trabajando con las historias y con los problemas.

El primer paso para obtener una nueva historia es que la familia tome distancia de la historia central y que separe a las personas de la descripción saturada del problema. White y Epston (1993) refiere a esta última como si fuera una entidad externa e independiente de la familia, y a sus miembros como una entidad con voluntad propia para dominar a las personas y a la familia. Esta externalización ayuda a los integrantes a ver que no son las personas ni la familia los causantes del problema, sino que es la relación que se tiene con éste. El causante es el mismo problema y la relación de la persona con el mismo.

Después de externalizar el problema, identificándolo claramente, White realiza una serie de preguntas vinculadas a la relación que existe entre las personas y el problema. Cuando las personas pueden conceptualizar el problema como una entidad independiente, se examina

esa relación, a lo que el autor llama “resultado único”; y cuando el problema se posesionó de la familia le denomina “saturación del problema”.

Frecuentemente sucede que algún miembro de la familia culpa a otro o a sí mismo por ser la cusa del problema. Esto se podría afrontar en el proceso terapéutico; es cuando White se convierte en un “exorcista”, que lanza la maldad del problema fuera de los cuerpos y de la mente de los miembros de la familia y los ayuda a expulsarlo de sus vidas.

White y Epston (1989, citado en Sánchez, 2000) menciona que la externaización tiene los siguientes efectos.

- Descartar los conflictos improductivos entre los miembros de la familia, incluyendo aquellas discusiones quién es el culpable del problema.
- Debilitar el concepto de frustración que se desarrolla en muchas personas por afrontar continuamente problemas.
- Facilitar el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan y luchen contra el problema y escapen de su influencia en sus vidas y relaciones.
- Operar con una nueva visión, para que las personas realicen acciones y recuperen sus vidas de la influencia de los problemas.
- Permitir a las personas tomar los problemas en forma más ligera, efectiva y con menor tensión.
- Presentar opciones para dialogar, en lugar del monólogo acerca del problema.

La terapia se convierte en una serie de interrogantes, en un escenario para examinar la influencia que el problema ha tenido en sus vidas. También funciona como un análisis de las consecuencias del problema en los miembros de la familia. El cuestionamiento terapéutico también ayuda a reforzar el proceso de externalización, ya que como respuesta, los miembros de la familia deberán hablar del problema como si fuera una identidad independiente a ellos.

La aplicación de interrogantes que hace White en la terapia, se basa en los fundamentos de la escuela post-Milán, tomando de ésta las preguntas circulares, que se usan para evitar discusiones familiares y permitirles un enfoque sintomático que les ayude a examinarse a sí mismos y su relación con el problema, tener más fuerza que éstos y no ser lo que ellos pensaron que eran. Estos planteamientos llevarán a los pacientes a ciertas conclusiones, con la confianza de sentirse menos afligidos por sus problemas iniciales, y también les permite tener más alternativas de solución.

Otra aportación significativa de los trabajos de White y Epston (1993) fundamentada en su libro "Narrative Means to Therapeutic Ends", es la propuesta de una cantidad de formas de escritura que se pueden aplicar en la terapia para enriquecerla, como son las cartas, invitaciones, predicciones, declaraciones, los resúmenes de sesiones, el diario, certificados, agradecimientos entre otros.

White ha aplicado sus técnicas a casos tan complicados como la anorexia nerviosa, la esquizofrenia en niños, adolescentes incontrolables, y con familias que presentan todo tipo de problemas. En cada uno de estos casos ha desarrollado innovaciones en sus técnicas con pacientes esquizofrénicos y la corriente psicoeducacional de Anderson, Reiss y Hogart. (citados en Sánchez, 2000).

Otros de los modelos de trabajo, son el "equipo reflexivo" desarrollado por Tom Andersen (1994) y la Escuela Colaborativa Conversacional de Herlene Anderson (1997), que son ejemplos claros de las derivaciones terapéuticas a partir de las posturas conceptuales en los noventas. Por sus argumentos epistemológicos, implican al terapeuta como participante en la construcción social de los significados, ya sea desde una visión Constructivista desde la Cibernética de Segundo Orden o como Socioconstruccionista.

Equipo Reflexivo

Los antecedentes del surgimiento del Equipo Reflexivo se encuentran en la escuela de Milán, en las aportaciones de Gregory Bateson y en las ideas de Humberto Maturana sobre la relación paciente-terapeuta, donde este último indica que es el paciente quien forma su realidad, realizando un cuadro de lo que conocen de ésta y de su actitud ante el mundo. Según Maturana, (1987, citado en Sánchez, 2000) cuando las personas interactúan en el mundo exterior perciben de éste diferentes cuadros o realidades, según la persona y el problema. Afirma que no hay que hablar del universo sino del multiuniverso y de la gran posibilidad de significados que contiene nuestro mundo; por lo que escribe la palabra “objetividad” entre comillas, ya que la realidad, el mundo, “el tuyo y el mío”, está formado por la percepción y realidad de cada uno, sin afirmar que “mí” realidad o “tu” realidad sea la única o la verdadera, como lo establece el pensamiento lineal o analítico, en contraste a la comunicación semántica del pensamiento circular o constructivista

Tom Andersen, profesor de Psiquiatría social en la Universidad de Tromso, Noruega, es el fundador de los equipos de Reflexión; inicialmente él trabajaba utilizando un espejo unidireccional: de un lado el equipo de observación junto con el supervisor y, del otro lado, el terapeuta en formación, enfatizaban, sobre todo el aprendizaje de desarrollar hipótesis sistemáticas (Hoffman, 1990).

Andersen (1987, p. 417) describe en su artículo *The Reflecting*, cómo surgieron los equipos de reflexión.

“Me encontraba supervisando una terapia con dos colegas en la cámara de Gesell; el terapeuta estaba sumergido en el pesimismo de la familia y había salido a que le diéramos supervisión en tres ocasiones; se le sugirió una posición más optimista ante el problema de la familia, pero caía nuevamente en el pesimismo. Ambos cuartos estaban acondicionados con luces y micrófonos, así que pregunté si la familia quería escuchar nuestros comentarios sobre ellos, a lo cual respondieron afirmativamente; procedimos entonces a apagar las luces del salón de terapia y prendimos las de la cámara de Gesell. Así, la familia y el terapeuta nos vieron y

escucharon nuestros comentarios a través de los micrófonos, recibiendo una retroalimentación más positiva de sus problemas. Posteriormente comentamos nuestra innovación, la que fue aceptada muy bien por la familia, por el terapeuta y por todos nuestros colegas de la clínica. Así es como se iniciaron los grupos de reflexión”.

Andersen también tomó algunas pautas para los grupo de reflexión de los trabajos realizandos en el Instituto Ackerman de Nueva York y del Instituto de la Familia de Galveston, Texas, en especial los referidos al cuidado, respeto e integridad que tienen para con las familias

Este modelo cambió al introducir las ideas de Maturana, Varela y Von Foerster. Se abandona la idea de experto y superioridad del supervisor, a favor de compartir y participar todos juntos, equipo, terapeuta y supervisor. A partir de este momento empezaron a utilizar un espejo bidireccional, que permitía al terapeuta y a la familia o clientes, observar las discusiones del equipo y supervisor, formándose un proceso recíproco de observación y reflexión, donde la comunicación es totalmente circular; en ella ya no existe la barrera que separa al equipo terapéutico de los clientes (López, 1998).

Estas ideas sobre el equipo reflexivo, están relacionadas con las del equipó de Milán, a cerca de una organización no jerárquica y sí de colaboración (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 1987) todas las hipótesis generadas por el equipo son tomadas en cuenta. La modalidad de equipo reflexivo es una expresión de colaboración y horizontalidad.

Si bien en otros modelos sistémicos se puede jerarquizar por separado al terapeuta y a la familia, dentro de este modelo se considera que no es posible porque, el terapeuta es un observador, lo que dice y como lo dice determina que se abra una conversación o que se cierre, cuando observa los tros observan que él observa, en el que terapeuta y familia están en una posición de mutua observación.

Otra modalidad de trabajo dentro del amplio campo de la Terapia Familiar Sistémica es la Intervención en Red.

7. Intervención en Red

La Intervención en Red se refiere al trabajo con multifamilias vinculadas por lazos afectivos, siendo su propósito dar contención alrededor de la persona sintomática ofreciendo otras posibilidades de interacción. Existen varios psicoterapeutas interesados en el trabajo en intervención en red haciendo sus aportes en diferentes partes del mundo como son : Mory Elkaïm (1989), Ross, Elizabeth Both , Danielle Desmaris, (citados en Rodríguez y Sod,1996) quienes han tenido un acercamiento con pacientes esquizofrénicos; se dieron cuenta que los problemas aparentemente individuales estaban ligados a situaciones colectivas, lo que permitió crear estas prácticas de red, donde las intervenciones terapéuticas fueron reducidas al mínimo y enfatizaron el contexto social .

Rodríguez y Sod (1996) comentan que el trabajo con varias familias dentro de una misma sesión terapéutica, es una modalidad poco utilizada y poco desarrollada conceptualmente; se empezó a utilizar hace unos treinta años aproximadamente. Además de entrelazarse con la terapia de grupo, se encuentra influenciada por la terapia familiar de orientación sistémica.

Si bien la terapia con multifamilias se utilizó en sus inicios con pacientes psicóticos en la actualidad se ha reconocido su uso con todo tipo de problemas.

Lo anterior lo pude confirmar en el trabajo terapéutico de Intervención en Red realizado en el C.C.H.A. Con el grupo de residentes y la supervisora de la sede llevamos a cabo Intervención en Red con 8 familias de alumnos del plantel, de las cuales participé directamente con 4 familias en colaboración con otra terapeuta residente. La modalidad de intervención realizada se describe a continuación.

Consistió en 5 sesiones grupales de una hora y media de duración cada quince días, a la que asistieron los adolescentes con uno o más adultos significativo padre, madre, hermano (a) mayor, tío (a) o tutor (a) durante las cinco sesiones; cada grupo fue atendido por dos terapeutas en presencia de todo el equipo conformado por los 8 terapeutas y la supervisora.

La primera sesión se inició con la presentación de las dos terapeutas, así como del equipo terapéutico; posteriormente cada uno de los integrantes (adolescentes y persona significativa) se presentó exponiendo las razones del porqué estar ahí, su problemática, soluciones intentadas, así como sus expectativas respecto a las cinco sesiones de trabajo.

Segunda sesión, se pidió a los adolescentes que formaran un círculo y los padres otro detrás de ellos. Los padres observaron y escucharon a los adolescentes sin intervenir, quienes plantearon sus problemática, la visión de lo que sucede en su familia que los ayudaba u obstaculizaba. Con este tipo de intervención se pretendió propiciar una mirada diferente del adulto sobre lo que le ocurría al adolescente y su participación en ello.

Tercera sesión, los padres formaron un círculo al frente, ellos fueron quienes hablaron en relación a sus sentimientos de cómo percibían la problemática, a su hijo (a), los adolescentes los observaron en silencio; de esta manera se pretendió que los padres se apoyaran entre sí para construir otra visión sobre sí mismos y sus hijos, validar sus sentimientos y encontrar alternativas; por otro lado, el que los adolescentes escucharan y comprendieran la visión de sus padres.

Cuarta sesión. Se trabajó con todos los miembros de la red (padres y adolescentes) buscando reforzar sus nuevas historias de vida que se fueron construyendo al escuchar a los otros.

Quinta sesión: Se trabajó con todos los miembros del grupo haciendo dos equipos, de adolescentes y padres. Cada uno debía realizar un dibujo que expresara cómo visualizaban su futuro los adolescentes y los padres cómo podrían ayudar a sus hijos. Entre ambos equipos se dieron algunos intercambios y sugerencias que fortalecieron la red.

Algunas de las sesiones al final estuvieron acompañadas por la intervención de los terapeutas observadores en la modalidad de equipo reflexivo (Andersen, 1994).

Considero que la experiencia de vivir y compartir esta modalidad de trabajo me permitió experimentar el impacto que tiene la dinámica de trabajar en grupo, co-construir historias alternativas a la problemática presentada, a través de un trabajo colaborativo de quienes integramos la red (padres, adolescentes, supervisora y residentes).

III DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

1. Análisis y Discusión Teórico Metodológico de la Intervención Clínica con Familias.

El propósito central del Programa de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología se enfocó al desarrollo de nuestras capacidades y habilidades en el trabajo clínico con familias en los diferentes escenarios terapéuticos. Se pusieron en práctica los principios teóricos, las técnicas, intervenciones y supervisión en vivo con familias, basados en los diferentes modelos revisados, Estructural, Estratégico, Terapia Breve Centrado en Problemas y Centrado en Soluciones, Milán y los Enfoques Posmodernos, Narrativo y Equipo Reflexivo.

Durante el tiempo que participé en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, tuve a mi cargo la atención terapéutica de seis familias, (ver anexo) en las que pude poner en práctica algunos de los diferentes modelos y enfoques señalados, tomando en cuenta las necesidades de las familias y la pertinencia del abordaje de acuerdo a la problemática presentada por ellos; como parte del equipo terapéutico en supervisión en calidad de participante y observadora fueron treinta familias con las que trabajé.

De las seis familias en las que intervine en calidad de terapeuta elegí cuatro familias para ser presentadas en este reporte, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Programa de la Residencia. A continuación abordaré el análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica de los casos presentados retomando los principios del Modelo Estructural principalmente. Éste es un modelo en el que me siento ampliamente representada, en cuanto a que evalúa la relación del síntoma con el sistema, evalúa la estructura familiar y evalúa todas las ideas acerca de la construcción de la realidad de la familia alrededor del problema. Considero que hay una secuencia clara y amplia en este modelo, situación que me parece interesante en cuanto a la forma de abordar y exponer los casos.

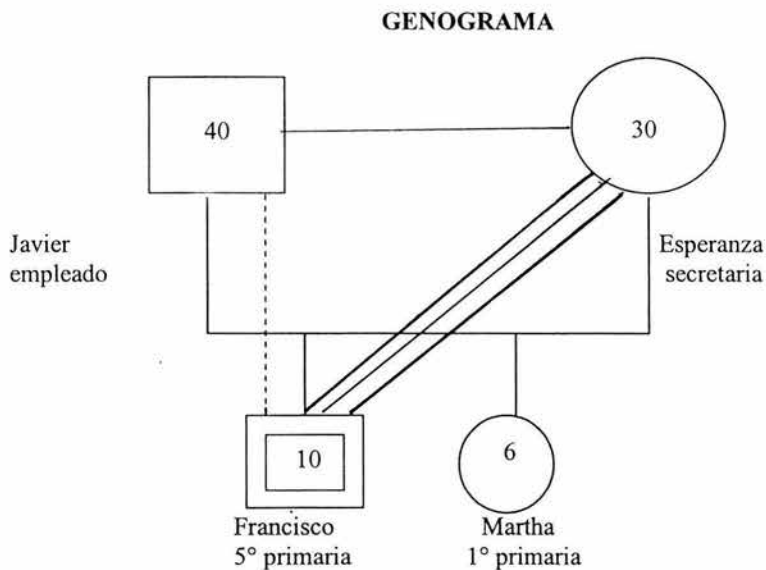
En el análisis mencionaré: los datos generales, antecedentes familiares, genograma, motivo de consulta, hipótesis sistémica, objetivos terapéuticos, estrategias de intervención, técnicas utilizadas; el diagnóstico familiar, en el que se hará un análisis de la estructura familiar, los límites, la resonancia, el contexto, el ciclo vital, la función del síntoma; las redes o recursos familiares, la evaluación y observaciones generales.

En las cuatro familias presentadas los datos generales como nombre, edad, y ocupación son seudónimos para proteger el anonimato y confidencialidad de las personas.

Encuadre

Todos los casos presentados fueron abordados bajo el siguiente encuadre: Se indicó a la familia la modalidad de trabajo por medio de la firma de un consentimiento informado, donde se solicitó la aceptación de los miembros de la familia, se explicaron las condiciones de la videograbación y del trabajo en equipo, mencionando la duración de la sesión, la frecuencia de la terapia, la observación del equipo terapéutico, ya sea detrás del espejo unidireccional (FESI) o bien, la observación directa en el caso del ISSSTE y CCHA. Se hizo énfasis en la confidencialidad de lo vertido en las entrevistas y en el uso de los videos.

Caso No. 1 Familia Ocampo Hernández.



Modalidad: Terapia Familiar; las nueve sesiones de trabajo contaron con equipo y supervisión directa en vivo. Las cinco primeras sesiones se dieron en un intervalo 15 días entre sesión y sesión, las cuatro restantes en espacios de un mes.

No. de Sesiones: 9.

Modelo trabajado: En un primer momento Terapia Breve Centrada en Problemas, posteriormente se enfocó en el Modelo Estructural.

Motivo de consulta: Los padres fueron quienes solicitaron el servicio en la clínica del ISSSTE; inicialmente la familia acudió a consulta debido a que Francisco presentaba enuresis nocturna desde hacía año y medio (al momento de la terapia) y mojaba la cama si no se le despertaba en las noches para ir al baño, situación que fue abordada por la psicóloga de la clínica. Al ser canalizados a Terapia Familiar la demanda principal de

ambos padres se enfocó en la preocupación por el desempeño escolar de su hijo. Mencionaron que se mostraba excesivamente lento, flojo y distraído para realizar las cosas, tanto en casa como en la escuela, siendo mayor su preocupación en el ámbito escolar; refirieron que esta situación le estaba ocasionado bajas calificaciones. Al momento de la consulta estaba teniendo problemas con su maestro, por no cumplir con las tareas, no trabajaba y en ocasiones llegaba a no hacer nada en el horario de clases, lo que había ocasionado llamadas de atención y quejas por parte del maestro.

Antecedentes familiares.

Al inició de la terapia, la familia Ocampo estaba conformada por cuatro miembros, el padre de 40 años, la madre de 30, Francisco de 10 años y una hija llamada Martha de 6 años. La pareja tenía 11 años de casados, para ambos era su primer matrimonio.

El pediatra de la clínica le recetó Tofranil, que le dio buen resultado mientras lo estuvo tomando, pues dejó de orinarse en la cama, sin embargo después de haber tomado 2 cajas el médico lo suspendió, debido a que mostró mejoría pues la enuresis disminuyó, y por no encontrar problema a nivel orgánico.

La psicóloga de la clínica inició un programa de control de esfínteres nocturno, pidió a los padres no darle líquidos a Francisco dos horas antes de ir a dormir, llevarlo al baño antes de acostarse, levantarse durante las noches constantemente para identificar la hora en la que se orinaba y después levantarse en ese horario únicamente, el cual dio resultados satisfactorios, disminuyendo la frecuencia de la enuresis.

Al llegar a Terapia Familiar se abordaron los dos motivos de consulta, en un primer momento la enuresis y posteriormente la terapia se enfocó al desempeño escolar del niño.

Diagnóstico familiar.

El diagnóstico familiar se logró a través del proceso de interacción, de unión y acomodamiento del terapeuta con la familia, en el que se toma en cuenta la estructura familiar.

A lo largo de la interacción con la familia y las intervenciones llevadas a cabo pudimos observar que es una familia que se mostraba amalgamada, aglutinada, no rígida, no desafiante, la madre ocupaba un lugar central, que dejaba poco espacio al esposo; era una familia con bastante resonancia afectiva, todos saben de todos, con poca autonomía y mucha pertenencia, el mundo exterior era percibido como amenazante, básicamente por los padres. Existía poco contacto afectivo con ambas familias de origen. Se observaron alianzas más marcadas entre la madre y los hijos, los límites entre los subsistemas eran difusos, no se daba una claridad respecto a las reglas y tareas a realizar en casa, el subsistema parental, estaba ocupando casi todo el espacio con respecto al subsistema conyugal.

En su intento de ser padres flexibles, afectivos, se les dificultaba el ejercicio de la autoridad.

En cuanto al momento evolutivo, se encontraba en la etapa de familia con hijos en edad escolar, predominando las exigencias en la organización en cuanto al apoyo de los chicos en las tareas escolares, establecimiento de reglas y tiempos para el estudio, actividades recreativas (juegos, ver televisión), consolidación de hábitos de cuidado y limpieza.

Se observó que como la estructura no eran rígida, el pronóstico fue bastante bueno.

Hipótesis que guió la terapia.

Después de varias sesiones de trabajo donde se fueron modificando y construyendo las hipótesis sistémicas durante el proceso terapéutico, retroalimentándose las primeras ideas acerca de lo que pasaba en la familia, se planteó la hipótesis que guió el trabajo terapéutico.

Se observó que la función que estaba cumpliendo el síntoma en esta familia fue que el niño ayudaba a sus padres desviando su atención hacia él, manteniéndolos ocupados y centrados en la enuresis y en el bajo rendimiento académico como si fuera un niño de menor edad, para conservar regulada la distancia entre sus padres, que no se ocuparan de ellos mismos como pareja, ni que fomentaran las relaciones afectivas; se daba una sobre involucración de la madre en su rol parental, situación que estaba dificultando al hijo el logro de mayor autonomía y el acercamiento afectivo con el padre.

Proceso terapéutico y estrategias de intervención.

Las intervenciones realizadas con la familia se sustentaron en un inicio de la terapia en el Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas, tomando en cuenta que es un modelo que se enfoca a canalizar los esfuerzos terapéuticos hacia un cambio rápido y eficiente de los problemas que presenta la familia. Para lograr lo anterior se usó la estrategia de recoger información en términos de conductas concretas sobre el síntoma y preguntas sobre los intentos de solución que el paciente o cliente y su familia habían puesto en práctica para resolver el problema: asimismo se pidió a la familia que definiera de manera operativa los objetivos que se deseaban alcanzar con la terapia, por considerarse una terapia de acción.

Posteriormente la terapia se enfocó en el Modelo Estructural, al analizarse que el modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas constituía un enfoque muy directo al síntoma. Conjuntamente con el equipo terapéutico nos dimos cuenta de qué aspectos de la estructura familiar podrían estar influyendo en el síntoma, por lo que se hizo una evaluación de la estructura. El Modelo de Terapia Breve no da cuenta de la estructura familiar, de lo que pensaba la familia sobre lo que pasaba, por lo que modificamos la intervención ya que consideramos que el Modelo Estructural sí lo daba.

La familia presentó a Francisco como el paciente identificado; los padres se mostraron molestos por las conductas presentadas por su hijo. En la primera sesión los padres se centraron en la enuresis. Se trabajó con la familia un calendario en el que él tenía que poner caritas felices los días que amaneciera seco y una triste los que amaneciera mojado.

Como parte del proceso, en sesiones posteriores se llegaron a dar cambios respecto a los días en que amanecía la cama seca; en un lapso de 15 días sólo una vez se orinó.

Posteriormente la terapia se enfocó a abordar la interacción familiar y a disminuir la centralidad del hijo como el paciente identificado, al referir los padres su bajo rendimiento escolar y lentitud para realizar sus tareas y actividades en casa.

Una vez obtenida la información, se llevaron a cabo las siguientes intervenciones:

Rastrear el problema, explorar la dinámica familiar mediante preguntas lineales y circulares, cuestionar el problema, desafiar al síntoma y a la estructura, así como cuestionar la realidad familiar (Minuchin y Fishman, 1989).

Durante el proceso terapéutico se emplearon diversas intervenciones como son: connotación positiva, mantenimiento de foco, cuestionamiento de la estructura a través del establecimiento y fijación de límites, que llevaron a un mejor acercamiento, desequilibramiento permitiendo modificar las jerarquías en la familia, reducir o eliminar el estrés.

Se desafió al síntoma ya que se tenía identificado a Francisco como el principal portador del problema, por lo que se intentó modificar la concepción que la familia tenía del problema, en la que se logró que los padres cambiaran el foco del paciente identificado al de la estructura familiar, así como de reconocer que el problema involucraba a todos y no sólo a una persona.

Respecto al cuestionamiento de la estructura familiar se trabajó la proximidad y distancia entre el sistema parental y el conyugal, a través de establecer límites claros entre los subsistemas y la posición jerárquica a través de motivar al padre a continuar desarrollando la relación con su hijo, favoreciendo un mejor acercamiento entre ambos; ésto se hizo tomando en cuenta que la madre establecía mayor centralidad hacia el hijo y la relación entre padre e hijo era distante.

A través de la técnica de desequilibramiento la madre cambió su actitud señalando que se encontraba sobre involucrada en la relación padre hijo, ya que ella era quien determinaba la manera en que tenía que darse la interacción, llegando a forzarlos y no dejándolos ser espontáneos.

En otro momento de la terapia se desafió a los padres haciéndoles ver las diferencias que se percibían entre ambos respecto a la interacción y el estilo de crianza hacia su hijo.

Con base en la estrategia del cuestionamiento de la realidad, en la que la familia a partir de su experiencia construye su realidad permitiéndole conformar un sistema con pautas de interacción características que generan un síntoma, la familia logró modificar la visión de su realidad respecto a la concepción del problema y construir una visión diferente.

Por medio de un mayor acercamiento con la familia, a través de establecer con ellos una posición de experta, se redefinió el problema de lento y distraído al de un niño que tiene su propio ritmo para realizar sus actividades.

Por medio de la estrategia del cuestionamiento de la realidad se resaltaron los lados fuertes de la familia así como sus recursos, permitiendo que se percibieran como una familia creativa.

Se resaltó el compromiso de la familia al asistir a terapia y la preocupación de los padres por la educación de los hijos; se les percibió con mayor flexibilidad. Dejó de haber una demanda en cuanto a la lentitud de Francisco, ya que los padres redefinieron el tener un niño lento y distraído como lo percibían antes, al de un niño que tiene su propio ritmo para realizar sus actividades; se normalizó el hecho de que todos tenemos un ritmo para aprender y que el problema de Francisco es algo que pasa a muchos otros niños. Los padres lo percibieron y lo aceptaron como un punto de vista alternativo, aceptando los cambios de su hijo.

Evolución del motivo de consulta y alcances del proceso.

Conforme fue avanzando el proceso terapéutico, Francisco dejó de mojar la cama por las noches casi por completo; después de la tercera sesión sólo se registró una ocasión. Los padres atribuyeron esto último a que el niño pasó por una situación de nerviosismo.

La familia se mostró comprometida con la terapia. Se llevó a cabo un adecuado *joining* durante el proceso terapéutico. Se percibió a los padres motivados, con esperanza al cambio y a la vez realizando acciones para lograrlo.

La familia impresionó como una familia que aceptaba las indicaciones, flexible y adaptable a los cambios, preocupada por la educación de los hijos, principalmente por Francisco. Sin embargo, se observó por parte del padre una mayor exigencia y perfeccionismo hacia las actividades que su hijo realizaba.

En vista de los diversos cambios que se vieron en Francisco, conjuntamente con el equipo se redactó una carta para el niño felicitándolo por los logros que hasta el momento había tenido, resaltando sus lados fuertes y connotando positivamente como una estrategia, para motivarlo a continuar con los cambios; además se insistió que los padres pudieran reconocer los cambios y los logros que su hijo estaba teniendo. Se le motivó a que continuara realizando sus tareas.

De acuerdo con Minuchin (1984), cuando se identifican los recursos y lados fuertes de los individuos y de la familia, la construcción de la realidad familiar cambia, por lo que se puede estimular a las personas a que desarrollen nuevos significados con relación a ellos. Esto requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa a la vida de la persona. Esto fue lo que sucedió con Francisco cuando se logró que se diera un cambio en la construcción de la visión que la familia tenía ante el problema, ya que los padres se pudieron dar cuenta que su hijo contaba con recursos e iniciativa para

tomar sus propias decisiones. Los padres se mostraron motivados por la decisión que tomó su hijo. Decidió por iniciativa propia y solicitó al maestro de grupo la posibilidad de cambiarse de lugar y fila para estar más adelante y no distraerse en las clases con facilidad, petición que el maestro aceptó, se comprometió a realizar sus tareas por sí mismo y sólo en caso que se requiriera solicitaría el apoyo de sus padres.

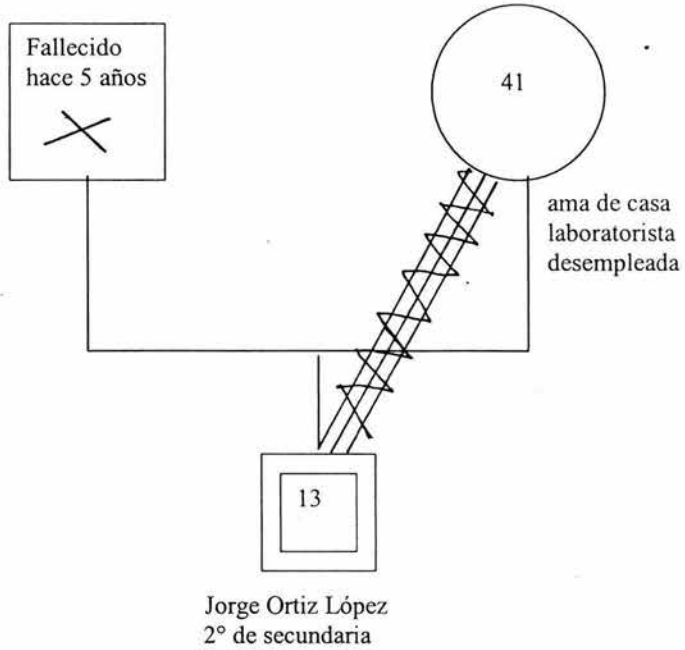
Se pidió a los padres que calificaran en una escala del uno al diez su evaluación de la solución del problema. El padre ubicó los cambios hechos por Francisco desde el tiempo que venían a la terapia hasta que finalizó, en una escala del 1 al 10 (donde 1 es el mínimo y 10 el máximo) en 8, la madre lo ubicó igual. Se continuó dando seguimiento a la familia por espacio de dos meses a través de dos llamadas telefónicas con la finalidad de ir reforzando los cambios en la estructura familiar.

Caso No. 2 Familia Ortiz López

GENOGRAMA

Alberto Ortiz

Alma López



Modalidad: Terapia Familiar; las ocho sesiones contaron con supervisión directa en vivo. Las siete primeras sesiones se dieron en un intervalo de 15 días, entre sesión y sesión, la octava con espacio de un mes.

No. de sesiones 8

Modalidad trabajada: En un primer momento Terapia Breve Centrada en Soluciones, posteriormente se enfocó desde el Modelo Estructural

Motivo de consulta: La señora mencionó que el principal motivo por el que solicitó la terapia fue porque su hijo estaba teniendo muy bajas calificaciones, llevaba cuatro materias reprobadas en el segundo bimestre y notó que no cumplía con tareas. En el bimestre anterior tuvo bajas calificaciones, se distraía fácilmente en clase, le costaba trabajo concentrarse; le preocupaba la situación de su hijo, sobre todo que fuera impulsivo.

El médico familiar fue quien los canalizó al área de Psicología diagnosticando a Jorge con déficit de atención y bajo rendimiento escolar; la psicóloga de la clínica lo refirió al área de Terapia Familiar.

La madre comentó que Jorge se tensaba mucho en situaciones que lo estresaban, por ejemplo, ante exámenes y en el deporte de Tae Kwan Do.

Antecedentes familiares.

La familia estaba integrada por dos miembros: la madre de 42 años y su hijo de 13 años, que cursaba el segundo año de secundaria, a quien la madre designó como el paciente identificado. Refirió que ella era ama de casa, estudió una carrera técnica, pero no la había ejercido, quedó viuda desde hacía 5 años, sólo tiene un hijo y ambos viven juntos.

La señora refirió que Jorge tenía una actividad deportiva (Tae Kwan Do) la cual no deseaba quitarle ya que de esta manera lo motivaba y, por otro lado, lo presionaba para que se apurara en sus tareas escolares y le quedara tiempo para realizar esta actividad. La madre consideraba que si no tuviera esta actividad, ése sería un tiempo mal aprovechado ya que él no se preocupaba por apurarse en nada. Requería de que estén “sobre de él” para cumplir con sus responsabilidades; aunque no lo castigaba, ella le exigía mucho, pero también le ayudaba en todo lo que podía y le daba todo lo que pedía. Por eso ella pensó que ésto ya era un problema, ya que a pesar de su ayuda él no se responsabilizaba y no cumplía con todas sus actividades escolares.

La señora refirió que su hijo tomaba como pretexto necesitar a su papá.

Al preguntar a Jorge por qué estaba en la terapia confirmó lo que su mamá decía, sin embargo no asumió su responsabilidad, ya que tendía a culpar a algunos de sus compañeros diciendo que ellos lo distraían, lo molestaban y que por eso tenía bajas calificaciones y había reprobado materias. Comentó que sus amigos se burlaban de él por no tener papá, situación que lo enojaba, por lo que había llegado a golpear a algunos de ellos.

Diagnóstico familiar.

A lo largo del proceso terapéutico, la interacción con la familia y las intervenciones llevadas a cabo, pudimos diagnosticar la estructura familiar; se percibió en la familia sobre involucración entre madre e hijo. Era una familia aglutinada, con límites difusos, que en ocasiones tendían a ser rígidos; la sobreinvolucración propiciaba poco espacio entre él y la madre, para relacionarse hacia el exterior; era una familia con bastante resonancia afectiva, todos saben de todos (madre-hijo); existía poca autonomía por parte del hijo, ya que la madre absorbía los espacios de éste como son la escuela, actividades recreativas. Asimismo ella manifestó que su vida giraba en torno a su hijo; por lo anterior se observó bastante pertenencia. Para la madre, el mundo exterior era percibido como amenazante; existía mayor contacto con la familia de origen de la madre.

Hipótesis que guió la terapia.

Respecto a la hipótesis sistémica que se fue construyendo y trabajando durante las sesiones, el momento evolutivo de esta familia, era el de familia con un hijo iniciando la adolescencia. Se les estaba dificultando, principalmente a la madre, aceptar este cambio con las nuevas necesidades de acomodación a esta etapa, de ahí que Jorge se comportara como niño, como una forma de ayudar a mamá a tener de qué ocuparse y que no se deprimiese por la falta del padre.

Es posible que dada la etapa del ciclo vital por la que transitaba la familia (etapa de familia con hijo adolescente), el bajo rendimiento de Jorge se manifestaba como una forma de diferenciarse de su madre, ya que de otro modo estaría siendo más difícil para él separarse

de ella. Sin embargo, el mismo síntoma provocaba que se intensificaran los esfuerzos de acercamiento de la señora con lo que se dificultaba la diferenciación y los esfuerzos por independizarse que estaban relacionados con los problemas de conducta.

Los objetivos terapéuticos trabajados con esta familia, fueron:

- Promover un cambio de percepción del problema, en el que se viera de forma sistémica.
- Demarcar límites más claros y precisos entre los diferentes subsistemas parental y fraterno.
- Disminuir la centralidad de la madre y dar mayor espacio al adolescente para que pueda relacionarse hacia el exterior.
- Disminuir el poder que ejerce el paciente identificado a través del síntoma.
- Incrementar la autonomía del hijo y de la madre a través de un proceso de diferenciación entre cada uno de ellos.
- Incrementar las posibilidades de diálogo y llegar a acuerdos.
- Elaborar el duelo por la pérdida del padre.

Proceso terapéutico y estrategias de intervención.

El proceso terapéutico y las intervenciones estuvieron enfocados en un primer momento en el modelo de Terapia Breve Centrada Soluciones, posteriormente se centraron en el Modelo Estructural. Retomando lo que Fishman (1990) argumenta respecto al trabajo terapéutico con adolescentes, nos enfocamos no en tratar el nombre de la dificultad (etiqueta) sino, más bien, la atención estuvo centrada en el contexto que estaba creando y perpetuando el problema en cuestión, partiendo de que la intervención terapéutica social más eficaz para tratar a los adolescentes es la Terapia Familiar que toma en cuenta todo el contexto multifacético en el que interactúa el adolescente, como es la familia, los pares, la escuela, los ídolos, la cultura; la familia es la fuente más duradera de sus relaciones y la que tiene más recursos con los cuales producir cambios. Además de todos los cambios que sobrevienen en los sistemas sociales en los que participa el adolescente, están los cambios

que se producen en su familia, a los cuales también es vulnerable. Por lo anterior los problemas de esta familia se abordaron en un contexto de totalidad, es decir no se trató sólo al adolescente en forma aislada, sino se incluyeron a todas las personas significativas de la familia en la vida del adolescente.

De acuerdo a este enfoque se apoyó al sistema familiar permitiendo estabilizar una estructura diferente y más funcional en la interacción familiar.

En las primeras sesiones se intervino con la familia nuclear completa y posteriormente, a partir de la tercera sesión, se pidió a la madre que saliera, trabajando sólo con el adolescente, solicitando unos minutos antes de terminar la sesión la participación de la madre. A partir de la séptima sesión se trabajó nuevamente con ellos juntos.

El trabajo terapéutico se enfocó en un inicio sobre la demanda de la madre ante el bajo rendimiento de su hijo, y el comportamiento impulsivo que mostraba con sus compañeros de clase. También se trabajó en el control de sus emociones, que ha depositado en el exterior (compañeros, maestro, mamá) para ir responsabilizando y centrando el enojo e impulsividad en él.

Con base en el proceso terapéutico, en sesiones subsecuentes se abordó la situación de la pérdida significativa que tuvieron, la muerte del padre.

Posteriormente, la terapia se enfocó a resaltar los cambios que madre e hijo han mostrado, en cuanto a mejorar sus calificaciones, burlar a los compañeros, no hacerles caso cuando lo insultan, decidir alejarse de ellos; logró establecer una mejor relación con algunos de sus compañeros. En casa hay cosas que él hace sin que la madre se lo pida, como es el apoyar en tareas domésticas, acomodar su ropa. La señora se dio cuenta de la alta exigencia que había tenido para con su hijo.

Se trabajó con la madre los costos, qué pierde ella al estar tan pendiente de su hijo; se argumentó que el costo es no poder hacer sus cosas como ella quisiera, por estar al pendiente de su hijo.

En las primeras sesiones se trabajó con el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones; se empleó dicho modelo considerando que es la misma familia, con apoyo del terapeuta, quien debe encontrar soluciones, ante la situación específica que los llevó a terapia, lo cual se pudo observar en el proceso terapéutico donde el hijo y la madre utilizaron sus propios recursos ante los cambios presentados.

Desde este enfoque, se afirma que la familia está forzada por la visión corta y pesimista de sus problemas y sus vidas, lo que provoca una serie de secuencias rígidas.

Se trabajó desde este modelo ya que se percibió que el adolescente requirió de pequeños cambios, los cuales permitieron que se dieran cambios mayores. Esto confirma la posibilidad de obtener resultados al confiar en las habilidades y recursos de la familia para encontrar la solución.

Lo importante en este modelo es ver qué se ha hecho como intento de solución y si les ha dado resultado. Uno de los aspectos que se trabajó con el adolescente fue buscar las excepciones a su conducta rígida. Jorge pudo ejemplificar encausando sus conductas hacia las excepciones, lo que dio la posibilidad de saber cómo hacerlo y permitió la orientación hacia el futuro; se plantearon las diferencias entre los momentos problemáticos y los no problemáticos. Se buscó rescatar lo mejor de él ante la conducta inadecuada, brindándole una posibilidad hacia el cambio visto positivamente.

Posteriormente la línea de trabajo terapéutico se enfocó al Modelo Estructural, ya que se observó que había elementos de la estructura que debían ser analizados en cuanto a la posibilidad de ver su relación con el síntoma, ya que el modelo aporta elementos para comprender mejor a la familia.

Durante el proceso terapéutico se emplearon diversas intervenciones como fueron: connotaciones positivas, mantenimiento de foco, cuestionamiento de la estructura, a través del establecimiento de límites que llevaron a un mejor acercamiento e interacción más positiva.

Se desafió al síntoma a través de modificar la concepción que la familia tenía del problema, y del hecho de tener identificado a Jorge como el portador de éste; se logró que el cambio se diera del paciente identificado hacia la estructura familiar.

Asimismo se desafió la función que está cumpliendo el síntoma en esta familia, al comentar lo que percibimos en cuanto a mantener a la madre ocupada con el hijo, como si fuera un hijo de menor edad, para que no se ocupe de ella misma, dejando a un lado sus relaciones afectivas, laborales y sociales, por estar tan pendiente de cada paso que daba el hijo, y a su vez mantener a la familia con un hijo chico, ya que esto tranquiliza y va de acuerdo con la tendencia homeostática del sistema de no cambio.

Se promovieron respuestas diferentes por parte de la madre y el hijo en el aspecto de su sentir, actuar y pensar, al desafiar la construcción de que el hijo se encuentra en la etapa de adolescencia y que requirió comenzar a independizarse. Posiblemente la madre muestre miedo a la soledad y a la autonomía del hijo.

Por medio del desafío a la estructura familiar, y a través de la técnica de desequilibramiento, se trabajó sobre la posición jerárquica de la señora motivando a la madre a continuar estableciendo con su hijo relaciones en las que se promuevan actitudes y un comportamiento autónomo, que favorezcan su interacción hacia el exterior; asimismo se trabajó la proximidad y distancia entre el sistema parental y el fraterno, con el propósito de establecer límites claros entre los subsistemas, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de ambos.

Mediante la técnica de enfoque, en la cual se tiene como propósito propiciar el cambio familiar y la visión del problema, se trabajó la situación de la pérdida significativa; también

se usó la técnica de intensidad, ya que se percibió que ambos, la madre y el hijo vivían en un duelo no acabado que no habían superado por la pérdida física del padre. Se seleccionó información relevante del mismo discurso de la familia y se organizó para devolverla de manera que se consiguiera la meta terapéutica hacia una construcción más funcional de su realidad, como fue el retomar lo expresado por la madre con relación a la pérdida de su esposo, mencionando que: la protección del padre ha estado ahí, que coincidimos con ella al decir que su esposo fue un hombre que estuvo al pendiente de ellos, se preocupó por dejarles una buena pensión que les ha permitido vivir sin carencias, con lo cual no ha tenido que buscar trabajo. El padre físicamente no estaba ya, sin embargo se resaltó la presencia del padre emocionalmente cercano que los dejó protegidos. Se desafió la creencia del hijo al decir que no tenía papá, más bien se amplió la construcción de su realidad señalando que su papá físicamente ya no estaba con él, pero que en su corazón sí está. Por medio de preguntas circulares se trajo al padre muerto, para explorar y validar los sentimientos que genera la ausencia física principalmente en Jorge.

Mediante la estrategia del cuestionamiento de la realidad se resaltaron los lados fuertes de la familia así como sus recursos, como fue el invitar a la madre junto con el equipo reforzar con connotaciones positivas los cambios observados en Jorge, ante respuestas tan acertadas que tuvo al saber qué hacer ante una situación de crisis. “Si antes eran destellos ahora es una luz acerca de cómo actúa un adolescente, capaz de tomar decisiones y saber enfrentar problemas. Eso nos habla de los grandes recursos con los que cuenta”. Le pedimos que piense qué podía hacer con esos recursos para que le ayuden en la escuela, y en todas las áreas de su vida, de qué manera los iba a utilizar. Se cuestionó la manera en que podría ser responsable, estar atento a aprender de sus errores, escuchar a las personas con mayor experiencia que él. Se le comentó cómo lo percibimos, como un chico que tiene iniciativa, que sabe enfrentar una crisis a su nivel, dando muestra de estar actuando como un adolescente. La madre hasta ese momento no se había dado cuenta del significado de este hecho y en la terapia se lo pudimos reflejar.

Evolución del motivo de consulta y alcances del proceso.

Conforme fue avanzando el proceso terapéutico, Jorge dio muestras de estar actuando como un adolescente responsable; el equipo y yo quedamos sorprendidos por los cambios que tanto Jorge como la madre tuvieron durante este tiempo, ambos están aprendiendo a relacionarse de manera diferente. Jorge está aprendiendo a ser un adolescente de 12 años y la señora a ser mamá de un adolescente, encontrando el equilibrio de ser una madre protectora y a la vez poder soltar a su hijo. Los dos se encontraron en ese proceso de darse su tiempo, ya que los cambios requieren de diferenciarse poco a poco, donde cada familia necesita de su propio ritmo y ellos lo están encontrando.

La madre se pudo dar cuenta que hay actitudes de su hijo que la sorprenden, su iniciativa, decisiones que toma, que van más allá de la edad que tiene, lo ve más maduro. La señora pudo reflexionar en que quizá le está exigiendo demasiado a su hijo, para la edad que tiene.

Se observó con esta familia lo que dice Minuchin (1984), quien comenta que cuando se identifican los recursos y lados fuertes de los individuos y de la familia, la construcción de la realidad familiar cambia. Jorge mostró iniciativa propia: algunos días llevó a cabo su tarea, realizó sus trabajos en la escuela, obedeció a su mamá, y le ayudó en algunas labores; entre los cambios que llevó a cabo el adolescente está el incrementar su promedio y mejorar las calificaciones de español y matemáticas, prestar mayor atención en la escuela, no hacer tanto desorden en clase; si no entendía, algo preguntar a sus maestros, “estoy atento a lo que dicen los profesores”. Ellos se han dado cuenta del cambio en Jorge, se quedaron sorprendidos por sus calificaciones, ya no se distrae tanto, ni platica en clase, “ya me estoy viendo como un chico de 12 años”.

La madre mencionó que ha visto cambios pero éstos no han sido muy constantes; en algunas actividades sí se ha visto su iniciativa y constancia; hay días en que sin que se le diga, llega a hacer su tarea, ordena su uniforme, entrega sus trabajos a tiempo. Se dio cuenta de que en algunas ocasiones su hijo obedecía de manera inmediata, ya no tuvo que gritarle. Eso la hace sentir bien porque su hijo se ha estado responsabilizando de sí mismo.

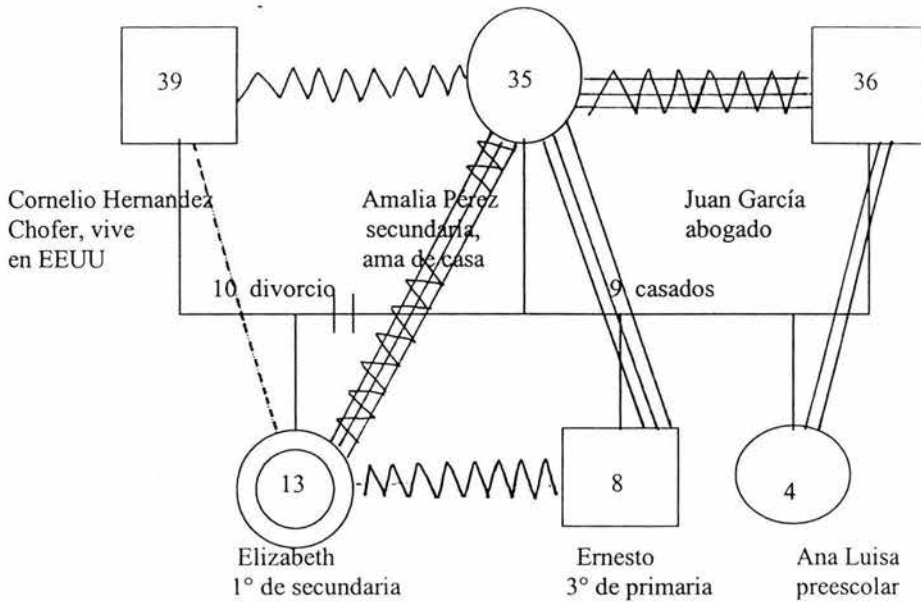
Junto con el equipo, consideramos que cuando el consultante da el primer paso hacia un pequeño cambio positivo, se sentirá más seguro y optimista para seguir avanzando a cambios posteriores. Esta situación se comentó con la madre, señalándole que cuando flexibiliza la exigencia él puede tomar la iniciativa para saber qué es lo que tiene que hacer. Fue sorprendente la rapidez con que la señora llegó a comprender que en la relación con su hijo es necesario el equilibrio de “ir soltando”, y dejar en claro las responsabilidades que como adolescente le competen.

Se comentó con la señora que ella mejor que nadie, sabrá cómo lograr ese equilibrio, que ya se esté dando cuenta de que hay que poner límites y a la vez saber despegarse no siendo tan protectora. Se resaltó que entendemos que Jorge está en una etapa de cambio y que ella sabrá encontrar la manera de apoyarlo.

El proceso terapéutico con la familia se concluyó en 8 sesiones, una vez que fueron atendidas las demandas de la madre: Jorge mejoró en la escuela, se establecieron límites más claros y se propició la diferenciación entre ellos. La familia no acudió a la novena sesión debido a un impedimento de salud, Jorge tuvo una cirugía de las amígdalas. Se realizaron dos llamadas telefónicas por espacio de un mes y medio con la finalidad de ir reforzando los cambios en la estructura familiar.

Caso No. 3 Familia García Pérez

GENOGRAMA



Modalidad: Terapia familiar, en supervisión y con equipo en vivo durante las primeras 4 sesiones, las 3 restantes, se llevaron a cabo sin supervisión directa, se contó con el apoyo del equipo.

No. de sesiones: 7.

Modelo de trabajo: Modelo estructural.

Motivo de consulta: En un primer momento, en la entrevista telefónica, la señora mencionó varios problemas por los que decidió tomar la terapia; uno de ellos es la situación entre su esposo y su suegra. Refirió que ambos han tenido problemas desde que su esposo estaba pequeño; otro motivo fue la desobediencia y rebeldía de su hija mayor Elizabeth y el comportamiento que estaba teniendo hacia su hermano Ernesto, llegando a la agresión física.

Otra situación que le preocupaba a la señora era su hijo de 8 años, a quien describió como agresivo: se enojaba por todo y era negativo para todo lo que no le salía bien; sentía que no sabía hacer las cosas, que sus amigos no querían juntarse con él; a la señora le daba mucha tristeza esto ya que la mayoría del tiempo estaba enojado, hacía berrinche y no se permitía disfrutar.

Al acudir a la sesión, el motivo de consulta para la señora en ese momento se centró en su hija mayor.

Antecedentes familiares.

La familia atendida estaba integrada por cinco miembros, el padre de 36 años, la madre de 35 años, una hija de 13 años, quien es hija de Cornelio, paciente identificada por la familia, un hijo de 8 años y la hija menor de 4 años. La madre fue quien proporcionó la información en la entrevista telefónica.

La señora Amalia estuvo casada anteriormente, tenía 11 años de estar divorciada cuando solicitó la consulta; un año después de haberse divorciado se casó con Juan, con quien tenía 10 años de matrimonio.

El papá de Elizabeth se fue a trabajar hace 10 años a Estados Unidos, y Amalia tomó la decisión de separarse. Hace tres años el papá de Elizabeth quiso verla pero la joven se negó. Actualmente él ha insistido pero ella no quiere verlo, él le ha mandado dinero y algunos regalos, los cuales ha aceptado.

La señora mencionó que antes de que sus dos hijos nacieran, Elizabeth tenía otro comportamiento; a partir del nacimiento de Ernesto se volvió más agresiva y grosera; lo anterior se intensificó con el nacimiento de la hija menor desde hace 3 años. Se preguntó a la señora en la entrevista telefónica cuál de estas diferentes situaciones que comentó le preocupaba más; señaló que la de su hijo, sin embargo al venir a la terapia puntualizó que el problema era su hija.

La señora no había acudido a ningún tipo de terapia anteriormente.

Únicamente asistió la madre a la terapia. En dos sesiones posteriores se presentó primero con su hijo de 8 años y en otra con la mayor. La señora mencionó que su esposo estaba interesado en acudir pero sin ser observado por el equipo terapéutico y no aceptó ser video grabado.

Diagnóstico familiar.

El diagnóstico familiar se logró a través del proceso de interacción y de unión del terapeuta con la familia. Al evaluar la estructura familiar se encontró que es una familia, aglutinada, con límites difusos, no rígida, ni desafiante; la madre se encontraba sobre involucrada con los hijos, el padre se mostraba periférico; se observaron alianzas más marcadas entre la madre y los hijos, básicamente con los más pequeños y coaliciones de la hija mayor y el padrastro contra la madre.

Se encontraba en la etapa de familia con hijos en edad escolar e hija entrando a la adolescencia. A los padres se les estaba dificultando aceptar este cambio con las nuevas necesidades de acomodación a esta etapa, en la que la adolescente estaba pasando por un proceso de diferenciación respecto de cada uno, y a su vez los hijos más pequeños demandaban cercanía y atención. El subsistema parental estaba ocupando casi todo el espacio con respecto al sistema conyugal, por lo que ellos requerían de espacio como pareja.

Las exigencias de la familia se enfocaron en la organización respecto a la ayuda y apoyo de los hijos en las tareas escolares, las normas y reglas para las diferentes actividades, juegos, estudio, consolidar hábitos de cuidado y limpieza. Amalia se cuestionó su papel de madre y mostró una preocupación por no poder controlar a sus hijos y no sentirse apoyada por su marido.

Respecto a la forma en que se organizaban en casa, se basaban en roles tradicionales; ella dedicada al cuidado del hogar y la crianza de los hijos; el padre no participaba de manera directa en la crianza de los hijos, él tenía funciones claramente delimitadas como proveedor.

Se trata de una familia reconstituida que se encontraba en un proceso de integración y acomodación, donde la hija mayor podría estar solicitando mayor atención, cariño y compañía de su madre; asimismo estaba pasando por un proceso de conflicto de lealtades hacia su padre biológico y su padrastro.

Hipótesis que guío la terapia.

Dentro de la terapia familiar, el diagnóstico es la hipótesis de trabajo que los terapeutas desarrollamos a partir de las experiencias y observaciones relacionadas con el proceso de unión e interacción con la familia. Durante el proceso terapéutico se observó que la manera de relacionarse de la familia era a través del común denominador que era el enojo, posiblemente los hijos Ernesto y Elizabeth, a través de su rebeldía y desobediencia estaban ayudando a su mamá, al igual que su actual pareja, a no establecer límites claros con relación al comportamiento de los hijos, dejando la responsabilidad en la madre, lo que propiciaba que ella estuviera más ocupada en esta situación y dejar a un lado el no enfrentar ella misma el enojo y miedo que sentía hacia su ex pareja.

Los objetivos terapéuticos trabajados fueron:

- Promover un cambio de percepción del problema, donde se mire al problema en forma sistémica y no recaiga sólo en un miembro.
- Que el subsistema parental marque límites más claros y precisos entre los subsistemas parental, fraterno y conyugal.
- Disminuir el poder que ejerce el paciente identificado a través del síntoma.
- Que Elizabeth se comporte como una adolescente acorde a su edad y que la familia la trate como una chica de 13 años.
- Señalar la intromisión de la hija en el subsistema paterno.
- Incrementar la autonomía de todos los miembros de la familia a través de un proceso de diferenciación entre cada uno de ellos.
- Elaborar el duelo con la madre sobre su divorcio.

Proceso terapéutico y análisis de las intervenciones.

La madre presentó a Elizabeth como la paciente identificada, mostrando molestia por la conducta de su hija a quien definió como egoísta, desobediente e impositiva, que cree que todo lo que se le da es obligación de los padres. Refirió que cuando le molestaba algo solamente se enojaba pero no decía nada; no le preocupaba si la castigaba o si le prohibía algo, no sabía pedir disculpas. Se mostraba ansiosa y tendía a comer todo el día. Había presentado conductas agresivas hacia su hermano, lo llegó a arrastrar y a encerrar en el closet.

En un primer momento se exploró el motivo de consulta, enfocándonos en la interacción de la díada madre - hija, resaltando los recursos de ambas, la relación con el padrastro, la historia familiar con su primera pareja.

Al explorar sobre los recursos de Elizabeth la madre comentó que era ordenada, tenía su cuarto arreglado, le gustaba el deporte y bailar. Que era en el momento de la comida en los que platicaban y estaban más tranquilos.

Con el padrastro hasta hace algún tiempo la situación era diferente, ya que él “se la ganó, convivía y le dedicaba más tiempo, sin embargo ahora se ha vuelto grosero con él, le contesta feo y a pesar de ello lo obedece más a él”.

Comentó que Elizabeth iba muy bien en la escuela pero al nacer Ernesto se vio su cambio: en la escuela bajaron sus calificaciones y hasta la fecha no ha ido bien; se ha intentado hablar con ella, se le ha regañado y castigado por no obedecer, pero al final se hace lo que ella dice. La señora refirió que su hija se parecía a su papá “igual de prepotente, de carácter difícil, exigente”.

La situación empeoró los últimos dos años, que fue cuando nació la hija menor.

La señora refirió en un inicio que esta situación no le había afectado con su esposo, sin embargo se observaba una incongruencia, pues cuando ella llamaba la atención o regañaba a los hijos e imponía algún castigo su esposo le quitaba autoridad, diciéndole que no fuera tan dura, delante de los hijos, lo que ocasionaba que la señora se enojara; por lo general no lo hablaba con su esposo se guardaba el enojo y si lo manifestaba era a través de gritos y llanto que es la forma como se desahogaba. Mencionó que su esposo evadía el problema y al comentarlo se mantuvo al margen.

El motivo de consulta fue redefinido, la señora se dio cuenta que tenían coraje y resentimiento con su ex pareja y se lo estaba transmitiendo a su hija. Pudo percibir cómo está repercutiendo la relación anterior con su actual pareja y su familia, y además el enojo que tiene hacia su suegra.

Posteriormente la terapia se enfocó a trabajar con la madre el duelo no resuelto ante la separación de su primera pareja, el enojo y la sensación de malestar ante su hija que le recordaba a su primera pareja, situación que estaba repercutiendo con su esposo. Se continuó trabajando la interacción entre la madre y la hija.

La intervención realizada con la familia estuvo enfocada en interrogatorio con preguntas circulares, lineales, reflexivas, y el cuestionamiento del problema, de la relación madre-hija.

Se trabajó con el Modelo Estructural, a través de un proceso de interacción sistémico entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros, empleando las estrategias de cuestionamiento del síntoma, de la estructura familiar y de la realidad, dando énfasis a los constructos cognitivos y lados fuertes.

Mediante la estrategia del cuestionamiento del síntoma, se enfocó el cambio de la realidad familiar a partir de la redefinición del problema, pues la familia, principalmente la señora, venía con una concepción individual de que el problema era individual, esto es, asignando a un paciente identificado. Se hizo un desplazamiento de foco individual a foco familiar, donde se consideró al mismo como el miembro del sistema que expresaba de manera más visible un problema que afectaba al sistema en su totalidad.

Respecto a la estrategia sobre el cuestionamiento de la estructura durante el proceso terapéutico con esta familia, se trabajaron límites generacionales, se propuso ayudar a los hijos a ser más independientes y comenzar a vivir la etapa evolutiva que les tocaba; en el caso de Elizabeth, se resaltó el comienzo de la adolescencia, donde fue importante estimular su proceso de diferenciación. También se enfatizó trabajar las individualidades de cada uno, las características personales, para ayudarles a una mayor diferenciación, mayor cercanía entre la madre y Elizabeth y mayor cercanía del padre con los hijos menores.

Se empleó la técnica de disequilibramiento teniendo como finalidad modificar la jerarquía, establecer funciones distintas, asumiendo una nueva realidad, y formas de relacionarse diferentes, a través de establecer alianza con Elizabeth, a quien la madre definió como rebelde, desobediente, y llevarla a una visión de que posiblemente lo que estaba buscando su hija era el cariño y atención por parte de su madre.

A través de la estrategia del cuestionamiento de la realidad, se desafió a la madre, en cuanto a sus creencias acerca de que su hija era idéntica a su padre, en cuanto a actitud y comportamiento: por medio de consejos especializados se ofreció una explicación diferente a la forma de interactuar que ambas estaban estableciendo, que tenía que ver con el duelo no resuelto por parte de la madre con su ex esposo. La señora expresó que Elizabeth era idéntica a su padre, “prepotente, enojona, e intolerante”, por lo que la presencia de su hija hacía emerger la relación no resuelta con él, esta situación estaba repercutiendo en la relación con su actual pareja, de enojo y discusión.

Se percibió que Elizabeth, se estaba enfrentando a un conflicto de lealtades, ya que si accedía a ver a su papá sentía que estaba traicionando a su mamá y fallando a su papá adoptivo.

También se resaltaron los lados fuertes de la familia principalmente los de la señora, Ernesto y Elizabeth, así como sus recursos, se pudo dar cuenta que en ella estaba la llave que permitiría tener el control de sí misma y de esta manera podría modelar y apoyar a su hija para que adquiriera y aprendiera a tener el control de su comportamiento.

Se resaltaron los esfuerzos que la señora ha hecho respecto a su relación con su hija Elizabeth y el resto de la familia (hijos y esposo).

Se connotaron positivamente sus lados fuertes y recursos, por ejemplo, el ser una mujer de decisión al tomar la iniciativa de separarse de su anterior esposo. Se señaló la fuerza para decidir cambiar hasta aquí lo que no le gustaba, por ejemplo fuerza para alejarse de ese “fantasma” (su expareja).

Con el empleo de la técnica de escenificación se resaltó en la madre la capacidad que tenía para tener el control de esta “llave maestra” la cual podía utilizar con cada uno de los miembros de la familia, como son el esposo y los hijos.

Se iluminó el hecho de que Elizabeth es una adolescente que puede confiar en ella y que puede aprovechar esos momentos en que está “de buenas” para solicitarle que le apoye con sus hermanos.

Se empleó el consejo de experto respecto a la genética, cuestionando la construcción de que su hija podía haber heredado del exesposo conductas y se señaló que era poco factible que haya aprendido si no había vivido con él más que el primer año. Se conectó el hecho de que tanto la madre actúa igual con su hija como lo hacía con su ex pareja.

Evolución del motivo de consulta y alcances del proceso.

Se percibió a la señora comprometida con la terapia; la mayoría de las sesiones realizadas estuvieron enfocadas a la relación de la madre con su hija; se observó que la interacción que estaban teniendo en la actualidad hija y madre tenía que ver con la nueva presencia del padre biológico de la hija y la relación de la madre no resuelta con su ex esposo. Se llevó a cabo un adecuado *joining* y se logró la aceptación de la familia sobre la redefinición del problema.

Se observó a la madre preocupada por la situación familiar, sintiéndose abrumada por la demanda de sus hijos, con esperanza al cambio y a la vez realizando acciones para lograrlo.

Se le cuestionó sobre la actitud ambivalente que observamos al decir que a todos los hijos los quiere igual y los trata igual a pesar de la diferencia de edades.

Se trabajó el aspecto de poner atención a que muchas personas se dan cuenta de alguna situación pero no saben qué hacer, por lo que se le confrontó para que reflexionara qué podría hacer ella poniendo atención en que los cambios en ella repercuten en los cambios de la familia. Pudo identificar que los cambios que ella hizo influyeron en la actitud de los miembros de la familia.

Se redefinió el problema de Elizabeth de una joven rebelde, desobediente, al de una adolescente que necesita afecto; su petición ante la madre era de acciones de cariño. Respecto a los celos que de acuerdo a la madre Elizabeth manifestaba con sus hermanos, se redefinieron por búsqueda de atención.

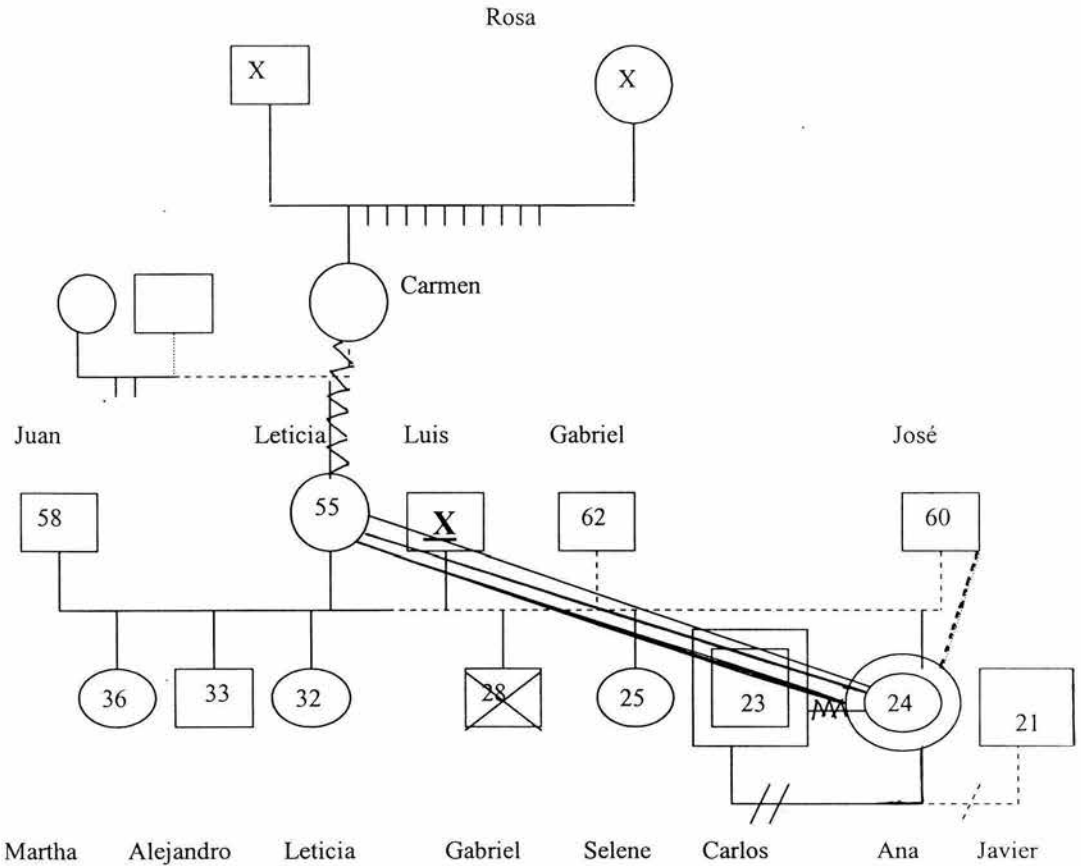
Se dio intensidad a los momentos en que madre e hija estaban juntas sin pelear y discutir, iluminando que la actitud de Elizabeth era diferente, que sí había momentos en que se siente la hija preferida en actividades cotidianas. Por parte del equipo se observó que el cambio de actitud de la madre favoreció y propició un cambio en la hija, ya que al sentirse apreciada sus respuestas fueron positivas; una emoción distinta genera una reacción distinta.

En un momento de la terapia se tuvo que renegociar el motivo de consulta, ya que se observó que la madre expresó situaciones no resueltas de tiempo atrás que tenían que ver con su expareja, las cuales estaban repercutiendo en la relación con su hija, su actual esposo e hijos de ambos. Además la señora, en una de las sesiones, hizo referencia al respecto, por lo que conjuntamente con el equipo se decidió trabajar con ella la situación con su ex pareja, ya que la madre refirió que el comportamiento que Elizabeth manifestaba era igual al que mostraba su padre el tiempo que vivió con él, además de que consideraba que su hija se parecía a su padre.

Se continuó trabajando con la familia, durante 7 sesiones; a algunas de éstas asistieron la madre y sus tres hijos, posteriormente la terapia se enfocó únicamente a trabajar la situación de la señora con su ex pareja. A partir de la séptima sesión la señora pidió que se le diera un tiempo, ya que su esposo la requería en el negocio, mencionó que posteriormente ella solicitaría el servicio nuevamente.

* Caso No. 4 Familia Ramírez Gómez

GENOGRAMA



Modalidad: Terapia Familiar y de pareja: Se llevaron a cabo 20 sesiones, las cinco primeras con supervisión directa en vivo y con equipo de residentes, con un intervalo de tiempo entre sesiones de 15 días; en las quince sesiones restantes se contó con el equipo de supervisión, sin supervisión directa, a partir de la quinceava sesión se dieron una vez cada mes.

*Caso que será presentando en el examen de competencias y habilidades profesionales para obtener el grado de Maestría en Psicología.

No. de sesiones: 20

Modelo de trabajo:

- Se trabajó con el Modelo Estructural.
- Con algunas propuestas del Instituto Ackerman:
Terapia sensible al género. (Walters, Carter, Papp, y Silvestein, 1996).
Dilema del cambio (Papp, 1991).
Coro griego (Papp, 1991).

Motivo de Consulta: Ana solicitó atención debido a que se encuentra en un proceso de separación, de indefinición para concretar su divorcio y por sentir insatisfacción sexual durante su matrimonio.

Ana designó como el paciente identificado a su esposo. Ella fue quien proporcionó la información en la entrevista telefónica, (durante la entrevista telefónica Ana mostró confianza, contestó de manera abierta a las preguntas realizadas); mencionó que el principal motivo por el que solicitó la terapia fue por problemas con su pareja en el aspecto sexual, ya que la frecuencia con la que ella quería tener relaciones sexuales con su esposo provocaba discusiones, pues él se oponía y quería tener relaciones sexuales sólo una vez a la semana. Solicitó también orientación para tomar la decisión de divorciarse, ya que actualmente no estaba viviendo juntos. Comentó que estar desorientada, no saber qué decisión tomar, pues a pesar de no quererlo estaba dispuesta a regresar con él, porque él había dicho que las cosas iban a ser diferentes. Mencionó que ambos han platicado y que le “van a echar ganas”. Dijo que le gustaría que él tomara también la terapia pero que por su trabajo no podía asistir, sólo lo hizo ella.

El motivo de consulta fue cambiando al mismo tiempo que el paciente identificado según las diferentes fases de la terapia.

Antecedentes familiares.

Familia Nuclear.

La familia Ramírez Gómez estaba integrada por dos miembros: se trata de la pareja formada por Ana de 24 años, masajista, que atendía su propio negocio y su esposo de 23, empleado en una fábrica; ambos tienen estudios a nivel secundaria. Han estado casados durante dos años y medio. Durante los primeros 6 meses de su matrimonio surgieron muchos problemas: ella hacía cosas para vengarse de él, lo ofendía para que reaccionara, lo que propició que tuviera más resentimiento y coraje hacia él. Llegaron a los golpes, a insultarse; en un inicio fue ella quien inició los golpes y él se defendía y después él respondió a los golpes.

Ana mencionó, que se daba cuenta de que se casó con Carlos sin estar enamorada de él, más bien lo hizo para salir de su casa, en la que existían muchos problemas y por una decepción amorosa que acababa de pasar. Comentó que sí quería a su esposo, pero que ya estaba cansada de esta situación, de ser ella quien lo buscaba, de solicitarle que tuvieran relaciones sexuales, lo que la hacía sentir mal, triste, quererse morir, deprimirse. Llegó a pensar que era una “depravada sexual”, que era ella la que está mal, que él podía tener otra mujer y por eso no quería estar con ella. Actualmente Ana no estaba segura de continuar con esta situación, ya que “se le quitaron las ganas” de estar con él.

Familia de origen.

Ana proviene de una familia con secretos, es la hija menor de Leticia y José, tiene una hermana y 4 medios hermanos. Su madre es hija única de Carmen, quien a su vez tuvo once hermanos de quienes se hizo cargo. Leticia se casó por primera vez con Juan de quien se separó por sufrir maltrato físico y verbal, se dio una dinámica de violencia intrafamiliar, por lo que se separó, quedándose ella a cargo de sus tres hijos. Durante nueve años, Ana vivió con la creencia que Luis era su papá, pareja con quien su madre se casó posteriormente; con él no tuvo hijos; Gabriel y José fueron parejas con quienes la señora estableció relaciones sexuales esporádicas estando en unión con Luis; cuando Luis murió José empezó a

frecuentar a Leticia y es ahí donde Ana comenzó a intuir que había un secreto. A los 12 años, su madre le dijo que José era su padre. Actualmente Leticia mantiene una relación de amistad con José. Ana hasta el momento manifestó que le ha costado aceptar a su papá y le tiene resentimiento. Su hermano Gabriel murió hace 5 años en un accidente.

Por su parte, Carlos proviene de una familia tradicional de creencias arraigadas, en cuanto a género y religión. Tiene cuatro hermanos, su madre se dedica al hogar; ambos padres continúan juntos.

Soluciones intentadas.

Algunos intentos de solución que Ana había llevado a cabo fueron: hablar con el padre de su esposo, quien le dijo que quizá él se portaba así porque a su hijo le faltó ir a “cabarets, y estar con prostitutas”, situación que ella no aceptó, ya que consideraba que no es necesario tener varias mujeres para tener experiencia.

Su madre le sugirió que le diera tiempo, que le tuviera paciencia, que se portara más sexy con él; ella lo hizo, a él le gustó pero aun así no dio resultado.

Ante su desesperación acudió a una ginecóloga quien le sugirió que buscara apoyo psicológico.

Un mes y medio antes de asistir a terapia se separó de su esposo, quien se fue a vivir con sus papás y ella se quedó con su mamá (al momento de iniciar la terapia).

Quince días antes de iniciar el proceso terapéutico él la buscó con el propósito de reconciliarse; le comentó que ya tenía un trabajo, ella le pidió que buscaran un lugar donde vivir los dos únicamente, que le pidiera el dinero que le debe su hermano pero él dijo que no se los podía dar. Ella se molestó y le dijo que se quedara con su familia, con el dinero y que no quería ya nada con él. Mencionó que “ella necesita un hombre no un hijo”.

Diagnóstico Familiar.

Como pareja Ana y Carlos presentaban problemas de ajuste a su ciclo vital, como pareja recién formada, que se manifestaron en diferentes áreas, principalmente sexual, afectiva, de comunicación en general, definición de roles y funciones, fuertes expectativas e idealización de su pareja, así como la influencia de una diversidad de voces ambiguas y contradictorias expresadas por Ana.

Respecto a la estructura en su familia de origen se percibió una relación probablemente amalgamada o demasiado enlazada que promovía la poca diferenciación de ella, respecto de su familia de origen y de la pareja. Quizá esto se debía a cuestiones de género ya que es más estimulado en chicas de familia no diferenciarse, seguir los consejos, patrones de creencia de las madres o estar más apegadas. Desde el punto de vista de género está la dificultad de crear autonomía y formar algo tan diferenciado de sus padres, transmitiendo ideas, creencias y costumbres con base en su rol de ser mujer y a la idealización de la vida en pareja que tiene que ver con crear intimidad.

Lo anterior cobra sentido en lo expresado por Walters, Carter, Papp, y Silverstein (1996), en cuanto a que el modelo patriarcal familiar se fundamenta en varios presupuestos que por muchos años se han dado por aceptados, como es, la organización familiar patriarcal donde hay complementariedad de los roles, donde las tareas instrumentales como las de ganar dinero corresponden a los hombres y las tareas emocionales, como fomentar, crear y mantener las relaciones, así como criar a los hijos corresponden a la mujer, situación que la consultante, a lo largo de su proceso terapéutico, se fue cuestionando para sí. Logró aceptar y expresar más adelante, la visión del modelo feminista de la familia que las autoras antes mencionadas comentan, el cual se caracteriza por la simetría de los roles, en la que ambos sexos desempeñan tareas tanto instrumentales como expresivas, en lo laboral y en lo afectivo. Este modelo refleja un criterio igualitario del poder entre varón y mujer un enfoque más democrático y consensual de la crianza de los hijos.

Estructuralmente, en su familia nuclear no se había establecido la intimidad familiar, lo que probablemente tiene que ver con todo lo que se dio en su familia de origen, al darse cuenta Ana del secreto; y descubrir el engaño en el que le hicieron creer que quien era su papá no lo es. Comentó que ella ya no podía creer tan fácilmente en cualquier situación, lo que frenó la intimidad e hizo que tuviera dificultad para establecer relaciones de confianza: al romperse una relación de confianza, le afectó mucho, lo que la hizo desconfiar del mundo; la idea de que el esposo no quería tener relaciones sexuales, era distante, se mantenía aparte, quizá tuvo que ver con que Ana no acabó de sentir un reconocimiento básico hacia ella, no era la sexualidad por el simple hecho de tener relaciones sexuales o no, tenía que ver con la intimidad y la certeza de reconocimiento.

Como pareja buscó su significación emocional entre ellos, sin encontrar reciprocidad. Ana se cuestionó su papel como hija y esposa y al mismo tiempo cuestionó el papel de su esposo.

Su familia de origen ha sido prioritaria para ambos, no habían aprendido a convivir entre los dos para hacerse significativo uno al otro; no habían logrado conocerse uno al otro como pareja, llegando a comentar que en caso de presentar dificultad no estaba segura de contar con el apoyo de él. Se observó la falta de límites claros respecto a su familia de origen, ya que ambos se encontraban sobre involucrados con ellas, no han podido asumir la jerarquía que les corresponde como cabeza de su propia familia y se siguieron viendo como hijos.

Hipótesis que guiaron la terapia.

Después de varias sesiones de trabajo donde se fueron modificando y construyendo las hipótesis sistémicas encontradas durante el proceso terapéutico en las que se fueron retroalimentando las primeras ideas acerca de lo que pasaba en la pareja, se formularon algunas hipótesis centrales de las cuales se hace la descripción del presente análisis y discusión:

Se observó que la pareja presentó dificultades en el desarrollo de la etapa del ciclo vital, que vivieron en cuanto a la etapa de consolidación; no se estaban cumpliendo sus expectativas respecto al matrimonio. No había habido diferenciación respecto a familias de origen, sumado a una relación complementaria con su mamá; con el esposo la relación alternaba entre complementaria y simétrica. Se dio un desbalance en la jerarquía: tampoco habían logrado negociar en la pareja, roles y reglas, aunado al acuerdo en las construcciones acerca de la pareja, de la sexualidad, en donde la cercanía del otro, la intimidad era muy importante pero quedó como algo no identificado.

Dentro de las áreas donde se considera que Ana no se había diferenciado de su madre, se observó dificultad para establecer límites claros respecto de ella y de su pareja; asimismo su propia individualidad y creencias similares a las de su mamá. La hipótesis, de que la consultante había tenido dificultad para diferenciarse de su familia de origen y crear la intimidad, tiene que ver con el secreto familiar, la forma como ella se enteró que su papá no era su papá, donde de repente antes de la adolescencia descubrió que la figura masculina con la que ella creció como figura paterna no lo era, situación que se conectó con la desconfianza hacia el esposo, hacia personas del género masculino y a lo que representa una relación en pareja.

Por otro lado el hecho de que su esposo no quisiera tener relaciones sexuales puede estar este relacionado con que ella no sintió un reconocimiento básico a sí misma, no fue la sexualidad por sí misma, sino que tuvo que ver con la intimidad.

Los objetivos terapéuticos trabajados.

- Definir motivo de consulta, expectativas del proceso terapéutico.
- Promover un cambio de percepción del problema, en el que se vea la relación sistémica y no recaiga sólo en un miembro.
- Explorar la etapa de ciclo vital que se vive en la pareja.
- Demarcar límites claros y precisos entre el subsistema conyugal y su familia de origen.

- Promover la diferenciación de Ana en relación con su madre y su pareja.
- Explorar historia familiar.
- Evaluar recursos que tiene la pareja para vivir juntos y lo que cada uno está dispuesto a hacer para que eso ocurra.
- Orientar a la consultante para que asuma su propia decisión ante el dilema de si se divorcia o no.
- Explorar los significados y creencias que la consultante ha ido construyendo a partir de que se abre el secreto.
- Fortalecer la imagen paterna centrándola en acciones.
- Promover que la consultante identifique las diferentes voces que escucha y que analice qué de ellas desea conservar y cuáles prefiere desechar.
- Explorar la dificultad que la consultante está mostrando al establecer relaciones de intimidad y confianza.
- Incidir en la construcción de un proyecto de vida personal.

Los problemas principales encontrados y abordados en la terapia referidos por la consultante fueron:

- Ana se sintió insatisfecha sexualmente, ya que no vivía de acuerdo a las expectativas que tenía de la pareja y del matrimonio.
- Había conflicto en la definición de roles, de acuerdo a las expectativas de género.
- Se observó decepción en ambos por encontrar que el otro no cumplía con las expectativas y roles esperados.
- Ella había esperado que él fuera quien la sostuviera económicamente y quien cubriera las necesidades básicas que normalmente se le asignan al varón como son: el mantenimiento de la casa y de la esposa.
- Él esperó que Ana se preocupara por tener cubiertas sus necesidades afectivas y las necesidades del hogar.
- La consultante se encontró con la disyuntiva de divorciarse o no; su pareja no estuvo de acuerdo y le solicitó tiempo.
- Manifestó la no-diferenciación de su familia de origen.

- Se percibió que la dificultad para establecer relaciones de intimidad y confianza básica estaban relacionadas con el secreto familiar.

Proceso terapéutico y estrategias de intervención.

El caso fue trabajado principalmente bajo las premisas del Modelo Estructural, ya que en esta pareja, y principalmente en la vida de Ana, ha habido toda una historia familiar, en la que se conectan creencias, significados, secretos que hacen necesario entender y trabajar la familia de origen y el modelo lo da a través de las estrategias y técnicas empleadas. También durante el proceso terapéutico se trabajó con algunas propuestas del Instituto Ackerman: la terapia sensible al género, se introdujo a Papp (1991) con la cuestión del dilema del cambio y estrategias de coro griego.

El proceso terapéutico fue teniendo varias fases, al mismo tiempo que la asignación del paciente identificado. Inicialmente cuando Ana llegó a la terapia explicó que el paciente identificado y quien le preocupaba y quien quería que cambiara era su esposo. Con el trabajo terapéutico y después de algunas sesiones se redefinió al paciente identificado como la pareja.

Finalmente el paciente identificado resultó ser Ana; ella fue asimilando que la terapia tenía como foco los cambios en ella, por lo que se puso en el lugar del paciente identificado con propensión a cambiar.

El proceso terapéutico y las intervenciones en el presente caso estuvieron enfocadas de acuerdo a las estrategias y técnicas del Modelo Estructural y se entrelazaron con temas centrales: Respecto a los significados que para la consultante representa, la manera en que ha vivido y quiere vivir, con base en las construcciones de género, su rol mujer, rol hija, rol pareja; la diferenciación respecto de su familia de origen, el ciclo vital en el que se encontraba, tanto en su familia de origen como en su familia nuclear, qué tanto sabe que se puede separar de su familia o no, qué significados e ideas tenía acerca de la pareja, el

matrimonio, la sexualidad e intimidad, derivados de sus creencias, los mitos familiares que se han venido transmitiendo, los secretos familiares, la relación con su padre.

Todas estas ideas entran en lo que hablan Minuchin y Fishman (1989) respecto de la construcción de la realidad y el enfoque terapéutico estaría dirigido al cuestionamiento de la realidad, ya que se parte del supuesto de que la familia, a partir de sus experiencias construye su visión del mundo y ésta le permite ir conformando un sistema con pautas de interacción características que generan un síntoma. A través de la implementación de diferentes estrategias de intervención se pretende modificar la visión que la familia tiene de la realidad y la relación de estas premisas con la estructura y el síntoma.

A través del desafío a la construcción de la realidad, se cuestionó a Ana acerca de la importancia de asumir la responsabilidad de tomar sus propias decisiones, ante el dilema de si se divorciaba o no. Se abordaron las repercusiones que tendría para ella el cambio, los significados que para ella representaban el vivirse como mujer divorciada, tomando en cuenta sus propias creencias y las premisas familiares y sociales sobre este aspecto ya que el cambio impone un precio y plantea la interrogante de cuáles serán las repercusiones para el sistema: No tomar en cuenta estas repercusiones significa obrar a partir de lo que Keeney (1983, citado en Papp, 1991) denomina “ignorancia ecológica”.

Otro aspecto a abordar mediante la técnica de dar intensidad fue el de identificar las voces que escucha de personas significativas, y analizar qué de éstas desea conservar y qué de éstas prefiere desechar, tomando en cuenta los riesgos del cambio, pues cuando hay un cambio hay una resistencia que lleva a hacer movimientos encontrados, ubicándose en un dilema entre oír las voces de mamá o las suyas.

Ana tenía poca diferenciación respecto de su mamá. También está implícita la parte del riesgo del cambio y de que no es tan fácil moverse porque hay premisas asociadas al rol de género, respecto al papel tradicional del hombre y la mujer dentro de la pareja y la familia, ideas culturales idealizadas; hay imposición desde la familia basada en la idea de que “se

debe seguir casada”. Los riesgos del cambio se relacionan con la posibilidad de escuchar varias voces; escucha, lo que es parte de la no-diferenciación.

A través del diálogo, la reflexión y haciendo uso de la técnica de enfoque en la que se seleccionó información dándole un significado, se fueron construyendo elementos para buscar en sí misma las voces que escucha de otros, así como las propias, centrándose cada vez más en las suyas, escuchándose y tomando decisiones como fueron: el promover y solicitar el divorcio, buscar un espacio (casa) para vivir sola, continuar trabajando y responsabilizándose de su negocio.

Ante estas acciones manifestadas se retomó lo expresado por Walters et al. (1996), quienes señalan que pese a la desigualdad de oportunidades y de remuneración y a la falta de respaldo social, existen cada vez más mujeres que trabajan fuera de su casa, algunas por necesidad y otras por la autorrealización que les aporta, llegando a trabajar tiempo completo en dos ocupaciones, su carrera y su familia, dejando a un lado la expectativa social y legal de ser económicamente mantenidas por un hombre. Esta situación se trabajó con la consultante, quien fue construyendo sus realidades al expresar que espera conformar una familia en la que se compartan las responsabilidades tanto en el aspecto económico y crianza de los hijos, buscando más la equidad.

De acuerdo a lo que Papp (1991) menciona, si la familia es vista como un sistema autorregulador y el síntoma como un mecanismo de regulación y si se elimina el síntoma, entonces el sistema quedará temporalmente desregulado. Así, en términos sistémicos, el cambio no es una solución única a un problema único, sino un dilema a resolver.

Lo anterior da un panorama de su proceso, en el que se ha ido consolidando la visión de la relación en pareja, la idealización, los preceptos culturales, llegando a contradecir la forma de vida actual de ambos y sus expectativas.

En la relación de Ana se desafió y trabajó lo expresado por Fortes (1996, p. 14), “en la pareja, como núcleo social básico, se manifiesta un problema de poder que va más allá de un control de uno sobre el otro, sino más bien de una relación desigual, que llega a

aceptarse ciegamente, reflejándose la protesta a través de síntomas”, como depresión, alcoholismo, infidelidad y violencia intrafamiliar, siendo esta última la situación de la pareja, situación que se vivió a través de las agresiones verbales (insultos, reproches) y físicas (golpes por parte de ambos).

Se trabajó sobre los significados que se viven en la pareja actual, la cual se encuentra involucrada en dos mundos simultáneos: el mundo moderno, en el que se asumen nuevos roles como pareja joven, ambos trabajando, y el mundo tradicional idealizado, referido a los roles de género del papel tradicional del hombre y de la mujer que llegaron a ser cuestionados por la consultante y que se contraponen a sus creencias y expectativas. Esto se observó en su papel de trabajadora, esposa y como ama de casa; el trabajar pero no querer aportar dinero al hogar, la descalificación a su pareja por no cumplir en el aspecto sexual y en la función de proveedor. Estas situaciones fueron cobrando sentido y diferenciación para Ana en el proceso de la terapia.

Es importante mencionar lo expresado por Mc Namee y Gergen (1996) quienes dicen que las parejas hoy se encuentran inmersas en una “espiral” en la que chocan mundos tradicionales con otras culturas relacionadas con el mundo “postmoderno” y los avances de nuestra modernidad, con las diferentes definiciones y realidades que viven ambos hombres y mujeres, con la “crisis económica que se vive, con una crisis de valores y de modos de vida”.

A través de la estrategia del cuestionamiento de la realidad, el empleo de los lados fuertes usando la connotación positiva, se abordó con Ana la cuestión de sus recursos, se cuestionó que si ella decidiera resolver la situación y tomar una decisión, a qué cosas se dedicaría, qué estaría haciendo, cómo viviría el proceso, identificando cuáles serían sus sentimientos y necesidades; que se pregunte a sí misma qué es lo que ella quiere realmente, conectándolo con el mensaje de las dos voces, qué fue lo que le dijeron, qué pudo identificar en cada una, lo anterior mediante la estrategia del uso del coro griego (Papp, 1991).

A través del cuestionamiento de los constructos cognitivos en el que se encuentran todas aquellas creencias o verdades que legitiman la estructura familiar se desafió a Ana, al decirle que el equipo y la terapeuta entendimos que no podía tomar decisiones porque se preocupaba excesivamente por lo otros, pero que pensara qué pasaría si deja de preocuparse y de pensar en los demás y mejor pensar en sí misma. Ésto con base en la perspectiva de género donde se asume que las mujeres por su socialización han sido educadas para preocuparse y cuidar a otros y ver como poco importante cuidarse a sí mismas.

Constantemente se cuestionó y confrontó a la consultante al hacerle ver que estaba asumiendo una responsabilidad por la felicidad de los demás, pero que pensara qué pasaría si tomaba decisiones para sí misma. Con base en esto se trabajó de acuerdo con lo que Buber (citado en Franklin y Desatnik, 1998), señala acerca de la persona humana como tal, que sólo puede ser comprendida considerándola en la totalidad de sus relaciones esenciales, lo cual se dio con Ana, al poder reconocer al otro en todo su ser como se reconoce a sí misma como ser humano, siendo capaz de quebrantar su soledad mediante un encuentro transformador.

Durante algunas fases de la terapia, Ana se presentó como una mujer temerosa de que lo nuevo le cause dolor y dio por hecho que el esposo le iba a dar placer y protección, cuando es algo que no se había atrevido a hablar. Por esto, se trabajó la importancia que para ella tenía la situación del secreto al haber descubierto el engaño, de que el papá que le hicieron creer que era no lo es. Ante este hecho lo que ella realmente estaba buscando fue la confirmación de que el mundo no le mienta, siendo el problema la desconfianza; éste se está reflejando en la relación con sus parejas al solicitar muestras de que puede confiar en ellos, y vivir con la interrogante que si su esposo no quiere tener relaciones sexuales es porque no la quiere. Estaba buscando ser reconocida, atendida, al buscar la confirmación en esta parte de la intimidad, necesitaba estar segura del reconocimiento como persona; lo anterior tiene que ver más bien con la desconfianza básica en el mundo, no porque no tuvo papá sino por el secreto.

Un aspecto que se tomó en cuenta al abordar las relaciones íntimas de la consultante fue el de considerar el contexto social en el que se desarrolló. Desde una perspectiva sistémica, las relaciones entre las personas se abordan prestando atención a lo personal, a lo social, al sistema político, a la ideología e historia, donde las experiencias cruciales y formas de expresión son continuamente confirmadas o rechazadas por las diferentes personas tomando en cuenta la manera en que éstas se han dado, con base en las condiciones particulares de vida, el género, la etapa de ciclo vital y su cultura. Asimismo en la forma como pensamos acerca de nosotros mismos y de los demás, teniendo un encuentro de la persona con el otro.

Con Ana se fue dando lo que Frankl (citado en Franklin y Desatnik, 1998, p. 54) mencionan: “todo ser es un ser en relación, en el que se debe analizar y reflexionar sobre el sentido de la vida humana, el cual no siempre puede ser comprendido sino que debe ser interpretado y descubierto”; ésto último se fue dando por ella en su proceso, el no sólo descubrirlo sino irlo construyendo, de conocer y ser conocida, el ir cerrando ciclos, la relación con su pareja, el amante, su mamá y su papá.

Retomando lo que Frankl menciona (citado en Franklin y Desatnik, 1998), el sentido de la vida es subjetivo y único para cada persona, lo cual pudimos vivenciar con la consultante, ya que la intimidad se logra cuando los participantes de una relación pueden compartir o co-crear significados que dan sentido a la relación, lo que permitió co-evolucionar en la búsqueda del sentido de la existencia, siendo para Ana esencial buscar el sentido de la vida, responsabilizarse de escuchar su voz, y construir los significados acerca de algo o de alguien de manera conjunta. Lo anterior se dio a través de la promoción de la escritura, el lenguaje, los gestos o los símbolos.

Otro aspecto que se trabajó fue la cuestión de los mitos, en la que se pudo observar que influyen en la visión que se tiene sobre sí mismo y el mundo, así como en la manera de relacionarse con los demás: lo anterior se abordó con Ana, respecto a sus creencias, sobre el matrimonio, el rol mujer, esposa e hija.

Podemos señalar de acuerdo con Fortes y Espejel (1995) que los mitos culturales no existen aislados, sino inmersos en una red de mitos que apoyan y son apoyados por estructuras sociales y familiares, que repercuten en la familia como son los mitos del machismo y del marianismo. Se ve que en el mito no hay tiempo ya que integra a todos los tiempos en uno solo, y es una realidad en sí misma, como son los mitos generacionales, con los cuales Ana fue estructurando otras realidades.

Evolución del motivo de consulta y alcances del proceso.

En el transcurso del proceso terapéutico y del diálogo y conversación con la consultante se fueron abriendo nuevos caminos, temas, maneras diferentes de ver el problema, encuadrándolos desde sí misma, desde lo que ella refirió, por lo que pudo ver el divorcio no como un fracaso, sino más bien una experiencia más de vida.

De acuerdo a lo que la consultante refirió:

- Estaba fortaleciendo su diferenciación con la madre, asumiendo que ella es una persona con sus propias decisiones, asumiendo su responsabilidad.
- Veía mayor claridad, ahora quiere echar el ancla, analizar primero las situaciones, ya no está dejando que “el aire la lleve”.
- Quería vivir sus propias experiencias y errores, con el riesgo y responsabilidad que ello implique.
- Estaba explorando qué otras voces pudo escuchar a parte de la de su mamá, analizándolas y construyendo sus propios significados.
- Se percibió como una mujer comprometida con la terapia, asumiendo los riesgos del cambio.
- Resaltó la posibilidad de reconocer al otro en todo su ser reconociéndose a sí misma, aceptando su soledad, responsabilizándose de sus acciones y decisiones.
- Trabajó el ir cerrando la situación con su padre.

Las intervenciones que orientaron los avances fueron:

- Trabajar los mitos de lo que ella ha escuchado, mitos alrededor del enamoramiento y del matrimonio.
- Reforzar la idea de que por un tiempo va estar confundida.
- Cuestionar qué es lo que va hacer ella ahora que tiene mayor claridad acerca del secreto, concretándolo en acciones.
- La mayoría de las sesiones realizadas se enfocaron al análisis del dilema de qué pasará con Ana cuando decida pensar por sí misma, hacerle caso a su voz, a sus sentimientos y no sacrificarse por los otros, no ver la relación de pareja, o regresar con su esposo como un escape por miedo a quedarse sola.

Me parece que ambas, consultante y terapeuta, nos identificamos con lo que Hoffman, (citado por Tarragona, 1990) menciona, y lo pudimos vivir en el proceso terapéutico, al preferir pensar en una terapia “sensible al género” en la que se pudo expresar de forma clara la idea de que tanto hombres y mujeres quieren tener opciones de vida distintas de las que ofrecen los roles tradicionales y ésto es lo que Ana desea para sí.

Desde una visión sistémica, algo que se pudo generar con la consultante como otra línea de intervención fue la construcción de su realidad en donde hay una definición familiar de que el papá, que le hicieron creer que era no lo es; ella se vivió sin la figura del padre, pensaba que ella no lo tuvo, porque su verdadero papá no estuvo con ella en su infancia y parte de su adolescencia. Faltó dar mayor énfasis y reconstruir una visión diferente de la realidad, al cuestionar que sí tuvo papá con ciertas características; el problema más bien, fue el engaño, el instalar que fue un secreto para su bien no para su mal, fue una forma de protegerla, retomar la construcción de que si tuvo una figura paterna, una vida nutriente desde el lugar de hija pero el problema fue la desconfianza.

El proceso terapéutico concluyó, atendiendo a la demanda, al motivo de consulta y al plan de trabajo conjuntamente con el equipo terapéutico con supervisión directa y posteriormente con el equipo. Después de un mes de concluir la terapia se hizo una llamada telefónica en la que la consultante refirió estar mejor.

2. Análisis del Sistema Terapéutico Total.

El trabajo terapéutico que desempeñé durante mi formación me permitió sentirme más segura en mis intervenciones; saber que conté con un grupo que me respaldó y apoyó, me permitió cuestionar tanto sus argumentos como los míos.

Fue importante poder detectar tanto mis habilidades y recursos, así como mis limitaciones, de manera constructiva recibí retroalimentación; ésto es algo que me ha permitido no ser tan exigente conmigo.

A lo largo de mi formación, viví las supervisiones de manera diferente, pudiendo hacer distinciones, al trabajar en cámara con espejo de doble vista y la supervisión en vivo, en la que nos encontramos compartiendo un mismo espacio con el sistema familiar, y el terapeuta, el sistema terapéutico y el sistema de supervisores. Una de las ventajas que observé con esta última modalidad, fue que se obtiene una información bastante completa, tanto de la comunicación verbal como no verbal del sistema terapéutico total, ya que en este tipo de supervisión cada una de las personas que intervienen puede ser observadora y/o observada por los otros y se puede hacer una intervención directa con la familia en el transcurso de la terapia. Esta situación se dio en algunas sesiones, y pude experimentar desde mi lugar ya no una actitud de persecución, sino de apoyo a mi propio proceso como terapeuta y al de la familia misma.

En un principio, desde mi necesidad, consideré que ésto resultaría incómodo para las familias, sin embargo mi percepción cambió y más bien la familia se adaptó favorablemente a esta modalidad de trabajo.

Como terapeuta en formación me sentí expuesta a la mirada de los otros y en mayor o menor medida; esta situación generó al principio ansiedad, como mencionan Rubli y Aurón (citados por Desatnik, Franklin, y Rubli, 2001, p. 5); “probablemente mi yo quedaba en un lugar muy vulnerable. Pude ver esta situación de dos maneras. Por una parte probablemente llegué a sentirlo amenazante en un primer momento, pero también por la otra considero que dicha experiencia favoreció mi desempeño clínico en el ámbito personal y profesional”.

Puedo comentar que, en mi experiencia, la ansiedad fue disminuyendo a lo largo de la formación y en la medida en que fui asimilando esta forma de trabajo, considero que me sentí apoyada y protegida por el equipo y las supervisoras. Sin embargo en mí todavía estuvo presente el temor a equivocarme a pesar de tener y sentir el apoyo de las supervisoras.

Otro aspecto que identifiqué y viví en este espacio de manera diferente, fue la cercanía del equipo y básicamente de la supervisión, ya que durante la sesión, la supervisora fue guiando el proceso respetando mi actividad de terapeuta, teniendo intervenciones más directas para encausar o señalar una línea de trabajo a través de su mirada, lo que permitió ampliar mi visión de la situación familiar que en ese momento se abordaba; también, en otros momentos del proceso terapéutico, me sentí rescatada ante algunos obstáculos que se presentaron con la familia.

En esta supervisión y con esta supervisora pude experimentar, confianza, (caso 2) al percibirla en un rol de flexibilidad, tolerando mis limitantes y a su vez resaltando y comentando mis recursos. La pude vivir en un ambiente de apertura y respeto hacia mi persona, ubicando mis diferencias como terapeuta al mencionarme por ejemplo, que hubo momentos en que me percibieron aliada con la madre, y en algunos momentos mimetizándome con ella al no detenerme en los cambios hechos por el adolescente; ante esto, me sugirieron ir más despacio, detenerme y explorar más los cambios, dar intensidad ampliándolos a otros contextos.

Me parece que esta experiencia de trabajo dentro del proceso de supervisión, me permitió crecer un poco más en mi formación terapéutica e ir adquiriendo mayor confianza.

El trabajo de supervisión, en mi proceso de formación como terapeuta, también me permitió experimentar una alternativa distinta. En el segundo semestre, en la terapia, viví de forma diferente la situación del equipo terapéutico: al ser cinco terapeutas, dos supervisoras y en el tercer semestre contar con la participación y observación de los compañeros de la segunda generación, me pareció que favoreció el trabajo, tanto para ellos como para quienes estuvimos al frente de las familias. Considero enriquecedoras sus intervenciones; al principio me sentí nerviosa de ser observada por más personas, con las cuales mi interacción había sido poca. Sin embargo me parecieron valiosas sus aportaciones, ya que considero que diferentes miradas enriquecen el trabajo y las intervenciones con las familias, lo que me permitió tener otros puntos de vista y miradas que yo no alcanzaba a percibir en el sistema familiar y que desde la posición de observador incluido en el sistema pudieron pasar desapercibidas para el terapeuta. Desde la posición de la visión es diferente; sus comentarios me permitieron ubicarme y darme una idea de dónde estoy, así como tener una actitud más flexible y aceptar aquellos puntos de vista diferentes a los míos, lo cual me ayudó a auto-observarme y retroalimentarme.

Identificar las diferentes miradas me permitió ver la dinámica familiar y la situación del problema de manera sistémica.

Asimismo fue importante poder detectar por parte mía y del equipo tanto mis habilidades, y recursos, así como mis limitaciones. Lo anterior es algo que me ha permitido entender que este trabajo requiere de un proceso, y el contar con otros puntos de vista, enriquece mi desempeño y me hace apropiarme de él.

Otro aspecto a resaltar es la función que tiene para mí el equipo terapéutico, tanto en el aspecto emocional, como metodológico y práctico, para mí representó una oportunidad de apoyo y aprendizaje en el proceso terapéutico.

A manera de conclusión comparto los cuestionamientos expresados por Desatnik, et. al. (2001), respecto al papel y función que se tiene en un proceso de supervisión como el que me tocó vivir; comparto el planteamiento acerca de que la supervisión y el desarrollo terapéutico no son únicamente una cuestión de aplicar técnicas aprendidas, y que va más allá también del empleo adecuado de las habilidades, la creatividad y la aplicación exitosa de las técnicas y fundamentos teóricos que los sustentan.

Me parece que tiene que ver con la actitud que comparto con el otro (consultante y terapeuta) en el encuentro terapéutico, estableciendo un ambiente de respeto, aceptación incondicional y empatía hacia quien comparte; me parece que conjuntados estos aspectos y los anteriores, se podrá hablar de un trabajo fructífero. Me doy cuenta de que la supervisión tiene que ver con quién soy, de dónde vengo, cuál es mi ideología, mi cosmovisión, mis creencias y valores, los significados que he construido con relación al ser humano y a la sociedad; veo que todo esto es inherente a mi persona; dentro de la terapia va mi ser, el del equipo terapéutico y el de cada uno de los miembros que integran la familia; en donde terapeuta, equipo de terapeutas y supervisor se encuentran en un estar como acompañamiento, respaldo y guía hacia el trabajo terapéutico, detectando también aquellos aspectos emocionales que pueden representar un obstáculo en el trabajo clínico.

Considero que la supervisión fue para mí una parte medular en mi formación en el proceso terapéutico.

Retomo lo expresado por Eguiluz (1999): Concebir a la supervisión como una conversación entre dos personas, el supervisor y el terapeuta en formación, teniendo como propósito reconstruir y dar significado a la experiencia vivida durante las diferentes sesiones clínicas, en las que a través de la supervisión se van desarrollando nuevos significados, para reconstruir algunos o para cambiar los ya existentes por otros más funcionales.

Fue importante el poder vivenciar la esencia de la supervisión que es: ayudar a que el terapeuta en formación sea un agente efectivo de cambio, en el que de manera paulatina vaya encontrando por sí mismo, su particular estilo de hacer terapia.

3. Habilidades de Investigación.

Participé en la elaboración, diseño y aplicación de la investigación “La idealización de la pareja en individuos solteros y casados” de la cual se expone el reporte. Primero la investigación se llevó a cabo mediante un corte cuantitativo y en un segundo momento mediante un análisis cualitativo, teniendo como objetivo identificar las diferencias que existen entre individuos solteros y casados, respecto de la idealización de la pareja. Se aplicó una escala de autoconcepto (de la Rosa 1994), compuesta por 72 pares de adjetivos, uno antónimo del otro, contestando por diferenciación semántica, con una escala que iba del 7 en los conceptos positivos, al 1 en los negativos, en donde el máximo puntaje obtenido podía ser 504 en el caso de los conceptos más elevados y 72 para los conceptos más bajos.

La escala fue adaptada al concepto de la pareja real y la ideal, a 10 parejas solteras, comprometidas en matrimonio con al menos un año de noviazgo y 10 casadas con no menos de un año ni más de 5 viviendo juntas.

La presente investigación se sustentó en las investigaciones realizadas por Holmes (1989), De la Ronde y Hixon (1992), Murray, Holmes y Griffin (1996). En un estudio realizado por dichos investigadores, con parejas casadas y en periodo de noviazgo, éstas, las parejas tanto de hombres como de mujeres calificaron a sus compañeros, al compañero ideal, al compañero típico y a ellos mismos, con una serie de virtudes y defectos. Ellos encontraron que la auto-imagen individual y los esquemas del compañero ideal, parecen determinar sus ilusiones: entre más positivos son los ideales y la auto imagen, mayor será la impresión idealizada de su compañero. Esto es correspondiente con lo argumentado por Bowlby (1982) quien considera que: entre más alta es la autoestima, mayores serán sus ideales y mayores virtudes percibirán en su compañero, mientras que las personas con menor autoestima, buscarán menos características positivas en sus compañeros. Asimismo, en esta investigación compartimos los planteamientos que Felmlee y sus colaboradores (1990) hacen respecto a las diferencias que existen al paso del tiempo en el concepto de la pareja. Basándonos en lo anterior, consideramos que los individuos que se encuentran en la fase de

noviazgo idealizan en mayor grado a sus compañeros, que aquellos individuos que han pasado ya un tiempo de casados. Por lo anterior el interés del presente estudio fue conocer quiénes han idealizado más a su pareja, si aquellos que se encuentran en período de noviazgo o los individuos que ya están insertos en una relación matrimonial.

Se observó que la idealización del compañero está presente en cada relación de pareja, tanto en la etapa de noviazgo como en la de matrimonio.

Respecto al diseño empleado y de acuerdo a Newman (1997), se trata de una investigación de tipo transversal, en la que se recolectan datos y se examinan rasgos de individuos en un momento único en el tiempo.

La investigación se aplicó en un solo momento, una escala para la recolección de datos y el análisis de los rasgos de los individuos participantes.

De acuerdo al objetivo de trabajo y a lo planteado por Kerlinger (1986), ésta es una investigación ex post facto. La finalidad primordial de esta investigación es probar la validez empírica de las llamadas afirmaciones condicionales. No es posible el control directo.

El análisis de los resultados obtenidos tomando en cuenta que el objetivo de esta investigación fue realizar una comparación entre la idealización del compañero entre individuos solteros que tienen una relación de noviazgo de al menos un año de duración y que están comprometidas en matrimonio, y los individuos casados con al menos un año de vivir juntos y máximo 5, de manera que la comparación más importante recayó en los puntajes obtenidos por ambas parejas al aplicar la escala de autoconcepto.

Se realizó una comparación de los puntajes obtenidos por hombres y mujeres, por hombres casados en comparación con hombres solteros, por mujeres casadas en comparación con mujeres solteras, y finalmente, parejas solteras y casadas, por medio de una T de student, obtenida por el programa estadístico SPSS.

Se encontró que hay diferencias en la idealización entre individuos solteros y casados, en donde el concepto de la pareja es mayor en los solteros, es decir las parejas de solteros tienden a idealizar más a sus parejas que las casadas. No se encontró diferencia en la idealización respecto al género aunque los puntajes de las parejas reales son ligeramente mayores en las mujeres que en los hombres. Esto puede estar relacionado a nuestras premisas culturales, en las que la mujer es quien más espera un “príncipe azul”, ésta tiende a minimizar los defectos del compañero debido a esta búsqueda para la que ha sido instruida desde pequeña, ya sea por los padres o por la sociedad en la que estamos inmersos.

Las diferencias entre los puntajes de los individuos casados y los solteros pueden estar determinadas por sus respectivos contratos individuales, que están cargados muchas veces por los mitos que han sido inculcados, por medio de los cuales se le atribuye al otro la propia posibilidad de tener confort, sentirse seguro y ser feliz, ésto en concordancia con lo que O’Neil y O’Neil (1986) encontraron.

Por otro lado los puntajes menores en los conceptos de la pareja real pueden obedecer a que al paso del tiempo, cuando la convivencia hace sentir menos positivas las características del compañero, el sentido de paz y seguridad sufre de un declive, posiblemente porque las ilusiones positivas que se viven antes del matrimonio proveen de un falso sentido de seguridad creando un potencial de desilusión y estrés. Las ilusiones se convierten en un filtro lleno de idealizaciones que dan ideas falsas a las parejas acerca de las dificultades que enfrentarán en un futuro. Las fallas del compañero en consecuencia, con el paso del tiempo parecerán menos justificables que en el principio de la relación. Ésto concuerda con lo que Swan (1994) comenta acerca de que entre más tempranamente entienden los atributos reales de sus compañeros, pueden experimentar un sentido de seguridad más duradero.

En la investigación de corte cualitativo, se entrevistó a ambos miembros de la pareja casada que obtuvieron el mayor puntaje en las escalas de autoconcepto (De la Rosa, 1994) con quienes se realizó una entrevista a profundidad, para la recolección de datos, la cual se define de acuerdo a Anguera. M. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, G. y Vallejo

(1995) como un encuentro cara a cara entre entrevistador y entrevistado, dirigido al conocimiento y/o comprensión de hechos, acontecimientos, experiencias, situaciones, tal y como lo expresan sus propias palabras. La entrevista a profundidad sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio informal de preguntas y respuestas, pero con intereses claros y bien definidos.

Recurrimos a este tipo de procedimiento de recolección de datos pues nuestro objetivo fue estudiar acontecimientos del pasado y esclarecer una experiencia humana subjetiva, sondeando los detalles de las experiencias de las personas y los significados que les atribuyen, incluyendo acontecimientos triviales que se encuentran bajo fuertes influjos de carácter cultural.

Se trata de un estudio de caso, ya que de acuerdo a lo planteado por Serrano (1997), la centralidad del estudio es la individualidad en donde la cultura y la historia conforman un ser hablante, en el que se tiene como propósito la elección de un caso a estudiar, siendo el objeto a estudiar el sujeto. Lo que define a este tipo de estudio no es su naturaleza metodológica, sino su profundo interés por los casos individuales, en que se tiene como finalidad la mejor comprensión del sujeto

En un estudio de caso el sujeto es un ser histórico, cultural, social y reflexivo, en el que el ser humano construye y co-construye su vida, de la que confluye una historia, en la que se expresan sus acciones, emociones y decisiones. Al expresarse el sujeto se va constituyendo como un ser de significaciones, reflejándose el mundo de los valores y de los proyectos vitales.

De la misma manera, el presente estudio permitió llevar a cabo una presentación sistemática de la información rescatada acerca de la vida del sujeto, organizar y presentar la información sobre una persona específica y sus circunstancias.

La entrevista a profundidad fue realizada con la pareja que mayores puntajes obtuvo tanto para la escala de autoconcepto De la Rosa (1994) adaptada a la pareja ideal como para la

pareja real, ya que son quienes perciben a su pareja como más cercana a su concepto de pareja ideal, pues ambos participantes mencionaron que el concepto de pareja ideal que tenían previo a contraer matrimonio, está superado por la pareja con la que están casados, en cualquiera de las categorías analizadas. Es interesante resaltar que esta pareja menciona que ambos han cubierto cualquier expectativa que hubieran tenido respecto a la pareja ideal o a la pareja que se merecían, tanto como ellos perciben haber cubierto las expectativas del otro, pues ambos se perciben como buenas personas, habiéndole dado cosas muy positivas al otro.

Los resultados obtenidos afirman la hipótesis con la que se inició la investigación que plantea que hay diferencias entre los puntajes de las parejas reales entre los individuos solteros y casados y aunque el puntaje que determina la idealización no presenta diferencias estadísticamente significativas, consideramos que el hecho de que existan diferencias en las que aparentemente las parejas solteras ven más cercanas sus parejas ideales que se han planteado, es evidencia de que hay una tendencia mayor a idealizar a la pareja en los individuos que están a punto de contraer matrimonio.

Asimismo, desde una perspectiva, inmersa en nuestra sociedad mexicana, las parejas que están a punto de casarse, son aquellas que más idealizan al compañero, posiblemente por la dificultad de enfrentar aquellos aspectos que a la vista saltan acerca del compañero con el que se está a punto de unir sus vidas, siendo mucho más fácil justificarlas y minimizarlas que abrirlas y enfrentarlas.

Por lo anterior se concluye que la necesidad de pensar que en un futuro cercano y lejano serán inmensamente felices, hace que las parejas solteras filtren las características del compañero por medio de su propia percepción y deseo, lo que les hace más tolerantes a las trasgresiones en las que a pesar de la obviedad de la característica negativa, ésta no parecerá ser importante.

Es muy posible que la idealización del compañero que está a punto de ser una pareja que compartirá el espacio vital, sea necesaria para promover el compromiso sin el cual no

podría establecerse un contrato matrimonial. Sin embargo la desventaja en la que pone el tener un concepto en extremo idealizado del compañero, tiene que ver con las posteriores desilusiones que se sufren al descubrir que al paso del tiempo, las características que resultaban tan atractivas y justificables, ya no lo son tanto.

Desde el enfoque sistémico se plantea la necesidad de pasar de una etapa del ciclo vital a la otra y resolver las crisis que en este trance se sufren. Es de primordial importancia, que la pareja que está a punto de casarse pueda reconocer y enfrentar estas desilusiones posteriores al matrimonio, lo que dependerá de la capacidad para enfrentarse adecuadamente a muchas de las transiciones que en familia puedan presentarse a futuro.

4. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento.

Elaboración y Aplicabilidad de Videos Didácticos.

Durante los dos primeros semestres se llevó a cabo la elaboración de dos videos didácticos, uno sobre el Modelo Estructural y otro sobre el Modelo Estratégico. Estos fueron elaborados por el grupo de estudiantes de la Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar, los cuales tuvieron como objetivo central que los alumnos desarrollemos habilidades, teóricas, técnicas y terapéuticas sobre los modelos, permitiéndonos tener un mejor desempeño, y facilitar su aplicación dentro de la práctica profesional, así como dar a conocer las diferentes técnicas de Terapia Familiar que son empleadas por Salvador Minuchin, en el Modelo Estructural de Terapia Familiar y el Modelo Estratégico de Jay Haley y Cloé Madanes (1997). Los videos están diseñados bajo dos aspectos generales, la explicación de la técnica y la escenificación de las mismas.

1.- En el Modelo Estructural de Terapia Familiar propuesto por Salvador Minuchin (1984) se presentaron las tres estrategias principales de intervención dentro de las interacciones familiares que permiten propiciar el cambio: a) Cuestionamiento del síntoma, b)

Cuestionamiento de la estructura, c) Cuestionamiento de la realidad, las cuales fueron escenificadas con una familia ficticia.

2.- En el Modelo Estratégico se presentaron dos casos trabajados por Haley (1980), el cual ha recibido gran influencia del trabajo de Milton Erickson. Se realizó mediante la escenificación con familias (ficticias), las cuales fueron adaptadas a la idiosincrasia mexicana, teniendo la finalidad de ejemplificar en el ámbito terapéutico la forma de ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su vida cotidiana.

En uno de los casos se ejemplificaron algunas intervenciones terapéuticas directas en las que se espera sean aceptadas o acatadas, por el consultante.

En el otro se realizan intervenciones paradójicas destinadas a provocar a la familia para que cambie, rebelándose contra el terapeuta y así propiciar el cambio.

Estos videos permiten observar por ejemplo a los integrantes de una familia al ubicarse en la geografía dentro del consultorio; observar si resultan las interacciones de los miembros, identificar los diferentes subsistemas, observar posibles jerarquías disfuncionales; es al mismo tiempo un medio que permite detener la videocinta para examinar detenidamente tanto al terapeuta como a la familia y de esta manera el primero poder mejorar sus destrezas como entrevistador, por lo que se puede considerar un beneficio valioso para la formación de los futuros terapeutas, al mismo tiempo que considero es un medio valioso útil dentro de los entrenamientos en la supervisión terapéutica (Haley, 1997).

Se puede ver que la realización de los videos es una herramienta metodológica valiosa que puede ser utilizada de manera didáctica en la enseñanza y aprendizaje del empleo de las diversas técnicas de ambos modelos a manera de aportación para futuros estudiantes en formación.

Considero que a manera de historia, hasta la década de 50's, era difícil observar una sesión de terapia porque no se disponía de la tecnología necesaria. El filmarla no era práctico por

su costo excesivo, sin embargo actualmente resulta un medio eficaz a nivel pedagógico y didáctico.

Haley (1997) menciona que en la década de 70's, ya se podía filmar una sesión en video a bajo costo por lo que sus alcances han permitido hasta la actualidad la profundidad de cambiar los programas formativos gracias a que se puede grabar y al mismo tiempo analizar y estudiar las entrevistas clínicas, lo que permite ver conjuntamente, y en acción, al terapeuta y la familia observando de manera directa el contexto situacional que se da en la terapia como son el diálogo, el tono de voz. También pueden observarse los movimientos corporales, cambios de postura, proporcionando más información al observador que las palabras solas; es al mismo tiempo un medio que permite detener la videocinta para examinar detenidamente tanto al terapeuta como a la familia y de esta manera el primero poder mejorar sus destrezas como entrevistador por lo que se puede considerar un beneficio valioso para la formación de los futuros terapeutas en los entrenamientos en la supervisión terapéutica.

Asimismo comparto lo expresado por Minuchin y Fishman (1989), respecto a que si el entrenamiento en la Terapia Familiar ha de ser esencialmente la enseñanza de diversas técnicas, éstas una vez que han sido dominadas han de ser olvidadas por el terapeuta y propiciar en el mismo el trascender la técnica. Hacer uso de su espontaneidad, el ser flexible, eficaz, al mismo tiempo que poder recurrir al humor y compasión al coparticipar con las familias. Esta es la invitación que deja en mí al continuar en este camino de ir construyendo y co-construyendo con él y los otros en la práctica psicoterapéutica.

Elaboración de Manuales de Técnicas.

Otros de los productos tecnológicos diseñados fueron los manuales de los diferentes modelos de Terapia Familiar Sistémica realizados a lo largo de los diferentes semestres.

En este apartado se expone la elaboración de tres manuales: 1) Terapia Estructural 2) Terapia Breve Centrada en los Problemas y 3) Terapia Centrada en Soluciones, que son

algunas de las concepciones teóricas que se analizaron con el propósito de dar a conocer los principios y técnicas que son utilizados por dichos modelos, en los que se destacan los antecedentes, la descripción y las técnicas terapéuticas empleadas mediante la ejemplificación de casos que fueron analizados en los seminarios teóricos, y en la práctica supervisada, esto se hizo con la finalidad de adquirir los principios de estos modelos para un fácil entendimiento, comprensión y aplicación de las técnicas.

El objetivo central de la elaboración de los manuales es: que los alumnos desarrollemos habilidades, teórico- metodológica y terapéuticas sobre los modelos y así poder tener un mejor desempeño y aplicación dentro de la práctica profesional.

Otro de los propósitos de la realización de los manuales, es que puedan ser utilizados de manera didáctica en la enseñanza y aprendizaje del empleo de las diversas técnicas en la Terapia Familiar, a manera de aportación para futuros estudiantes.

Si bien los modelos desarrollan una serie de principios y técnicas a emplear, también invitan a que el terapeuta asuma la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad que lleve a resolver la problemática del consultante utilizando su propio estilo.

5. Presentación de Programas de Intervención Comunitaria.

Diseño y aplicación de talleres.

La elaboración de los diferentes talleres llevados a cabo en diferentes momentos y ámbitos educativos estuvo encaminada a dar atención a diferentes poblaciones entre ellas, padres, niños, adolescentes, jóvenes y maestros, proporcionando diferentes alternativas para establecer relaciones interpersonales y prevenir y detectar problemática en el contexto educativo y familiar.

A continuación se mencionan algunos de los talleres en los que participé tanto en su diseño como en la aplicación, describiendo el propósito, la población con la que se trabajó, y la justificación de éstos.

El taller “La afectividad de los niños en su proceso educativo”

Se llevó a cabo una propuesta metodológica a trabajar en la modalidad de taller con un grupo de 20 profesionales, quienes laboran en la zona No. 1 de Atizapán de Zaragoza y pertenecen a la Institución de Educación Especial de SEIEM. El grupo estuvo conformado en su mayoría por psicólogos (12), 3 maestros de lenguaje, 3 trabajadores sociales y 2 en el equipo de supervisión.

El taller se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Atención Múltiple (CAM). No. 9 ubicado en las Alamedas, Atizapán de Zaragoza. El programa se llevó a cabo en tres sesiones con una duración de 4 horas cada una.

Los objetivos centrales fueron:

- Proporcionar a los profesionales herramientas que favorezcan el reconocer, aceptar e identificar los sentimientos de los niños, propiciando el apoyo para que los mismos aprendan a enfrentarlos.
- Fomentar la expresión de sus sentimientos y necesidades de forma honesta, sin críticas, culpas ni temores.
- Que los profesionales reconozcan, identifiquen y contacten con sus propios sentimientos.
- Propiciar un aprendizaje como proceso de intercambio comprensivo, poniendo en práctica la empatía.
- Propiciar una escucha con precisión de lo que las otras personas sienten y necesitan, reflexionando sobre la manera en que podrán ponerlo en práctica en su campo de trabajo.

El presente taller es importante porque enfatiza a nivel preventivo en el ámbito familiar e institucional, la posibilidad de que padres, maestros y adultos tengan la oportunidad de

prepararse para saber cómo tratar a sus hijos, o alumnos y lograr que éstos enfrenten e identifiquen sus sentimientos, que desarrollen sus potencialidades intelectuales, una personalidad equilibrada y relaciones sociales positivas, por lo que si cambiamos nuestra manera de educar y tratar a los niños de hoy estaremos formando adultos que tendrán mejores recursos para enfrentar, reconocer y aceptar sus sentimientos. De esta manera la persona es libre y capaz de resolver los problemas que se le presentan. Sin embargo cuando el ser humano niega o no es consciente de sus sentimientos, éstos interfieren con sus metas, impiden el autoanálisis, la autoevaluación obstaculizando el proceso valorativo.

Taller “Comunicación no Violenta”

El taller fue dirigido a 10 estudiantes de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El objetivo del taller tuvo el propósito de dar a conocer a un grupo de estudiantes los principios teóricos y prácticos de los cuales parte la Comunicación no Violenta propuesta por Marshall Rosenberg (2000) la cual se define como un modelo de comunicación que sirva para mejorar las relaciones interpersonales, a nivel familiar, amigos, novio/ novia, y maestros, evitar conflictos y alcanzar soluciones pacíficas.

Otro objetivo fue aprender una forma de comunicación positiva y precisa que les permita expresar sus sentimientos, necesidades y peticiones, construyendo relaciones basadas en el mutuo entendimiento.

El objetivo de la comunicación no violenta no consiste en cambiar a la gente ni modificar su conducta, sino en establecer un tipo de relación basado en la sinceridad y la empatía que permitirá que se satisfagan las necesidades de todos.

Los dos componentes de la comunicación son: el componente verbal mediante el cual se expresa el contenido y el componente analógico o comunicación corporal que se refiere a

todo aquello que no decimos pero expresamos con gestos, miradas, con movimientos corporales que generalmente tiene que ver con lo que sentimos.

A continuación se hace mención de algunos ejemplos de los cuatro componentes de la comunicación no Violenta que son:

- Observación sin evaluación, en la que se expresa la observación de un hecho sin que intervenga la evaluación: ejemplo Juan ha sido el primero de la fila toda la semana.
- Expresión verbal de los sentimientos: Me entristece que te vayas o me asusta que digas esto.
- El reconocimiento de las necesidades, en la que la persona asume la responsabilidad de sus sentimientos: Me entristece que no vengas a cenar, porque esperaba poder pasar la velada contigo.
- Expresión de los deseos personales, en donde la persona que habla pide que se haga una determinada cosa: Quisiera que al conducir no sobrepasaras el límite de velocidad.

El taller se desarrolló en un cubículo del edificio de Endoperio de la FESI. El programa se llevó a cabo en tres sesiones con una duración de 4 horas cada una.

Taller “Prevención del Abuso Sexual al menor” a través de un video

El taller fue dirigido a un grupo de alumnos con sus respectivos padres del Jardín de Niños “María Helena Chanes”. El taller conformó una propuesta metodológica, a nivel preventivo, desarrollando habilidades de comunicación entre padres e hijos ante situaciones de posible abuso sexual infantil, mediante la presentación del video “El árbol de Chicoca” para niños (as) y padres de familia.

Es importante tomar en cuenta que el abuso sexual hacia el menor, es un evento frecuente en familias, tanto que se le ha categorizado como “el crimen oculto”. En el caso particular, sobre la violencia en la familia dirigida al infante, Kempe y Kempe (1979) mencionan

cuatro categorías para clasificar el acto agresivo en contra del menor: violencia física, abandono físico o emocional, maltrato emocional y explotación de niños mediante actos tales como: incesto, abuso sexual y violación.

Se ha encontrado que el abuso sexual sucede con más frecuencia dentro del seno familiar, de ahí la necesidad de que los niños (as) y padres participen en conocer las medidas preventivas y saber qué hacer cuando un menor ha sido agredido sexualmente mediante la técnica del video.

El taller se llevó a cabo en las instalaciones de la escuela, teniendo una duración de 5 horas; se contó con dos aulas para trabajar tanto con los padres, como con los niños.

6. Asistencia a Talleres y Eventos de Difusión.

Tomando en cuenta que uno de los objetivos centrales de la maestría es formar terapeutas familiares con un amplio conocimiento de las bases conceptuales teórico- metodológicas y sobre todo formativas, el fomentar la autocrítica constructiva y el desarrollo de habilidades de investigación innovadoras bajo principios éticos, fue el sustento que durante los dos años de formación se promovió para la asistencia a diferentes encuentros y congresos con personalidades reconocidas en el ámbito terapéutico familiar a nivel internacional y nacional.

Tuve la oportunidad de asistir y observar de manera directa los aportes a nivel de investigación y trabajo terapéutico en el campo de la Terapia Familiar realizado en la actualidad, como en el “Taller Homenaje a Salvador Minuchin”. “El Arte de la Terapia Familiar durante 50 años”, llevado a cabo 21 y 22 de febrero de 2002.

El taller tuvo como propósito celebrar los 80 años de edad de Minuchin y 50 como terapeuta. Dicho autor compartió cuál ha sido su trayectoria, los aportes que ha hecho a la Terapia Familiar y los alcances, avances y aportaciones actuales que su Modelo Estructural aporta. Se llevó a cabo la intervención terapéutica con dos familias mexicanas siendo el

propio Minuchin quien realizó la intervención terapéutica. En éstas destacó las capacidades, recursos y posibilidades de las familias.

Otro de los Talleres al que asistí fue coordinado por Harlene Anderson y Lynn Hoffman “Pasado, presente y futuro de la Terapia Familiar Conversaciones Íntimas”. Éste se realizó el 16 y 17 de mayo de 2003. Tuvo como propósito dar a conocer su trabajo dentro de la psicoterapia como un proceso colaborativo en el que a través de la conversación y el diálogo se generan nuevas posibilidades para encontrar soluciones, rescribir historias y ampliar los significados de nuestras experiencias; el conocer y reconocer cómo a lo largo de su trayectoria terapéutica han ido actualizado su trabajo a nivel clínico, y sus perspectivas teóricas a través del Construccinismo Social, las ideas narrativas y la crítica posmoderna. Me resultó de interés el taller, ya que pude vivenciar de manera directa el trabajo y utilidad del Equipo Reflexivo, y su particular forma de trabajar en el ámbito de la psicoterapia. Este taller dejó en mí la invitación a conocer e investigar aun más sobre el pensamiento posmoderno.

El taller “Niños, Terapeutas, Ritos, Cuentos y Metáforas” impartido por David Epston, los días 11 y 12 de mayo del 2002, tuvo como propósito el dar a conocer su trabajo psicoterapéutico en el manejo y tratamiento de los principales problemas emocionales que los niños y adolescentes enfrentan utilizando las ideas narrativas. Lo anterior lo realizó a nivel didáctico y práctico con una niña y un adolescente. El taller me dejó el interés e inquietud para conocer la forma de hacer y trabajar la psicoterapia en el ámbito infantil y con adolescentes, aportándome varias herramientas de trabajo en la terapia.

Los aportes y formas de hacer terapia de los ponentes en los tres talleres me permitieron tener una visión amplificada de las diferentes formas de trabajar la Terapia Familiar, la posibilidad de reflexionar sobre la diversidad de aportes a través del pensamiento y Modelo Estructural, el Construccinismo Social, las ideas narrativas, la crítica posmoderna, el uso de equipos reflexivos por las que ha pasado la Terapia Familiar Sistémica.

Estas diferentes maneras de hacer terapia me permitieron visualizar la importancia de actualizarme, el reconocer que dentro del trabajo terapéutico se requiere de flexibilidad, creatividad y espontaneidad al trabajar con las familias.

Otra de las modalidades de enseñanza con las que se contó a lo largo de la maestría fue la participación de diferentes ponentes nacionales que se han interesado por hacer aportes a la Terapia Familiar Sistémica en nuestro país; algunos de los temas que se compartieron en modalidad de seminarios fueron: pareja, programación neurolingüística a través de una mirada sistémica, violencia intra familiar, hombres violentos, adicciones, visión de género, hipnosis ericksoniana, quienes aportaron sus experiencias de trabajo en el ámbito familiar, lo cual me permitió tener una visión más amplia sobre los aportes que se están realizando con familias mexicanas.

El presente reporte de Investigación “Idealización de la pareja en individuos solteros y casados” fue presentando en el XXII Coloquio de Investigación realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, los días 18 y 19 de noviembre del 2003, en calidad de ponente, presentando el desarrollo de la investigación como es: introducción, justificación, resultados y conclusiones bajo la modalidad de cartel.

IV. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

1. Integración de las Consideraciones Éticas de la Práctica Profesional.

Durante mi formación terapéutica desde la perspectiva de Terapia Familiar Sistémica llevada a cabo por el Programa de Maestría en Psicología por parte de la FES Iztacala, presento un análisis de lo que representó para mí el trabajo clínico con las diferentes familias al experimentar el proceso de enseñanza aprendizaje, de manera directa e indirecta (con el grupo de residentes) en la supervisión.

Trabajar con las diferentes familias no sólo de manera directa, sino también indirectamente, me permitió tener presente que implica para mí la tarea de terapeuta. En general pude vivir la supervisión de manera diferente con cada una de las familias. Conforme iban avanzando los semestres me percibí más relajada, con mayores elementos teóricos y metodológicos en mis intervenciones, por momentos viví con cierto desagrado el querer ver cambios inmediatos en los consultantes y experimentar sus confusiones. Quizá porque al colocarme en la posición de experta quería que ellos tomaran decisiones con mayor claridad, asumiendo la responsabilidad de reconocer que no había logrado moverlos hacia el cambio y, a su vez preguntarme sobre el tiempo que necesitaron para aclarar sus ideas. Pude ver que mi labor como terapeuta fue de ser paciente, tolerante y respetuosa en su propio proceso; aprendí a distinguir que de lo que se va compartiendo en la terapia también me toca.

Algo que considero esencial, que percibí en mi proceso de supervisión y que a veces podría definirlo como una lucha en mí, es la de ser empática y sensible a las necesidades del otro y a la vez ser congruente conmigo al reconocer qué es lo que me produce la relación con los otros en mi labor como terapeuta. Me parece que por momentos viví en el trabajo terapéutico la necesidad de estar más pendiente de cumplir con los aspectos teóricos. Percibirme en ocasiones más pendiente de si estoy empleando bien la técnica de manera adecuada, el sentirme observada por un equipo terapéutico, hizo que perdiera de vista la posibilidad de contactarme con el otro.

Lo anterior me lleva a comentar lo siguiente: aquí surge la discusión que me cuestiono sobre qué tanto como terapeuta uno tiene que “lograr” y propiciar el cambio o promover el cambio, pero la responsabilidad final y la decisión del cambio no es de uno solamente. También es necesario ver aspectos relacionados con el logro de los demás, hay una parte de responsabilidad en mí como terapeuta pero me queda claro que es compartida; hay parte de responsabilidad del terapeuta y del consultante.

Sin embargo, como terapeuta no debo perder de vista la posibilidad de mostrar una postura crítica que favorezca la toma de conciencia del consultante, y como lo expresa Andersen, (1994), propiciar abrir nuevos caminos para el consultante y para mí.

Comparto lo expresado por Rud (2003) respecto al trabajo en la psicoterapia: dentro del espacio terapéutico consultante y terapeuta construyen, transforman y aprenden uno de otro, con base en la confianza y en el poder de transformación para ambos (consultante y terapeuta).

Considero importante reconocer que por momentos las situaciones vividas por los consultantes me movieron cosas personales, que pude trabajar en mi propio proceso terapéutico y lograr separarlo. También pude identificar cómo me vivo respecto a la impotencia como terapeuta que en ocasiones experimenté.

Otras ideas que comparto son las expresadas por Aponte (1985) acerca de que la labor de la terapia transcurre a través de la relación personal que existe entre el terapeuta y la familia y/o el consultante.

La posibilidad de experimentar e identificar los encuentros emocionales que se suceden dentro de esta relación personal, reflejan no sólo las vidas interiores de todos los participantes sino también el sistema personal de valores, tanto de mí como terapeuta como el de la familia y el mismo equipo de supervisión. Además, puedo darme cuenta de ello precisamente con la familia, lo cual frecuentemente se pasa por alto. Menciono esto por el

efecto emocional que produjo en mí la familia (No. 2), ante el dolor de la pérdida de un miembro familiar (el esposo); puedo identificar mi empatía con ellos.

Otro aspecto que descubrí con relación a mi formación en la terapia es ver desde dos puntos de vista mi desarrollo tanto personal como profesional con relación a la terapia, que vi reflejado en la interacción con la familia, al estar al pendiente en dos aspectos: por un lado estar más centrada en el desarrollo de las habilidades terapéuticas bajo los enfoques empleados, ya que desde esta visión los terapeutas familiares estratégicos tales como Haley han enfatizado la importancia de que el terapeuta aprenda las habilidades técnicas más que su desarrollo emocional (Aponte, 1985). Mientras que Bowen y Satir han destacado de forma más puntual el rol vital del crecimiento personal del terapeuta, haciendo que el trabajo en el desarrollo emocional y personal sea una parte fundamental a abordar en el entrenamiento terapéutico.

Me parece que ambas visiones son válidas y, a manera de comentario personal, considero que durante el proceso de formación como terapeuta faltó trabajar de forma más sistemática el aspecto de la persona del terapeuta a nivel emocional. Creo que se enfatizó más el nivel de emplear, desarrollar y ejecutar las técnicas y estrategias de los diferentes modelos, en la adquisición de habilidades para implementar lo aprendido en las clases teóricas.

Considero que el entrenamiento de la persona del terapeuta necesita tomarse más en cuenta, dedicarle un espacio y tiempo y quizá estar más orientado en la dirección de ayudar al terapeuta a conocerse a sí mismo dentro del contexto terapéutico y aprender a utilizar sus aptitudes personales, características, recursos y experiencias en su trabajo con las familias.

Puedo entender que en nuestra práctica, dentro de la supervisión terapéutica los tiempos fueron muy limitados, no teniendo los espacios y tiempos para abordar de manera más amplia cómo se vive la persona del terapeuta en la terapia.

Otra situación que puedo ver, es la prioridad que se dio para dar atención a la demanda en los diferentes escenarios en las que se llevó a cabo el trabajo terapéutico. Quizá aquí

nuestro foco principal fue dar la atención a las familias, dedicando el tiempo de duración establecido en la terapia (50 a 60 minutos), restando tiempo a la presesión y postsesión, situación que no permitió ampliar los aspectos de la persona del terapeuta.

Por lo anterior considero que, retomando las ideas de Aponte (1985), el entrenamiento de la persona del terapeuta es necesario, y que tal entrenamiento, en primer lugar se debe dirigir en la dirección de ayudar al terapeuta a conocerse y reconocerse a sí mismo dentro del contexto terapéutico, al aprender a utilizar sus aptitudes personales, características y experiencia en su trabajo con los pacientes

Comento lo antes expuesto porque durante mi proceso en la formación como terapeuta y, quizá lo pude ver más claro en el último semestre, tuve presente que el terapeuta debe aprender a trabajar lo más eficazmente posible con sus “reacciones personales” en este caso las propias, situación que viví con la familia No.2, cuando experimenté cierta ansiedad ante la conducta mostrada por la madre de sobreprotección y autoexigencia hacia el adolescente, y que pude ver de manera más clara posteriormente aunque por falta de tiempo no se pudo ampliar más este hecho, en la postsesión.

Trabajar con esta familia madre e hijo, me permitió tener presente qué implica para mí la tarea de terapeuta, el no sólo vivirme como experta, por que es algo que retomé y aprendí en los seminarios teóricos metodológicos de mi formación, sino también aprender a distinguir qué de lo que se va compartiendo en la terapia también toca al terapeuta como fue el percibir en ocasiones el deseo de ir más adelante del ritmo de la madre, al querer que ella se diera cuenta de los recursos y cambios que su hijo iba teniendo, aunque en ese momento ella no los percibía de la misma manera que yo.

Considero que dentro del trabajo terapéutico lo que tiene que ver con la parte ética, es reconocer cómo respetar el ritmo del otro, con base en la confianza. Este caso me permitió creer en la capacidad que como seres humanos tenemos y en la necesidad de superar los problemas, ya que el cambio se llevará a cabo a través de pequeñas modificaciones y quizá aquí mi visión estuvo centrada en la espera de mayores cambios.

Reconozco la necesidad de aprender a confiar en que la familia cuenta con recursos, ver sus posibilidades y la fuerza con que llegan a encontrar soluciones y ampliar su conciencia.

Una vez más me pregunto y me digo que mi labor es la de acompañar y propiciar los cambios, las construcciones que las personas tienen de sí mismas, las que se van co-construyendo desde la realidad familiar y de la situación que viven, siendo respetuosa del ritmo y propio proceso de la familia y aún más, de cada uno de los miembros que la integran.

Quiero compartir que la actitud mostrada por mis supervisoras fue de respeto y acompañamiento, tanto para poder rescatar mis habilidades, recursos, lados fuertes como para hacerme ver mis limitaciones en los aspectos metodológicos, teóricos y personales en mi práctica terapéutica.

Finalmente, considero importante el reconocer que el trabajo psicoterapéutico implica compromiso, intenso, además de profundo trabajo personal del proceso terapéutico individual y/o grupal.

V. CONSIDERACIONES FINALES

A continuación expongo a manera de conclusión algunos aspectos esenciales a comentar.

A lo largo de los dos años de formación y a través de los diferentes seminarios impartidos durante la residencia me di cuenta que la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se ha encontrado y se encuentra en un proceso de evolución con respecto a los modelos originales del periodo comprendido de 1970 a 1989. A partir de 1990, el Postmodernismo ha evolucionado los conceptos de los modelos estructural y estratégico, que dominaron las intervenciones terapéuticas. En ellas el terapeuta señalaba las pautas de acción para con la familia, a la que se veía como un sistema en observación; se basaban en la Cibernética de Primer Orden. Actualmente, la Terapia Familiar Sistémica se desarrolla con conceptos derivados del Construccionismo Social y la Hermenéutica; las familias y el terapeuta sostienen una participación más activa en la conversación y juntos encuentran sus propias soluciones, donde el papel del terapeuta no es de experto, sino que éste acepta la realidad de la familia y sus historias. No tratará de cambiarlas; juntos aportarán una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a las experiencias de la familia un nuevo significado. De acuerdo a lo que expresa Sánchez (2000) la terapia viene a ser una aventura colaborativa, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas.

De acuerdo a lo expresado por algunos teóricos como son Fisch, Weakland, Segal (1994), la Terapia Familiar Sistémica ve al individuo como una parte del sistema mayor que es la familia. Esta perspectiva cambia los modelos usados para explicar la conducta del individuo. En este marco más amplio, se considera que la conducta no es independiente de las condiciones ambientales, ni producto de procesos recíprocos en las partes interactuantes. El individuo y la familia en su conjunto están determinados por las reglas de comunicación e interacción aplicable en el sistema familiar, así como por la estructura de la familia misma, es decir por el tipo de relaciones recíprocas que existen entre los miembros de la familia.

El enfoque Sistémico como alternativa de prevención proporciona un marco teórico óptimo para el abordaje clínico de la familia, pareja e individuo y de su sistema, se considera un recurso útil para la resolución de las conflictivas humanas. A fin de estudiar y dar a conocer la importancia que tiene el sistema familiar dentro de la sociedad para formar familias sanas, que permitan adquirir a los miembros que la conforman integridad y fortaleza para enfrentar experiencias en un futuro, es importante considerar que es la principal portadora de las experiencias tempranas saludables que harán de un ser humano, un ser social que encuentre un adecuado funcionamiento y un mejor desarrollo psicológico ante la sociedad.

En el caso de México, explica Azuara (citado en Pastrana, 2001) es alentador que cada vez haya más instituciones que atiendan a mujeres, niños maltratados y familias. Estos organismos cuentan con profesionales de diferentes áreas, que se complementan en los planos jurídicos y terapéuticos entre otros. Cabe mencionar que falta mucho por realizar. Otro de los esfuerzos en el caso concreto de la UNAM, es la creación de espacios formativos para los profesionales en el campo clínico y de salud como lo es el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, a través del cual se pretende dar respuesta a la diversa problemática a la que se enfrenta la familia, (alcoholismo, drogadicción, bajo rendimiento escolar, maltrato físico, verbal, emocional, depresión, abuso sexual, entre otros), siendo atendidas un promedio de 80 familias en los periodos del 2001 al 2003, en los tres diferentes escenarios clínicos que el programa tiene a su cargo, en la FES Iztacala.

La participación de los profesionales en el ámbito de la Psicología es fundamental para el logro y bienestar familiar, ya que se cuenta con instrumentos de trabajo (entrevistas, terapia individual, de pareja y familia, así como programas y técnicas) que los llevan a plantear alternativas para mejorar las relaciones de los participantes dentro de este sistema.

Comparto lo expresado por Lorieo (citado en Albuerno, 2000) quien menciona que en la formación del terapeuta la clave del proceso terapéutico y la posibilidad de co-crear nuevas historias familiares se da a través del encuentro terapéutico, no a través de las técnicas ni del proceso ni de la comprensión, si no de la persona del terapeuta y de su implicación con la familia, en la que se reconoce un proceso que “contempla el interior del sistema en su

totalidad” es decir, el involucramiento es bidireccional y recíproco, y es señal de que dos sistemas diversos, el familiar, el terapeuta o los terapeutas han establecido entre sí sólidos lazos de interacción; considero que ésto se vivió en los diferentes momentos del proceso terapéutico, tanto de mí al frente de las diferentes familias con las que trabajé, como de los terapeutas (equipo) y supervisoras, durante nuestra formación.

Considero que durante el proceso de formación el énfasis del Programa de Residencia estuvo centrado en la supervisión clínica, aspecto eminentemente práctico: a) Pude incrementar mis capacidades, habilidades, técnicas y competencias profesionales en el contexto terapéutico, lo cual se ve reflejado en el número de horas de supervisión 1600 b) Experimenté un aprendizaje vivencial en la interacción humana, en la observación del otro y la auto-observación, que dejaron en mí una experiencia de aprendizaje y crecimiento, pude reconocer la importancia de trabajar en mi proceso formativo, psicoterapéutico, el cual implica compromiso y profundo trabajo personal, crear el hábito de la auto-observación que me ayude a conocerme, entenderme y desde ahí afrontar y comprender al otro.

Estoy de acuerdo respecto a lo que Fortes, Iturralde y Espejel (citados en Eguiluz, 1999) señalan que en la supervisión en vivo se establece una experiencia de aprendizaje circular, ya que tanto el supervisor conjuntamente con el equipo aprenden enseñando. Lo mismo sucede con la familia en sesión, se ayudan a cambiar mutuamente. Por lo que en este proceso circular, aprendizaje y cambio van de la mano, y no puede darse uno sin la presencia del otro.

Me parece que durante el proceso de formación como terapeuta faltó trabajar de manera más sistemática el aspecto de la persona del terapeuta a nivel emocional. Creo que se enfatizó más el nivel de emplear, desarrollar y ejecutar las técnicas y estrategias de los diferentes enfoques en la adquisición de habilidades para implementar lo aprendido en las clases teóricas.

Sin embargo, considero que el entrenamiento de la persona del terapeuta necesita tomarse más en cuenta, dedicarle un espacio y tiempo y quizá estar más orientado en la dirección de ayudar al terapeuta a conocerse a sí mismo dentro del contexto terapéutico y contar con algunos parámetros que faciliten el auto-conocimiento, crecimiento personal y el de aprender a utilizar sus aptitudes personales, recursos, limitaciones, características y experiencias en su trabajo con las familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Albueme, M. (2000). El proceso formativo en psicoterapia familiar: Propuesta de evaluación cualitativa en supervisión. En Jiménez, G., Barrientos, M., Juárez, O. y Centeno, G (comp.). La Terapia en México. Hoy. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Althaus, E. (2000). El individuo en la familia y la familia en el individuo. En Jiménez, G., Barrientos, M., Juárez, O. y Centeno, G. (comp.). La Terapia en México. Hoy. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). Conversation, language, and possibilities. A. Posmodern approach to therapy. New York: BasicBooks.
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1993). (Comps). Dimensiones de la terapia familiar. México: Paidós.
- Anguera, M. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, G., y Vallejo (1995). Métodos de investigación en psicología. Madrid: Editorial Síntesis.
- Aponte, H. (1985). La persona del terapeuta: piedra angular de la terapia. Sistemas familiares, Año 1, No. 1, 7-20.
- Aurón, F. & Troya, E. (1998). La Diferenciación de los constructos de terapeuta en la supervisión. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, México.
- Bateson, G. (1977). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé
- Bertalanffy, L. (1995). Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Peen, P. (1987). Terapia familiar sistémica. Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowlby, P (1982). El noviazgo en la sociedad actual. México: Pax-México.

- Bruner, J. (2000). Actos de significados. Mas allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza Editorial.
- De la Ronde, S., Hixon, J. G., y Swan. (1992). Embracing the bitter "truth": Negative self concepts and marital commitment. Psychological Science, No. 3, 118-121.
- Desatnik, O. y Franklin, A. (1998). Intimidad. Psicoterapia y Familia. Vol.11, No.1, 9-14.
- Desatnik, O., Franklin, A., y Rubli., D. (1999). Supervisión y Entrenamiento en Supervisión. Psicología Iberoamericana. Vol. 7, No. 2, 59-63.
- Desatnik, O., Franklin, A., Rubli., D (2001). Visiones, re-visiones y Supervisión del Proceso de Supervisión. Psicoterapia y Familia, Vol. 15, No.1, 47-56.
- De Shazer, S. (1989). Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1999). En un origen las palabras eran magia. Barcelona, España: Gedisa.
- Eguiluz, L. (1999). La supervisión en los Diplomados de Terapia Familiar. Psicología Iberoamericana, Vol. 7 No. 2, 28- 32
- Eguiluz, L. (2001). La teoría sistémica. alternativa para investigar el sistema familiar. Tlaxcala, México: Universidad Autónoma de Tlaxcala y Universidad Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Elkaïm, M. (1989). Las prácticas de terapia en red. España: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico?. Psicoterapia y Familia. Vol. 9, No. 2, 4-8
- Felmlee, Sprecher y Bassin. (1990). The dissolution of intimate relationships: A hazard model, Social Psychology. No. 53, 13-30.
- Fisch, J. H., Weakland, L. Segal. (1994). La Táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Fishman, C.(1990). Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de Terapia Familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Foerster, H. Von. (1984). Construyendo una realidad. En P. Watzlawick (ed). La realidad inventada. Barcelona: Gedisa.
- Fortes, J., Espejel E. (1995). Mitos familiares y realidades sociales en familias mexicanas en el encuentro terapéutico. Psicoterapia y Familia. 25-31.

- Fortes, J. (1996). Pareja, género y cultura. Psicoterapia y Familia. Vol. 9, No. 2, 14-20.
- Gergen, K. J. (1988). Hacia una Psicología Postmoderna. Investigación psicológica. Barcelona : Sendai.
- Gergen, K. J. (1989). La Psicología Postmoderna y la Retórica de la Realidad. En T.G. Ibáñez (Ed). El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Sendai.
- Haley, J.(1987). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). Terapia para resolver problema. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). Terapia de ordalías. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1997). Aprender y enseñar terapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrejón, M. y Velasco, L. (1991). La fármaco-dependencia como síntoma social: La terapia familiar como una alternativa. Psicoterapia y familia, Vol. 4. No. 1.51-53.
- Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An Art of Lenses. Family Process, Vol. 29 No.1, 1-12.
- Hoffman, L. (1981). Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Holmes, J. (1989). Trust in close relationships. Review of Social and Psychology. No.10, 187-210.
- Ibáñez, G. (1994). Acercamiento a la Psicología social contemporánea. Barcelona: Sendai.
- INEGI (1998). La familia mexicana. México.
- INEGI (2000). Mujeres y hombres de México. México.
- Keeney, B. Y Ross, J. (1985). Construcción de la terapia familiar sistémica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kempe y Kempe (1979). Child Abuse. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Kerlinger, D. (1995). Investigación del comportamiento. México: Interamericana.
- López, M. (1998). La supervisión en la psicoterapia. Modelos y experiencias. Universidad Iberoamericana Golfo Centro: Colección Separata.

- Lyotard, J. (1984). La condición posmoderna. Madrid: Cátedra.
- Maturana, H. y Varela, F. (1985). El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano. Santiago de Chile: Universitaria.
- Maturana, H. (1997). Realidad : la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En. M. Pakman (comp.) Construcciones de la experiencia humana. Barcelona: Gedisa.
- McNamee, S. y Gergen, K., (1996). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1984). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., y Fishman, C. (1989). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Madanes, C. (1984). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Murray, S. I., Holmes, J. G. y Griffin, D. (1996). The benefits of positive illusions: Idealization and the construction of satisfaction in close relationship. Journal of Personality and Social Psychology. No.70, 70-98.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). El arte del cambio. Barcelona, España: Herder.
- Navarro, J. (1992). Técnicas y programas en terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Newman, W. (1997). Social research methods. N.Y.: Allyn and Bacon.
- Ochoa, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- O' Hanlon, W., Weiner, D. (1990). En busca de soluciones. Barcelona: Paidós.
- O'Neil, O'Neil. (1986). Matrimonio abierto. México: Grijalbo.
- Ortiz, C. (2001, 17 de junio). Violencia Infantil: Mamá, ¡no me pegues!. En: Seminario, revista electrónica. Disponible en: <http://www.semanario.com.mx>.
- Pakman, M. (1991). Semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.
- Papp, P. (1991). El Proceso de cambio. México: Paidós.
- Pastrana, D. (2001, 25 de noviembre). El Horror en Casa, Violencia Intrafamiliar. Periódico la jornada. UNAM.
- Robles, R. (2000, agosto). Declaraciones al periódico Reforma.

- Rosenberg, M. (2000). Comunicación no violenta. Barcelona España. 2da edición. Urano.
- Rodriguez, G. y Sod, A. (1996). La práctica de intervención en red al servicio de la educación. Trabajo recepcional. ILEF.
- Rud, C. (2003) El poder de y en la psicoterapia. Prometeo. No. 35, 26-29.
- Sánchez, A. (2000). Terapia familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Satir, V. (1988). Psicoterapia familiar conjunta. México: Prensa.
- Schluter, H. (1999). El papel del supervisor en la formación de los alumnos. Psicología Iberoamericana. Vol. 7 No. 2, 19-22.
- Secretaria de Salud (2000). El Consumo de drogas en México. Diagnostico. Tendencias y acciones. Revista electrónica Disponible en:<http://www.salud.gob.mx/conadic/> CDM.
- Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de Terapia Breve para Adolescentes con Problemas. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). Paradoja y contraparadoja. Un modelo de terapia para la familia en transacción esquizofrénica. México: Paidós.
- Serrano, J. (1997). Estudio de casos. En: Baztán. Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación Sociocultural. México: Alfaomega.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar, un mapa mínimo. Sistemas Familiares. Vol. 3, No. 2, 65
- Swan, T. (1994). Mixed-sex ward. Living together. Nursing. Time. Vol. 90, No. 2, 12-18.
- Tarragona, M. (1990). La Mujer en la terapia familiar: hacia una terapia sensible al género. Psicoterapia y familia, Vol. 3, No. 2, 20-27.
- Ulloa, O. P. (1997). Salud y seguridad social, controversias de la reforma. Revista del Senado de la República. Vol. 3, No. 9, 195-225.
- Umbarger, C. (1987). Terapia familiar estructural. Buenos Aires: Amorrortu.
- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1996). La red invisible: Pautas Vinculadas al Género en las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Paidós.

- Watzlawick, P. (1984). La realidad inventada. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P. (1992). El lenguaje del cambio. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). Guías para una Terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
- Winkin, Y. (1987). La nueva comunicación. Barcelona: Kairós.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). La escuela de palo alto. Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Herder.

A N E X O

ANEXO.

FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	MODELOS EMPLEADOS	SESIONES CONDICIÓN PROCESO	DEL	AVANCE TERAPEUTICO
Ocampo	Bajo rendimiento escolar lentitud, flojera y distracción al realizar sus actividades	Terapia Breve Centrada en Problemas Modelo Estructural	9 Alta		Establecimiento de límites claros y flexibles Redefinición del problema ritmo para aprender
Ortiz	Bajo rendimiento escolar TDA-H Tensión en situaciones que lo estresan	Modelo Estructural Terapia Breve Centrado en Soluciones	8 Alta		Cambios en la estructura familiar límites claros y flexibles entre la diada madre hijo
García	Conflictos con su hija adolescente, Desobediencia, rebeldía e indisciplina	Modelo Estructural	7 Baja		Mayor cercanía entre madre e hija y de los padres con los hijos pequeños. Visión sistémica del motivo de consulta
Ramírez	Problemas con su pareja por motivos sexuales. orientación tomar decisión de divorciarse	Modelo Estructural Algunas propuestas del instituto Ackerman Terapia sensible al género Dilema del cambio. Coro Griego	20 Alta		Fortalecimiento de su diferenciación Responsabilizarse de sus acciones y decisiones
Rodríguez	El adolescente se ha presentado al CCH con aliento alcohólico. Muestra rebeldía y enojo hacia su padre	Modelo de Milán	4 Baja		Visión sistémica del motivo de consulta Se trabajo con los padres de Rodolfo la situación de la infidelidad
Peralta	Conflicto con la pareja, problemas sexuales violencia física y verbal de ambos	Terapia Breve Centrada en Soluciones Algunas Técnicas de Milton Erickson	6 Baja		Asistieron ambos a las sesiones Responsabilizarse de sus decisiones y acciones Se estableció acuerdo de no agredirse físicamente, durante el tiempo de la terapia