



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIA SISTEMICA

**REPORTE DE EXPERIENCIA  
P R O F E S I O N A L**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRIA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**ELIZABETH PINEDA GUTIERREZ**

DIRECTORA DEL REPORTE:  
MTRA. CAROLINA DIAZ-WALLS ROBLED0

JURADO DE EXAMEN:  
PRIMER VOCAL: MTRA. JACQUELINE FORTES  
SEGUNDO VOCAL: MTRA. MARIA SUAREZ  
TERCER VOCAL: DRA. DOLORES MERCADO  
SECRETARIO: MTRA. CARMEN MERINO  
SUPLENTE: MTRO. ARTURO MARTINEZ  
SUPLENTE: MTRA. SILVIA VITE



MEXICO, D. F.

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.

*A Carlos, por ser parte de mi vida,  
por tu cariño y comprensión.*

*A mi familia por su apoyo siempre presente.*

*Agradezco*

Antes que nada a las familias con las que trabajé, ya que el haberme permitido participar de su circunstancia, su lucha cotidiana; le dio sentido a mi trabajo. Además porque toda referencia que a ellas haga, cualquier narración que las incluya, necesariamente las dibuja.

A mi tutora ,que ha constituido un ejemplo de fortaleza, de tesón; y me apoyó de manera constante durante mi permanencia en la Residencia, para el desarrollo del proyecto de investigación, y en la culminación del presente reporte.

A la Dra. María Blanca Moctezuma Llano, coordinadora de la Residencia en el periodo de mi estancia en ella, por todo lo que aprendí en dos años de convivencia en las aulas y escenarios clínicos.

A los profesores, supervisores de la residencia por su guía e instrucción.

Al personal del Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila, por las facilidades otorgadas para el trabajo en las instalaciones.

A mis compañeros y amigos de la residencia, en especial César.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al Programa Nacional de Becas para Estudios de Posgrado (DGEP) de la UNAM, por las becas otorgadas.

A los miembros del jurado designado para el examen profesional, por sus aportaciones para la mejora del Reporte.

---

|  | Página |
|--|--------|
| Resumen  | 1      |
| Introducción   | 3      |
| Capítulo I   |        |
| Características del campo psicosocial del terapeuta familiar             |        |
| Antecedentes históricos de la terapia familiar                           | 9      |
| El desarrollo de la terapia familiar en México                           | 17     |
| Estructura de la familia mexicana: cambios, perspectivas y problemáticas | 20     |
| Motivos de la demanda de terapia familiar                                | 22     |
| Capítulo II  |        |
| Fundamentos de la terapia familiar sistémica                             |        |
| Teoría general de los sistemas   | 25     |
| Cibernética  | 27     |
| Primera cibernética  | 29     |
| La primera cibernética y la terapia familiar                             | 30     |
| Segunda cibernética  | 31     |
| Implicaciones de la segunda cibernética en la terapia familiar           | 32     |
| Teoría del doble vínculo   | 33     |
| Teoría de la comunicación humana   | 39     |
| Constructivismo en la terapia familiar                                   | 40     |
| Construccionismo social en la terapia familiar                           | 44     |
| Capítulo III   |        |
| Entidad y secuencia del trabajo clínico                                  |        |
| Entidad donde se realizó el trabajo clínico                              |        |
| Contexto institucional   | 49     |
| El Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila"                   | 49     |
| Descripción del Centro   | 50     |
| Personal y organización del servicio                                     | 51     |
| Secuencia de participación en la sede                                    | 52     |
| Capítulo IV  |        |
| Desarrollo y aplicación de competencias profesionales                    |        |
| 4.1 Habilidades clínicas   |        |
| 4.1.1 Presentación de casos clínicos por familia                         | 55     |
| Caso 1   |        |
| Datos de identificación  | 60     |
| Genograma  | 60     |
| Evaluación de la familia   | 61     |
| Estructura de la familia   | 63     |
| Análisis del proceso terapéutico   |        |
| Encuadre   | 65     |

|   |     |
|---|-----|
| Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio | 65  |
| Postura del cliente o familia                               | 65  |
| Hipótesis que guió la meta de la terapia                    | 65  |
| Objetivos de la terapia                                     | 66  |
| Principales estrategias e intervención                      | 66  |
| Evolución del motivo de consulta                            | 69  |
| Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)       | 69  |
| Evaluación del proceso por el sistema terapéutico           | 70  |
| Resumen general del caso                                    | 70  |
| Análisis y discusión teórica- metodológica del caso         | 71  |
| Caso 2  |     |
| Datos de identificación                                     | 74  |
| Genograma   | 74  |
| Evaluación de la familia                                    | 75  |
| Estructura de la familia                                    | 77  |
| Análisis del proceso terapéutico                            |     |
| Encuadre  | 78  |
| Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio | 78  |
| Postura del cliente o familia                               | 79  |
| Hipótesis que guió la meta de la terapia                    | 79  |
| Objetivos de la terapia                                     | 80  |
| Principales estrategias e intervención                      | 80  |
| Evolución del motivo de consulta                            | 86  |
| Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)       | 87  |
| Evaluación del proceso por el sistema terapéutico           | 88  |
| Resumen general del caso                                    | 88  |
| Análisis y discusión teórica- metodológica del caso         | 89  |
| Caso 3  |     |
| Datos de identificación                                     | 92  |
| Genograma   | 92  |
| Evaluación de la familia                                    | 93  |
| Estructura de la familia                                    | 100 |
| Análisis del proceso terapéutico                            |     |
| Encuadre  | 101 |
| Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio | 101 |
| Postura del cliente o familia                               | 101 |
| Hipótesis que guió la meta de la terapia                    | 102 |
| Objetivos de la terapia                                     | 103 |
| Principales estrategias e intervención                      | 104 |
| Evolución del motivo de consulta                            | 107 |
| Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)       | 108 |
| Evaluación del proceso por el sistema terapéutico           | 109 |
| Resumen general del caso                                    | 110 |
| Análisis y discusión teórica- metodológica del caso         | 111 |

|   |     |
|---|-----|
| Caso 4  |     |
| Datos de identificación   | 114 |
| Genograma   | 114 |
| Evaluación de la familia  | 115 |
| Estructura de la familia  | 121 |
| Análisis del proceso terapéutico                                  |     |
| Encuadre  | 122 |
| Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio       | 122 |
| Postura del cliente o familia                                     | 123 |
| Hipótesis que guió la meta de la terapia                          | 123 |
| Objetivos de la terapia   | 124 |
| Principales estrategias e intervención                            | 124 |
| Evolución del motivo de consulta                                  | 125 |
| Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)             | 126 |
| Evaluación del proceso por el sistema terapéutico                 | 126 |
| Resumen general del caso  | 126 |
| Análisis y discusión teórica- metodológica del caso               | 128 |
| 4.1.2 Análisis del sistema terapéutico total                      | 133 |
| 4.2 Habilidades de investigación                                  | 140 |
| 4.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento          |     |
| 4.3.1 Actividades de apoyo comunitario                            | 141 |
| 4.3.2 Actividades de difusión                                     | 145 |
| 4.4 Actividades extracurriculares                                 | 145 |
| Conclusiones: Habilidades y competencias profesionales adquiridas | 147 |
| Referencias   | 157 |
| Anexo   |     |
| Reporte de investigación  | 165 |
| Apéndice 1  | 223 |
| Apéndice 2  | 225 |
| Apéndice 3  | 227 |

---

---

## RESUMEN

El Reporte de Experiencia Profesional tiene la finalidad de exponer, analizar y evaluar los conocimientos, habilidades, y competencias adquiridas, durante mi estancia en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Integra un bosquejo de la historia de la terapia familiar sistémica y su desarrollo en México, cambios, perspectivas y problemáticas en la estructura de la familia mexicana, junto con los motivos de la demanda de terapia familiar. Así mismo presenta los fundamentos de la misma como: la teoría general de los sistemas, la primera y segunda cibernética, la teoría del doble vínculo, teoría de la comunicación humana, constructivismo y construccionismo social. Para referirme al desarrollo y aplicación de competencias profesionales muestro: a) cuatro casos con un análisis del proceso terapéutico bajo los lineamientos del modelo estructural, estratégico, de terapias breves, del enfoque basado en soluciones y narrativo de White, además incluir para su análisis la perspectiva de género, historia de vida, etc.; b) un análisis del sistema terapéutico total: equipos terapéuticos, supervisión; c) actividades de investigación cualitativa y cuantitativa, anexando el reporte de investigación "Características de las redes sociales primarias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico "La Salud"; d) actividades para el desarrollo de habilidades de enseñanza, intervención comunitaria, de difusión y extracurriculares. Concluyo el informe con un examen de la experiencia en función de las competencias adquiridas: ejecutivas, relacionales, teórico-conceptuales, de conciencia personal.



## INTRODUCCIÓN

La familia constituye el ámbito relacional en el que se suceden la trama de lo cotidiano, es el espacio de lo privado, de la reproducción biológica, de la transmisión de pautas de conducta, de valores; es el escenario en el que se forman y conforman las personas; es decir, donde se moldea el carácter, se inculcan modos de actuar, de pensar, de sentirse, de experimentarse, de construir subjetividades.

En un mismo espacio confluye la lucha callada, la resistencia pasiva, la opresión, el desconocimiento, la complicidad, y la negociación; el crecimiento, la creatividad, la calidez, las empresas heroicas, la “caída del héroe”, el destierro, el regreso de Odiseo a su Itaca; y ese espacio con tonalidades variadas, es el hogar, donde las familias se crean y se recrean, se muestran, se vuelven historia, relato, representación.

La familia, como grupo de adscripción primaria y/o natural, ha existido siempre. Desde sus orígenes el hombre ha tenido la necesidad de vincularse con otros para sobrevivir, y las características de dicho grupo, dependen de los contextos históricos, culturales, sociales, económicos, en los que le toque desplegar sus funciones. La familia nuclear conyugal que conocemos tiene una historia relativamente breve ya que surge a partir de la revolución industrial. Este grupo primario, con o sin lazos de cosanguinidad, incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, en convivencia generalmente en el mismo techo.

Los seres humanos somos eminentemente sociales, únicamente podemos subsistir en relación con otros. Tenemos necesidades que sólo pueden ser satisfechas en un contexto relacional e implican a otro u otros significativos, como son: a) de relación- vinculación, que nos permiten ser y subsistir; b) de aceptación- pertenencia, que proporcionan estabilidad y seguridad básica; c) de identidad- individualidad, que surgen como parte del proceso de desarrollo y maduración individual y de las colectividades; d) de contar con un marco de referencia- sistema de valores, ligado a un sistema o estructura social determinada; e) y de significado y trascendencia, que surgen de la conciencia, de nuestro devenir.

En México y en América Latina a partir de los años sesenta, las investigaciones sobre la familia recibieron un impulso extraordinario, destacando su papel protagónico en el

desarrollo de las sociedades y estructura social imperante en las naciones, a su vez, no es posible analizar o interpretar los cambios económicos, políticos, sociales y demográficos sin restituirlos en el contexto de las familias y su evolución.

En México, con base a su esencia pluricultural, es imposible hablar de la familia, sino que debemos referirnos a las familias, en un marco integrador de las diferencias y complejidades, que dan a las asociaciones humanas, los cambios tan vertiginosos que vivimos en la época actual.

Los terapeutas familiares, desde el surgimiento del movimiento de la terapia familiar sistémica, han buscado la comprensión del sistema familiar, para proponer modalidades de trabajo terapéutico y hacer frente a sus demandas y problemáticas, que en algún momento obstaculizan la puesta en marcha de sus funciones, o frenan el ajuste óptimo de sus miembros a las exigencias que le plantea su medio ambiente; pero su incidencia no se circunscribe a las familias, sino que incluye vínculos que se dan entre individuos e instituciones en múltiples niveles de análisis, incluyendo lo inter e intrapersonal.

Con base en las interacciones, han desarrollado una variedad de estrategias de intervención, fundadas en principios teóricos que derivan de la teoría general de los sistemas, la cibernética con sus ulteriores desarrollos, teoría de la comunicación humana y aportes del constructivismo y construccionismo social; se desenvuelven desde los años cincuenta, y vinculan a escuelas y modelos.

Para mí, la terapia familiar como una aproximación para el abordaje clínico, es un conjunto de principios, modalidades de trabajo, estrategias, procedimientos, y de técnicas, a partir de los que puede converger lo necesarios para acercarse a lo “humano” en la práctica profesional cotidiana, con principios éticos sólidos, y que permite considerar variados marcos de referencia para, como terapeuta, conseguir acceder a los otros, comprenderlos, reconocerlos en sus diferencias, acomodarse a ellos para “danzar”, o moldear un mar de posibilidades.

Es importante, para todo terapeuta familiar contar con un marco de referencia en torno a las familias con las que trabaja, en tanto estructura, organización, historia de conformación, propiedades que le son inherentes; no para catalogarlas o clasificarlas, sino para hacer una tarea de comprensión y demarcación de los elementos que le son propios y

los requerimientos que tiene, con base en su armazón y el sistema de valores con que cuenta.

El presente Reporte de Experiencia Profesional refiere los conocimientos, habilidades y competencias adquiridas durante mi estancia en el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, que forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y tiene como objetivos: el desarrollo de competencias profesionales en los alumnos, para el ejercicio especializado de la psicología de alta calidad en diversas áreas; adquisición de habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas, manteniendo una actitud de servicio acorde a las necesidades sociales.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica, con entidad en la Facultad de Psicología, tuvo como meta la adquisición del conocimiento y aplicación de las variedades de intervención de los modelos imperantes en la terapia familiar, desde el estructural, comunicacional, estratégico, hasta los modelos sistémicos constructivistas y construccionistas; incidiendo en la formación teórica, a la par con la práctica especializada y supervisada del rol del estudiante, como psicólogo clínico capacitada para manejar problemas en el área de la salud en diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas.

El ámbito clínico en que desarrollé el trabajo durante los dos años duración del proceso formativo, fue el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, donde participé como terapeuta y parte de diversos equipos terapéuticos, en el Programa de Atención Terapéutica a Familias y Parejas.

Las actividades estuvieron coordinadas directamente por la responsable de a residencia y los profesores asignados para supervisar el trabajo clínico in situ y en la modalidad de supervisión narrada. En todo momento se trabajó en cubículos con sistema de intercomunicación y con la videograbación de las sesiones.

En la primera parte del reporte refiero de manera sucinta el desarrollo de la terapia familiar sistémica desde los años cincuenta, con sus principales representantes que se ubicaron en escuelas y establecieron diversos modelos de intervención; además de presentar una reseña breve del desarrollo de la terapia familiar en México.

Así mismo resalto los cambios en la estructura familiar mexicana, y la tendencia de las familias para los próximos años, con sus problemáticas concomitantes como son: la reducción del tamaño promedio de la familia, acompañada de la disminución en la tasa global de fecundidad; que lleva a una marcada reducción del periodo dedicado a la procreación. Aunado lo anterior al incremento de separaciones y divorcios, ligados a las transformaciones en los derechos y deberes en el ejercicio de la vida en pareja y con los hijos.

Igualmente la convivencia entre los géneros a finales del siglo XX, está cuestionando el modelo de pareja conyugal que apareció con el ascenso de la burguesía al poder, posterior a la Revolución Francesa, y que promovía la alianza en la que la mujer entregaba su sexualidad y capacidad reproductiva a un hombre en exclusiva, a cambio de una protección social y económica, derivada de su estatuto conyugal. Ahora la mujer puede acceder a un nivel educativo superior; se incluye como parte de la fuerza laboral, y la asimetría de poderes disminuye; generando conflictos por la diversidad de modelos vinculares, y de estilos de organización familiar que se están produciendo, junto con la proliferación de uniones libres, liberalización de regulaciones sexuales, rebelión contra tareas domésticas, etc.

Posteriormente abordo lo concerniente a la entidad donde realice el trabajo clínico y la secuencia de participación en la misma; para dar paso a la presentación de cuatro casos clínicos, donde se muestra la labor derivada de la aproximación sistémica en que la residencia se inscribe.

Para la exposición de los casos, aludo a las familias e integrantes de las mismas, con una letra que nada tiene que ver con alguna inicial de sus nombres, dando cumplimiento al criterio de confidencialidad planteado en el código de ética profesional del psicólogo.

Describo el proceso del trabajo terapéutico para los casos en general, desde el establecimiento del primer contacto, las entrevistas de evaluación, intervención, cierre y seguimiento.

Para cada familia muestro un genograma, un panorama diagnóstico según las áreas de la guía Mc Master: identificación y solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control de conductas; además de una evaluación estructural según los criterios señalados por Minuchin.

Igualmente introduzco el análisis del proceso terapéutico bajo los siguientes aspectos: encuadre, objetivos mínimos de la familia al solicitar el servicio, su postura ante la terapia, la (s) hipótesis que guió la meta de la terapia; los objetivos del proceso terapéutico; principales estrategias de intervención, sección en la que señalo el modelo a partir del que se diseñaron las estrategias para propiciar el cambio, y algunos aspectos teóricos del mismo.

Contiene un resumen de la evolución del motivo de consulta, los alcances del proceso con sus limitaciones; la evaluación hecha por el sistema terapéutico; el bosquejo general del caso, y un análisis teórico- metodológico, con miras a propiciar una mejor comprensión del mismo y enlazar los aspectos teóricos a la práctica clínica específica; como una manera de ejemplificar las nociones, conceptos, principios, destrezas y capacidades adquiridas durante mi formación en la residencia.

Debido a que el quehacer durante la residencia se llevó a cabo a partir de la conformación de equipos terapéuticos, donde uno de los miembros del mismo entraba a la sesión con las familias, mientras el resto participaba del proceso detrás del espejo unidireccional, implementando diversas estrategias para comunicarse con terapeuta y familia para hacer comentarios, intervenciones, etc.; hago un análisis de la experiencia y habilidades adquiridas. De manera paralela reseño lo concerniente a la instrucción con supervisión, que constituye una relación de guía y adiestramiento en escenarios clínicos (in situ), de manera narrada o a través de videos, o grabaciones de las sesiones; y está enfocada al desarrollo específico de habilidades como terapeuta, así como al incremento de la experiencia práctica, utilizándose varias modalidades como supervisión individual, coterapia, grupos y equipos.

Otro contexto para el desarrollo y aplicación de competencias profesionales lo constituyó la investigación, que fue un elemento importante del curriculum desde los primeros semestres, con las materias de tronco común, encaminadas al conocimiento y manejo de la metodología para la investigación cualitativa y cuantitativa. Es así que resumo los trabajos realizados en ese rubro, además de presentar en un anexo el reporte de la investigación de corte cualitativo titulada: *“Características de las redes sociales primarias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual del Hospital psiquiátrico “La Salud”*, efectuada en el transcurso del segundo año de la residencia en colaboración con

otro compañero de la residencia, y con la asesoría de la tutora, asignada para hacer un seguimiento directo de nuestra formación en la Maestría.

De manera adicional destaco en un apartado, las actividades realizadas para el desarrollo de habilidades de enseñanza e intervención comunitaria, con base en mi experiencia, durante la realización de prácticas clínicas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, perteneciente a la Secretaría de Salud, en el programa “intervención del psicólogo en un hospital psiquiátrico”, en el área de Hospital Parcial de Fin de Semana. Además de señalar las actividades de difusión del conocimiento en que colaboré; junto con las actividades extracurriculares que coadyuvaron a la consolidación de habilidades clínicas y para la investigación.

Concluyo el informe con un análisis de las habilidades y competencias profesionales adquiridas durante mi estancia en el programa de la Maestría, y el cumplimiento de los requerimientos para la evaluación de mi desempeño clínico, en los aspectos de la investigación, enseñanza, difusión del conocimiento y trabajo comunitario.

Las competencias adquiridas como parte de equipos de trabajo, equipos terapéuticos y como terapeuta las ubico en cuatro áreas que son: habilidades ejecutivas, relacionales, teórico-conceptuales, y de conciencia personal; e incluyó algunas sugerencias para optimizar el trabajo en la Residencia, con base en el análisis personal de la experiencia.

## CAPÍTULO I

### CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL DEL TERAPEUTA FAMILIAR

#### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

Para abordar las características en las que se inscribe el campo de trabajo del terapeuta familiar sistémico, es indispensable contar con un panorama general del contexto histórico- social en el que surge y se desarrolla el movimiento de la terapia familiar; en su corta historia pero rica en influencias y líneas de trabajo que se perfilan hasta emerger como modelos, enfoques y estrategias que distinguen a un terapeuta o grupo de los demás representantes y seguidores del movimiento, en el fascinante marco de la clínica en la psicología con los retos que nos plantea en pleno siglo XXI.

La terapia familiar se desenvuelve a partir de la segunda mitad del siglo XX, con protagonistas trabajando en distintos contextos, áreas del conocimiento, con diversos propósitos, que van de la investigación al establecimiento y puesta en práctica de modalidades de trabajo terapéutico. Aunque desde mucho antes ya se vislumbraba la importancia de la familia en la etiología y manejo de diversos problemas psicológicos y de salud, el encuadre terapéutico excluía la participación de terceros en la relación conformada por un terapeuta y un paciente, y no se planteaba el trabajo con varios miembros de una familia en una sesión de terapia conjunta.

No obstante de que las modalidades de intervención clínica estaban circunscritas a espacios con la diada paciente-terapeuta; muchos clínicos y profesionistas de variadas disciplinas, comienzan a incluir en su explicación de los procesos patológicos a las relaciones interpersonales de los pacientes y en especial las interacciones con la familia. El asumir que la patología no puede abordarse en términos estrictamente individuales, el ampliar el marco de observación y análisis donde la mirada del clínico se acerca cada vez más a realidad de la familia y la del individuo en relación con otros significativos; provocan replanteamientos, rupturas, virajes, edificación de nuevos desarrollos epistemológicos en el ser y hacer del hombre en su devenir.

Así pues, la orientación hacia las relaciones interpersonales, la certeza de que el comportamiento sintomático no constituye la única respuesta factible, y que la patología no puede explicarse en términos estrictamente individuales, se va haciendo más

evidente conforme transcurre la primera mitad del siglo XX y sienta las bases para el ulterior desarrollo de la terapia familiar.

La terapia familiar como movimiento tuvo su impulso, según Nichols y Schwartz (1994), gracias a necesidades sociales que propician el desarrollo de la dinámica de los grupos; el movimiento de higiene social, vida familiar y educación; guía a niños, educación para padres, terapias de grupo breves; aproximaciones conductuales, el surgimiento de la consejería matrimonial y orientación familiar, etc.

Sí bien es cierto que desde antes del siglo XX encontramos trabajos donde se vislumbra a más de un actor de los problemas y manifestaciones psicopatológicas, y en la primera mitad del siglo comienzan a plantearse y realizarse de manera cada vez más frecuente entrevistas familiares de manera experimental, como es el caso de la esquizofrenia y su aproximación interpersonal con Sullivan, sólo me referiré al desarrollo de la terapia familiar de 1950 en adelante.

Hacia los años cincuenta, la inclusión de las familias en los espacios clínicos como objeto de estudio e intervención, no se daba, entre otras razones, porque la mayoría de los terapeutas creía que la exclusión de la familia era necesario para contrarrestar su influencia destructiva.

A principios de los años cincuenta, Don Jackson documentó el efecto dramático del tratamiento psicoterapéutico de un paciente sobre los otros miembros de su familia. En su obra comenta que al tratar a una mujer con depresión, observó que cuando ella se sentía mejor, su esposo presentó problemas emocionales hasta el extremo de perder su trabajo y suicidarse. Aparentemente su estabilidad estaba en función de la enfermedad de su mujer. Descubrió patrones similares en familias donde el control en los síntomas de un miembro psicótico se correspondía con muestras patológicas en otro miembro de la familia. Con los casos observados puso de manifiesto que el cambio en una persona, transforma todo el sistema. ((Nichols y Schwartz, 1994, p. 6)

En el decenio de 1950-1959 algunos de los iniciadores del movimiento de la terapia familiar se dedican a la investigación o tratamiento de esquizofrénicos y sus familias; además intercambian correspondencia, inquietudes y estudios respecto de la misma. A John Bell se le denomina “padre de la terapia familiar” ya que estableció sesiones terapéuticas en la Universidad de Clark y logró ubicar la problemática individual en términos de relación. Gregory Bateson junto con Jay Haley, John Weakland y William Fray, en 1954 desarrollan un proyecto para el estudio de la esquizofrenia y su trabajo tiene una profunda influencia en el pensamiento de muchos terapeutas familiares, su



grupo se desintegra en 1962. En 1959 se establece el Mental Research Institute (Instituto de Investigación Mental: MRI) en Palo Alto California, dirigido por Don Jackson, que se orientó al tratamiento de familias y al que se integran Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir. (Bateson, 1998; Hoffman, 1998; Nichols y Schwartz, 1994)

Nathan Ackerman (1957), psiquiatra infantil y uno de los fundadores del movimiento, trabajó en el estudio de problemas mentales causados por la depresión económica de los años treinta. En un pueblo minero de Pensilvania estudió a 25 familias con el padre como único proveedor material e identificó la dinámica de sus relaciones y observó los cambios en la configuración de la familia a causa de la incapacidad del hombre para cumplir su rol de proveedor familiar. Concluyó que los problemas emocionales se generan en la interacción familiar, y en el medio que los rodea. Posteriormente, en una clínica de Topeka Kansas, permitió que los psiquiatras atendieran a toda la familia como una nueva modalidad de tratamiento. Publicó acerca de la relación de las enfermedades psiquiátricas infantiles con la dinámica familiar. Es así que a partir de su trabajo se empieza a ubicar a la familia como unidad de diagnóstico, tratamiento, y análisis. Su artículo *Family Diagnosis and Approach to the Preschool Child* se convirtió en el documento fundamental de la teoría familiar. También en 1957 fundó: Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services en New York; en 1960 publicó su libro *The Psychodynamics of Family Life*; e instituyó en 1960 el Family Institute en Nueva York, que después de su muerte recibe el nombre de Ackerman Institute (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Carl Whitaker, un psiquiatra con orientación psicoanalítica, comenzó a tratar familias al lado de John Warkentin y Thomas Malone en Atlanta, hasta 1965, creando su propio modelo de terapia.

Ivan Boszormenyi-Nagy en 1957 desarrolló su trabajo de terapia familiar con atención particular a sus aspectos multigeneracionales junto con James Framo, David Rubenstein, Gerardine Spark y Gerald Zuk, en el Instituto Psiquiátrico de Pensilvania (Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute: PEI) en Filadelfia. Framo y Boszormenyi-Nagy editan el libro *Terapia familiar intensiva* en 1965. (Hoffman, 1998)

Murray Bowen en 1955 establece que la esquizofrenia es un proceso que requiere tres generaciones para desarrollarse. Se interesó en la simbiosis versus diferenciación como autonomía respecto a los otros e independencia de pensamientos y sentimientos. Introdujo el concepto de triangulación, ubicando a la familia como unidad de tratamiento. Por otra parte R. D. Laing (1965) divulgó el papel de los roles familiares en

la psicopatología; estudia también familias de esquizofrénicos y retoma el concepto de “mistificación” de Marx (explotación de clase) aplicándolo a las familias. La mistificación se refiere al proceso de distorsión de la experiencia, que sirve para mantener el *estatus quo*, y contradice percepciones, sentimientos, la realidad misma. (Nichols y Schwartz, 1994)

Lyman Wynne también en los años cincuenta examinó los efectos de la comunicación y roles familiares, interesándose en la forma en que el pensamiento patológico se transmite en familias con esquizofrénicos. En 1954 introduce términos de “pseudomutualidad”, “pseudohostilidad”, al referirse a las emociones encontradas que se suceden en las familias; y “cerca de caucho” respecto a los límites en torno de la misma, siendo el primero en referirse a su naturaleza que parece ser flexible desde dentro pero en realidad rígida para los de afuera. (Hoffman, 1998)

En los años sesenta, el grupo del MRI trabaja con base en la “redundancia conductual o comunicacional”, mecanismos homeostáticos y el “doble vínculo”. Ackerman junto con Don Jackson co-fundan la revista *Family Process*, que aparece por primera vez en 1962.

Una figura importante del movimiento y que aparece en los años sesenta es Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista argentino; quien desarrolla métodos y técnicas de trabajo terapéutico para familias urbanas. Su innovador planteamiento se publica en *Families of the Slums*, como resultado de sus investigaciones en torno a los muchachos delincuentes en la Wiltwyck School, junto con E. H. Auerswald, Richard Rabkin y Charles King (1967). A finales de los sesenta trabaja con Braulio Montalvo, en la Clínica de Guía de niños de Filadelfia y al lado de Haley y Rosman, desarrolla la escuela estructural de terapia familiar, interesándose en la organización de los sistemas familiares y su funcionamiento. Además puso énfasis en la observación en vivo del proceso terapéutico y la participación activa de los observadores como el “Walk-in” o entrada del supervisor a la sesión como una forma de intervención terapéutica. (Guerin, 1976; Hoffman, 1998)

El movimiento de la terapia familiar se inició con la observación en vivo de los procesos terapéuticos a manera de investigación; además se hace visible el marco familiar de los desórdenes psiquiátricos, se pone énfasis al proceso de comunicación familiar, se contempla al sistema familiar análogo a una máquina cibernética con el foco de atención en la observación de lo que tiende a estabilizar al sistema (homeostasis).

La terapia familiar pues, cobra auge a partir de los años cincuenta, a partir de contemplar a la familia como unidad de tratamiento y estudio; motivada por la necesidad de encontrar nuevos caminos para abordar los problemas humanos, los cuales tienen un contexto en donde se gestan, se desarrollan, y se tornan crónicos. Es entonces que las múltiples e intrincadas relaciones familiares son vistas en sus mecanismos de desarrollo y mantenimiento, con un enfoque interaccional y circular, desechando las perspectivas causales y lineales.

En los años setenta se incrementa la aceptación de la terapia familiar en la mayoría de los centros psiquiátricos, se abordan un amplio rango de enfermedades, disminuyendo el énfasis en la esquizofrenia. Minuchin dirige la Clínica para niños en Filadelfia, lo que le facilita el estudio de niños con enfermedades psicósomáticas y anorexia. Publica el libro *Familias psicósomáticas: anorexia nerviosa en contexto*, en 1978.

Jay Haley desarrolló una modalidad de intervención terapéutica directiva, influido por el trabajo de Milton Erickson, que describe en el libro *Terapia no convencional* en 1973. La importancia de Erickson en el desarrollo de la terapia familiar consiste en su interés en los procesos interpersonales en los que se encontraban sus pacientes y el uso de métodos estratégicos de solución focalizada en el tratamiento. Haley acuña el término "estratégico" para describir la terapia donde el terapeuta diseña las intervenciones para cada problema desde una perspectiva pragmática y específica. En 1978, junto con su esposa Cloe Madanes y Peggy Penn, trabaja en el Instituto de la Familia de Washington. Se ubica entre la posición estratégica y estructural, aunque predomina la primera al fundamentar su modelo de terapia en las técnicas hipnóticas de Erickson. A su vez Weakland, Watzlawick y Fish se denominan terapeutas breves y estratégicos al señalar que no les importa la estructura familiar sino la resolución económica de los problemas y publican un artículo: *Terapia breve: enfoque en la resolución de problemas* y el libro *Cambio: principios de formación de problemas y su resolución*. (Hoffman, 1998; Nichols y Schwartz, 1994)

Bowen establece también en Washington el Centro Familiar Georgetown y refina su teoría del "sistema emocional de la familia nuclear". Lyman Wynne forma un equipo de investigadores en la Universidad de Rochester para el estudio de esquizofrénicos. En Canadá Epstein y sus colegas hacen del departamento de psiquiatría en la Universidad MC Master, Tamilton, Notario; un importante centro para la práctica y enseñanza de la terapia familiar. Junto con sus colaboradores desarrolla el modelo Mc Master de

funcionamiento familiar (1978) y después el modelo Mc Master de Terapia familiar en 1981. (Guerin, 1976)

Se dan importantes desarrollos de la terapia familiar en Europa, especialmente en Italia y Gran Bretaña. En Milán, Italia; la psiquiatra Mara Selvini Palazzoli establece el instituto para el estudio de la familia, fundado en 1967, pero con mayor impacto a partir de 1970. Junto con otros tres psiquiatras con entrenamiento psicoanalítico: Gianfranco Cecchin, Giulana Prata y Luigi Boscolo, crean el “grupo de Milán”. En sus inicios recibieron la influencia de los terapeutas del MRI. Proponen el término “familias en transacción esquizofrénica” y describen su trabajo inicial en el libro *Paradoja y contrapadoja* publicado en 1975. Trabajan con base a rituales, cuestionamiento circular y elaboración de hipótesis acerca del funcionamiento circular con base a la perspectiva sistémica.

En Roma Mauricio Andolfi comenzó su trabajo con familias en los primeros años de los setenta, en 1974 funda la Sociedad Italiana para la Terapia Familiar. En Inglaterra Sue Walrond- Skinner, psiquiatra, (1976) establece el Instituto de la Familia en Cardiff, Wales y el psiquiatra infantil John Howells funda el Instituto de Psiquiatría Familiar en Ipswich. (Guerin, 1976)

En los años setenta tiene un mayor impulso el movimiento de la terapia familiar y se extiende su influencia a diferentes problemáticas sociales y de salud; al mismo tiempo se publican una gran cantidad de textos y revistas del proceso familiar y su abordaje.

En los años ochenta hubo un mayor acercamiento entre las diferentes escuelas de terapia familiar. Siguen surgiendo nuevos conceptos y técnicas como la aproximación “narrativa” y la técnica de “externalización del problema” de los terapeutas australianos: Michael White, Epston y colaboradores (1990). Se proponen modalidades cognitivas al tratamiento de problemas familiares con Epstein en 1988 y la “terapia familiar sistemática” de Luciano L’Abate en 1986.

El grupo de Milán se separa y Boscolo, Cecchin junto con Lynn Hoffman y Peggy Penn presentan un método para el trabajo terapéutico en el libro *Terapia familiar sistémica de Milán* en 1987. Igualmente, Shazer en 1982 describe el trabajo en el Centro de terapia familiar breve en Milwalke, Wisconsin, presentado como una terapia de solución focalizada, resultado de una integración de los procesos clínicos de Erickson y la teoría del cambio de Bateson.

El construccionismo social a la luz de la cultura posmoderna plantea a lo dialógico como la metáfora del proceso terapéutico, asumiendo que la realidad es socialmente

construida en contextos relacionales locales. Pone al lenguaje como el protagonista de dicha construcción; y bajo esa perspectiva se identifican cada vez más terapeutas y se delimitan posturas de intervención diversas en el ámbito clínico.

Aparecen libros enfocados a aspectos específicos de la terapia familiar como: patrones transgeneracionales, uso de rituales; familias en crisis, familias con adolescentes, familia alcohólica, la terapia familiar asociada a enfermedades crónico-degenerativas, intervención en casos de maltrato y abuso sexual, entre otros.

Si los primeros terapeutas familiares fueron directivos y avocados al cambio, con sus propias delimitaciones y posiciones respecto a cómo debía ocurrir tal cambio (con la responsabilidad en la dirección del camino puesta en el terapeuta). Ahora las escuelas de terapia se preocupan en proteger a la familia de la intrusividad del terapeuta, para no restarle poder en su proceso de desarrollo. Se cuestiona cada vez con más fuerza el papel del terapeuta en el proceso, y las implicaciones que tiene su actuar, que ya no puede verse como "imparcial" y "no valorativo", tal como lo hacen la escuela de Milán y la orientación colaborativa.

Es así que en el desarrollo del movimiento de la terapia familiar primero se tendió a contemplar a la teoría de los sistemas como base para la práctica terapéutica; posteriormente se tornaron más específicas las técnicas que definían el campo. Se contemplaron aspectos que la metáfora de "sistema" y sus implicaciones dejaban de lado, como lo correspondiente al individuo, lo intrapsíquico, las emociones, la biología, el pasado, el lugar de la familia en la cultura y sociedad, etc.

En los años noventa la terapia familiar como movimiento, ha tenido un desarrollo impresionante considerando que su historia es relativamente breve. Alberga diversas maneras de hacer terapia, técnicas y procedimientos que han probado ser eficaces en el abordaje de muchos problemas humanos. Ya no hay límites claros entre escuelas de terapia; lo que estimula la especificidad creciente de modelos y técnicas de intervención clínica, a un impulso pragmático basado en la economía y eficacia para la resolución de problemas, y lleva a una proliferación de manuales y protocolos para el tratamiento de problemáticas específicas; de talleres y libros que venden técnicas novedosas, destinados a contribuir a la formación de terapeutas.

Para vislumbrar la proliferación de modelos, métodos y técnicas de intervención que se vive en el ámbito de la psicoterapia baste decir que desde la mitad de los años sesenta, el número de modelos ha crecido de 60 a más de 250 (Garfield, 1982; Herink, 1980; Research Task Force of the Nacional Institute of Mental Health, 1975), su

aumento constituye un incremento cercano al 400% (Hubble, Duncan y Miller, 2001, p.2)

La mayor especificidad en procedimientos y técnicas de psicoterapia, genera el surgimiento de movimientos integradores de diferentes aproximaciones de tratamiento, como Nichols y Schwartz (1994) con: “Tratamiento de gente en familias: una integración del encuadre de trabajo”.

Se dan tendencias que giran en torno a la búsqueda de perspectivas que tiendan a la “universalización”, a generar un lenguaje común e integrador de la psicoterapia con miras a desarrollar modelos transteóricos donde se puedan integrar diferentes enfoques. De tal manera que hay autores como Hubble, Duncan, y Miller (1997, 2001), que vuelcan la mirada al proceso de la psicoterapia para investigar qué es lo que determina el cambio, para a partir de ahí poder delimitar un lenguaje homogéneo e integrador en el campo. Como resultado de sus investigaciones encontraron que no hay alguna teoría, modelo, método, o paquete de técnicas que resulte realmente mejor que otro y tampoco hay evidencias significativas de que el cambio sea más efectivo en una modalidad de terapia breve o a largo plazo.

Señalan la existencia de elementos curativos que se repiten en todas las formas de terapia, independientemente de la orientación teórica, modo, o dosis de trabajo; que pueden constituir el lenguaje en común de la psicoterapia y son: a) factores extra terapéuticos, que provocan el 40% del éxito en psicoterapia; b) factores de relación terapéutica, inciden en un 30% en el cambio; c) factores referentes al modelo y técnica, con 15% de influencia en el cambio; y d) factores placebo, de expectativas, esperanza, que contribuyen al cambio en un 15%.

En consecuencia, se van delineando diversas modalidades de trabajo hasta llegar al rico mosaico que hoy conocemos y que pretenden dar respuesta a los retos que implican las relaciones sociales y dentro de ellas, las familiares en el contexto de globalidad, apertura de mercados, uso de la cibernética e información, crisis económica y de la visión progresista de la modernidad; repunte de la hegemonía capitalista unipolar, etc; y que provocan cambios vertiginosos y drásticos en las formas de vida y que crean un conjunto de problemáticas gestadas en lo que algunos teóricos llaman la “cultura posmoderna”.

En ese contexto, como especialista el terapeuta familiar, concibe la conducta como el producto de las relaciones establecidas entre miembros de díadas o tríadas u otros arreglos más complejos, en el seno de diferentes grupos u organizaciones humanas,

destacando la familia, por ser el lugar donde se gestan las vinculaciones más intensas y más permanentes en la vida de los individuos. Incide en las dificultades que tienen las personas en sus intentos por vincularse con otros, en función de los ámbitos histórico, cultural, social, económico, en los que familias e individuos despliegan sus funciones y se conforma su historia de vida.

Cada familia vista como un ámbito relacional idiosincráticamente construido, es diferente. Según Salles (2001), la vida en familia representa una experiencia única que se vive y se siente de manera distinta de acuerdo con la posición que los individuos guardan en la relación de parentesco según el sexo y la edad de sus miembros. *“La dinámica intrafamiliar e interfamiliar se basa en la convivencia, desplegada en situaciones de consenso y conflicto.”* (p. 104)

Para López, Salles y Tuirán, *“la vida en familia plantea relaciones de solidaridad, apoyo, afecto, pero también de conflicto. En ella se forman los vínculos entre lo privado y lo público, lo económico y lo simbólico, lo individual y lo social, lo productivo y lo íntimo.”* (Salles, p. 110)

Por consiguiente, las relaciones familiares se convierten en el centro de la atención terapéutica y se influye en ellas a partir de diferentes modalidades de trabajo y recursos técnicos desarrollados con el fin de promover el cambio hacia niveles más satisfactorios de vida, hacia una armonía relativa en las interacciones, hacia la potenciación de la capacidad de logro a nivel individual y grupal; a partir de incidir en pautas de comportamiento, maximizando recursos, modificando la percepción de los problemas, de sí mismo y de los demás, promoviendo la salud y su cuidado.

No obstante, el terapeuta familiar sistémico no trabaja necesaria y exclusivamente con familias, sino que lo hace además con las conexiones o relaciones que se dan entre individuos e instituciones, en múltiples niveles de análisis, incluyendo el inter e intrapersonal, el social, el biológico, el conductual, el cognoscitivo, entre otros.

En el siguiente apartado me referiré de manera sucinta al desarrollo de la terapia familiar en México.

#### *El desarrollo de la terapia familiar en México*

En 1953 y 1954 Ackerman es invitado por Erich Fromm a México para supervisar a su primer grupo de formación psicoanalítica. Ofrece una conferencia en el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de México sobre el “Niño y su familia”. Comienza a aplicarse la terapia familiar en México a partir de 1963 cuando egresa de su

entrenamiento, con Epstein y Segal en Montreal el Dr. Raymundo Macías, y ofrece seminarios y cursos de dinámica y terapia familiar, en el posgrado de psicología, así como en el de psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En 1969 junto con el Dr. Roberto Derbez y Lauro Estrada, organizan el primer posgrado, de un año de duración, para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana (UIA), posteriormente se amplía a dos años de entrenamiento. Cuando en 1977 el Dr. Macías se separó de la UIA, fundó su propia institución: el Instituto de la Familia A. C. (IFAC), incorporado a la misma Universidad en 1972; con la visión teórica de trabajo planteada como dinámica, sistémica e integrativa. En 1977 deja la afiliación con la UIA, y en 1989 inaugura una clínica con nexos con diferentes instituciones de salud, para la práctica y atención terapéutica a familias. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Según Sánchez y Gutiérrez, otra institución pionera de la terapia familiar en México es la Universidad de las Américas (UDLA), que imparte la maestría en psicología en dos especialidades: Género y Terapia Familiar, con práctica terapéutica en su propia clínica, además en el Hospital Infantil de México, e Instituto Nacional de Pediatría. En 1984, el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) es fundado por el médico psiquiatra y psicoanalista de grupos Ignacio Maldonado, Horacio Skorkick y Estela Troya; con una aproximación analítica, sistémica y social. Posteriormente, a partir de 1984, el instituto PERSONAS se ocupa de la terapia familiar y de pareja.

En 1987, la Dra. María Luisa Velasco de Torres crea el instituto de Terapia Familiar CENCALLI; en 1986 se funda el instituto de Terapias Breves, S.C. (IMTB), por la Dra. María Blanca Moctezuma. En 1992, el instituto superior de estudios para la Familia fue instituido por el Dr. en filosofía Alberto Castellanos, de la Universidad Anáhuac del Norte.

En 1981 se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), se organizan en 1987, 1989, 1990, tres congresos Nacionales de Terapia Familiar. La presidenta en turno es la Terepeuta Familiar Alicia Olavarría de Tommasi. El objetivo de dicha asociación es el de propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines; además de promover la puesta en marcha de programas de excelencia para la formación y capacitación de terapeutas que realizan su entrenamiento clínico en los institutos que pertenecen a la asociación y otros institutos de México y el extranjero; de igual manera asume la tarea de incidir en aspectos de la ética profesional de los



psicoterapeutas **afiliados**. En la actualidad organiza el Congreso Nacional de Terapia Familiar que se realiza **cada** dos años.

De manera adicional, **la** AMTF publica semestralmente la revista multidisciplinaria *Psicoterapia y Familia*, que edita su primer número en 1986, estando a cargo la editora Rosemary Eustace **Jenkins** y se define como el Órgano Oficial de Comunicación de la AMTF. Es la primera revista de corte sistémico en México y surgió con la asesoría de Donald Block, editor entonces de *Family Systems Medicine* y Carlos Sluzki del *Family Process*. Hasta la fecha se ha editado el vol. 15, 1; a cargo de Jacqueline Fortes de Leff, la editora de la revista.

Es producto de consultores editoriales nacionales como: Larissa Adler Lomnitz, Guadalupe Casares de Castro, Emma Espejel, Antonio Freidberg, Enriqueta Gómez Fonseca, Raymundo Macías, Ignacio Maldonado, Feggy Ostrosky Solís, Juan José Sánchez Sosa, etc; y consultores internacionales como: Maurizio Andolfi, Celia Falicov, Florence Kaslow, Juan Luis Linares, Marcelo Pakman, entre otros.

Los institutos asociados a la AMTF son: el Centro para el Desarrollo de la Investigación Breve Sistémica (CEDIPSI), el Instituto Regional de Estudios de la Familia (IREFAM), el ILEF, el Instituto de Investigaciones Psicosociales CRISOL, A. C., la Universidad Autónoma de Tlaxcala, el Instituto PERSONAS, el Instituto CENCALLI, el IFAC y la Universidad Mayab.

Es así pues que **la** terapia familiar en México se va perfilando y consolidando, a partir de su impulso en la formación de terapeutas capaces de hacer frente a las diferentes problemáticas, desde la perspectiva interaccional. En este ámbito la práctica clínica y la formación teórica, se encuentran indisolublemente ligadas en todo escenario clínico y educativo.

Para vislumbrar las peculiaridades de la demanda de terapia familiar en México y por consiguiente los retos que se contemplan, para los profesionistas que se preparan en dicha modalidad de trabajo clínico; es imprescindible considerar a la familia en su configuración y estructura, a raíz de las transformaciones económicas y sociales, en su compleja interrelación con las transformaciones demográficas y las problemáticas concomitantes que derivan de las diversas formas de organización familiar a partir de las últimas décadas del siglo XX; y los conflictos que se perfilan en los años subsecuentes. Por lo que abordaré en la siguiente sección las perspectivas y problemáticas de las familias en México ante los cambios que se suceden en su devenir histórico y social.

## ESTRUCTURA DE LA FAMILIA MEXICANA: CAMBIOS, PERSPECTIVAS Y PROBLEMÁTICAS.

Salles y Tuirán (1997b, 1998a, 1998b) señalan algunas transformaciones económicas, sociales y culturales, que contribuyeron a modificar de manera significativa el entorno en el que se desarrollaron las familias y sus relaciones, elementos que para nosotros cobran una especial importancia ya que la terapia familiar se asienta en ese terreno. (Tuirán, 2001)

Los autores destacan las siguientes transformaciones:

- La existencia de diversos tipos de familias, con relaciones familiares más o menos tradicionales o genuinamente emergentes. Destaca la persistencia de familias extensas, así como el aumento de hogares monoparentales jefaturados por mujeres.
- Reducción en el tamaño promedio de la familia. Fenómeno que ha cobrado importancia en las últimas dos o tres décadas
- El gradual desplazamiento de la figura del hombre como proveedor único y la consecuente ampliación del número de hogares con mujeres que realizan trabajo extradoméstico, hecho que sobrepasa las explicaciones económicas de búsqueda de un salario o ingreso, e ilustra un cambio en las prácticas de confinamiento femenino, construcción de rutas de autonomía, transformación de roles o papeles de género.
- Incremento en separaciones y divorcios ligados a transformaciones en los derechos y deberes involucrados en el ejercicio de la vida en pareja y con los hijos. La fragilización de los lazos matrimoniales ocasiona una pérdida de vigencia de los controles sociales sobre la vida en pareja; dificultades para establecer nuevos vínculos de manera durable. El incremento paulatino de la esperanza de vida ha provocado que la viudez ceda su lugar a la separación y el divorcio como formas predominantes de disolución conyugal.
- Aumento de las relaciones sexuales antes del matrimonio entre los jóvenes y recurrencia de embarazos adolescentes.
- Pérdida de vigencia en las visiones y prácticas que reducen el ejercicio de la sexualidad humana a las tareas de la reproducción. En las últimas tres décadas, la tasa global de fecundidad en México descendió de 7 a 2.5 hijos promedio por mujer. Con la difusión de la práctica anticonceptiva y el control voluntario

de nacimientos se modifican las pautas en el espaciamiento entre los hijos, aunadas a una marcada reducción del periodo dedicado a la procreación.

- Cambio en niveles de mortalidad. En México el promedio de vida en 1930 era de 36 años, en la actualidad es de 75. La baja esperanza de vida al nacer limita el tiempo de vida en común de los esposos, padres e hijos, y reduce la superposición entre miembros de tres o más generaciones sucesivas por largos periodos; condición indispensable para que pueda observarse una elevada frecuencia de arreglos extensos de tipo vertical. Los índices decrecientes de mortalidad traen consigo el aumento de las proporciones de hombres y mujeres que sobreviven hasta edad avanzada, provocando la ampliación del tiempo potencial de convivencia familiar de padres, hijos, nietos y otros parientes. Lo que se acompaña de la multiplicación y la transformación de los eventos y sucesos que ocurren en la vida de los individuos y las familias; ampliación del propio espacio familiar a través del establecimiento de redes de intercambio; cooperación y reciprocidad entre distintas generaciones, ya sea viviendo en un mismo techo o por medio de arreglos residenciales independientes de naturaleza variada. ( pp. 33-35)

Tuirán señala que el tamaño promedio del hogar (TPH) en México aumentó sistemáticamente entre los años cuarenta y sesenta, periodo a partir del cual comenzó a declinar gradualmente. Entre 1976 y 1995 se registró un aumento de los hogares pequeños. El consejo Nacional de Población pronostica el paso del TPH de 4.6 miembros en 1995 a 4.1 en 2000, de 3.4 en 2010 a 2.9 en 2020.

Respecto al ciclo de desarrollo de la familia, Tuirán sostiene que la información disponible en México, indica que (según Quilodrán, 1998) la edad media de las mujeres al momento del matrimonio se ha incrementado ligeramente de 1970 a 1990, de 21.1 años a 22.2 y la de los hombres se ha mantenido casi constante: de 24.5 a 24.7. Tanto la esperanza de vida al momento de la unión, como la duración media del matrimonio se han incrementado de manera sostenida en el transcurso del siglo XX como consecuencia del acelerado descenso de la mortalidad.

Las problemáticas predominantes en las familias mexicanas por lo tanto, están asociadas a las transformaciones contemporáneas de la vida conyugal: aumento de divorcios, percepciones diferentes de la vida en pareja ante los cambios imperantes en la constitución de las mismas, por ejemplo, antes las mujeres eran vistas como esposas y madres con actividades limitadas al hogar doméstico, ubicándolas en un grado de

inferioridad respecto al hombre. Posteriormente se establecen las bases de igualdad y reciprocidad entre los esposos. La mujer lucha por tal igualdad y se encuentra con que además de cumplir con su deber del cuidado de hijos y de la casa, se integra a la fuerza laboral, y coadyuva al ingreso familiar, lo que ocasiona cargas excesivas de trabajo que generan tensiones y roces en el hogar.

La inequidad de género persiste por la división sexual del trabajo doméstico y extra doméstico y su desigual distribución; lo que limita las posibilidades de inserción económica femenina. En consecuencia las mujeres pagan un precio más alto por la edificación de la vida familiar, y genera que en mayor proporción soliciten terapia individual, familiar o de pareja.

Otra situación que causa dificultades en las relaciones familiares es el choque entre generaciones, cuando los padres viven en el mismo espacio de la familia de sus hijos y por lo tanto requieren de tipos diferentes de arreglos. Asimismo, en la familia inevitablemente se dan relaciones de poder que favorecen el abuso y maltrato a los miembros más vulnerables, preponderantemente niños, ancianos y mujeres.

De manera adicional a las situaciones planteadas que generan problemáticas entre los miembros de la familia; en la ciudad de México somos protagonistas de un extraordinario crecimiento demográfico, que causa sobrepoblación, insuficiencia en la cobertura de servicios, deterioro ambiental, pobreza, migración y otros problemas sociales como el alcoholismo, la delincuencia, la drogadicción, la desintegración familiar, desempleo, etc. Aunque esta problemática no ocurre únicamente en la capital del país, en ella se exacerban muchos de estos males.

Este escenario plantea demandas concretas a los profesionales de la salud en el ámbito del trabajo clínico, por lo que me referiré en el siguiente apartado a la conceptualización que hacen algunos autores acerca de la demanda de terapia y en particular la que se encontró en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde realice mi práctica clínica durante el periodo de la maestría.

## MOTIVOS DE LA DEMANDA DE TERAPIA FAMILIAR

Una persona decide solicitar ayuda a un terapeuta cuando sienten dolor, sufrimiento y no lo puede manejar; o al tener la necesidad de cambiar algo en su vida. Si bien es cierto que todos tenemos problemas como parte de las situaciones normales en la vida; hay momentos en que éstos interfieren de tal manera en las relaciones interpersonales

que mantenemos ya sea con la familia, en el trabajo, etc., que se concibe la necesidad de buscar la ayuda de un profesional para resolverlos.

En esa línea, Hubble, Duncan y Miller (2001) citan a Pennebaker (1995) quien señala que las personas asisten a terapia porque en un momento determinado son incapaces de echar mano de procesos curativos existentes en los contextos donde se desarrollan o lo hacen de tal manera que les causa conflictos constantes. Por otra parte los individuos bajo estrés están atrapados en ciclos de pensamientos rumiantes que son improductivos.

A su vez refieren que los humanos tienden a usar el viejo conocimiento para resolver problemas nuevos. En ocasiones los problemas son percibidos como difíciles, y hay resistencia para su resolución; inclusive la gente exhibe formas disfuncionales de ayudar a los demás. Incluso, es posible que las personas tengan baja autoeficacia para la solución de sus dificultades.

De igual forma indican que las personas acuden a terapia porque perseveran en estrategias que no funcionan, o intentan nuevas soluciones pero centradas en el azar, la casualidad, o en la desesperación; evitan defensivamente el problema, se autocensuran y culpan por ello. También puede haber pocos o ausencia total de recursos en el ambiente, que exacerban las dificultades; es decir, no se cuenta con buenos sistemas de soporte. En otros casos tienen poca variedad de habilidades, y sus contextos no proveen fácilmente experiencias de aprendizaje para que puedan desarrollar nuevas formas de aprender a interaccionar con el mundo.(p. 115)

Enfrentar satisfactoriamente una problemática requiere romper con los ciclos recurrentes que alimentan los conflictos. Exige distancia y perspectiva; más no siempre se logra en la cotidianidad. Por otro lado, las personas no siempre tienen quien los escuche, realmente, entienda sus problemas y piense con ellos.

En la atención a familias en el programa de residencia en terapia familiar, llevado a cabo en el período de 2001 a 2003, se observó con mayor frecuencia la demanda del servicio por problemas de pareja, comunicación familiar, bajo rendimiento escolar y problemas de conducta en niños y adolescentes, abuso sexual y violencia, alcoholismo, adicciones y depresión. El enfoque del programa citado estuvo fundado en una orientación sistémica y el abordaje clínico de las problemáticas tratadas lo desarrolló con base en los modelos que de ella provienen, bajo los fundamentos que se presentan a continuación.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

#### TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Las bases epistemológicas que sustentan a la terapia familiar sistémica se derivan de la perspectiva de sistemas, la teoría general de los sistemas, la cibernética, la teoría de la información y la teoría de la comunicación humana.

En primer lugar me referiré a la perspectiva de sistemas y la propuesta de Bertalanffy: la teoría general de los sistemas, de la que se extraen nociones claves en terapia familiar, como es el concepto mismo de "sistema".

El pensamiento de sistemas se desarrolla en biología orgánica cuando se ubica al organismo como un todo, como un sistema; con la *concepción organísmica*, que tiene como precursor a Claude Bernard.

A finales de la segunda guerra mundial los sistemas técnicos se vuelven más complejos, los ambientes del mercado se tornan más competitivos y requieren reducir los costos en la fabricación de máquinas e insumos. Hay un mayor potencial en el desarrollo de computadoras para realizar cálculos más rápidos y eficaces. Todo ello incide en el desarrollo de la metodología de la Ingeniería de Sistemas de manera paralela a la Teoría General de los Sistemas, en un intento de considerar más elementos del todo implicado.

Es así como a partir del siglo XX se vislumbra la necesidad de plantearse el mundo en su complejidad inteligible a los hombres y regido por leyes establecidas a partir de regularidades observadas. El pensamiento de sistemas se instauro como un medio para tratar de entenderlo y el "enfoque de sistemas" se ubica como *la manera de enfrentar un problema desde una amplia visión, que trata de tomar en cuenta todos los aspectos, se concreta en interacciones entre las diferentes partes del problema*. Otros le llamaron "complejidad organizada". (Checkland, 1993, p. 20)

La perspectiva de sistemas acepta las propuestas básicas de la ciencia como parte de la tradición científica, asume que el mundo tiene totalidades estructuradas que pueden mantener su identidad bajo un cierto rango de condiciones y que exhiben ciertos principios generales de "integridad". Los pensadores de sistemas se interesaron en dilucidar estos principios, y creen que con ello contribuirán eficazmente en nuestro conocimiento del mundo (Checkland, p. 21)

El ámbito de la perspectiva de sistemas, impulsa hacia un cambio epistemológico que cobra auge en la Biología e Ingeniería y que se plantea cómo advertir acerca de la

complejidad del universo a partir de totalidades, lo que va generando la necesidad de establecer nuevas categorías y marcos de explicación para los fenómenos y hechos que estudian diferentes ciencias.

A finales de los años veinte, Von Bertalanffy habla del programa organísmico para la Biología, tendiente a descubrir las leyes de los sistemas biológicos a todos los niveles de organización y, en tanto que se propone ser explicativa, la nombra *teoría de sistemas del organismo*. Ese fue el germen de lo que más tarde se conocería como *Teoría General de los Sistemas*. Su concepto fue formulado por primera vez en los años treinta en varias publicaciones después de la Segunda Guerra Mundial, y fue formalizado en 1947. Dice el autor:

La teoría general de los sistemas es una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los "sistemas". De esta manera, se hace posible la formulación exacta de términos tales como totalidad y suma, diferenciación, orden jerárquico, finalidad y equifinalidad, etc., términos que aparecen en todas las ciencias que utilizan "sistemas" y que implican la homología lógica de éstos. (Bertalanffy, 1987 p. 35.)

La teoría general de los sistemas consiste pues en:

El estudio científico de los «todos» y «totalidades» que, no mucho tiempo atrás, se consideraban nociones metafísicas que trascendían las fronteras de la ciencia. Y para tratarlos se han desarrollado nuevos conceptos, modelos y campos matemáticos. Al mismo tiempo, la naturaleza interdisciplinaria de los conceptos, modelos y principios correspondientes a los «sistemas» constituye un posible acercamiento hacia la unificación de la ciencia (Bertalanffy, p. 39)

Los «sistemas», aunque pueden ser descritos de diferente manera por diversas ciencias o disciplinas, puede definirse como *un conjunto de elementos relacionados entre sí y con el medio ambiente. Susceptible de varias expresiones matemáticas.* (Bertalanffy, 2002, p. 41).

Bertalanffy desarrolla conceptos asociados a los sistemas, que después serán retomados por la terapia familiar que son los que se refieren a las características de los sistemas como "abiertos" y "cerrados".

Andolfi añadirá a éstos, el sistema relacional como el "*conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste es seguido por un nuevo cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente.* (2001, p. 17)

Conceptos como la sinergia, que se refiere a que el examen de la parte no explica ni permite predecir el comportamiento del todo; la equifinalidad que aborda la posibilidad que tiene el sistema de alcanzar el mismo resultado o estado terminal aunque cambie o

varie el punto de partida; la entropía, y negentropía, entre otros, parten del estudio de los sistemas en Biología e Ingeniería, se extienden a otras disciplinas con la finalidad de establecer leyes generales. Bateson trasladó las nociones de los sistemas a las ciencias sociales y de ahí llegan a la terapia familiar a través de sus contactos con el grupo que fundó el MRI en Palo Alto California y después de varios trabajos, en el campo de la Comunicación humana y Psiquiatría.

## CIBERNÉTICA

La cibernética se establece como la ciencia del control por medio de máquinas de información que pueden ser naturales u orgánicas, como el cerebro humano que responde en tanto descarga neuronal al carácter de todo o nada, análogo a la escala binaria; y artificiales como la computadora.

Se desarrolla en E.U.A. en los años cuarenta a partir de los trabajos de matemáticos como N. Wiener, Von Neumann, Shannon, de físicos y técnicos como V. Bush, Bigelow y neurofisiólogos como Mc Culloch, Walter Pitts discípulo de Carnap, J. Letvin, Rosenblueth, W.B.Cannon. Estos autores asumen que entre el sistema nervioso y la máquina automática existe analogía fundamental: ambos son dispositivos que toman decisiones basándose en otras tomadas en el pasado. Tanto en las máquinas como en los nervios, existe un aparato específico para tomar decisiones en el futuro. Al mismo tiempo, resisten el aumento de entropía mediante dicha capacidad de tomar decisiones, a lo que se llama *organización* y regulan dicha entropía mediante la *retroalimentación* a partir de *información* que extraen del mundo exterior para utilizarla en sus operaciones, por contar con *sensores* o *receptores* que reciben los mensajes mediante los cuales *regulan su comportamiento*. (Wiener, 1981)

La cibernética tuvo un desarrollo independiente a la teoría general de sistemas, mostrando no obstante muchos paralelismos con ella.

Arturo Rosenblueth y Norbert Wiener trabajan por más de dos décadas sentando las bases para la creación y el posterior desarrollo de la cibernética. En primer lugar se interesaron por la actividad automática; rompen el tabú de considerar el propósito como algo inaceptable en la ciencia, ya que cuando se separa de la religión en el siglo XVII, se le deja a ésta toda la teleología y ella se limita a analizar los mecanismos que rigen al universo independientemente de si les anima o no propósito alguno. La exclusión de la propositividad limitaba el estudio de los dispositivos de control automático.



Rescatan en concepto de “propósito” y encuentran un principio general de operación de sistemas automáticos que es la retroalimentación, consistente en que si un sistema induce un cambio en una función, existen dispositivos que lo detectan, y si se mantiene la dirección del cambio en la función controlada se da la retroalimentación positiva; más si la función rebasa el nivel previsto, la información inducirá al cese de la acción estimulante o retroalimentación negativa.

Para ellos la homeostasis se logra mediante la acción continua automática de estos circuitos de retroalimentación por lo que cada función tendría entonces un centro de control, un dispositivo efector y uno de detección continua del nivel de la función controlada. Tales principios rigen el funcionamiento del cuerpo humano y pueden utilizarse para fabricar máquinas, sistemas homeostáticos en la industria, además de otras aplicaciones.

Es así que Wiener, Rosenbluth y Bigelow en 1948, a partir de los estudios sobre los mecanismos fisiológicos determinantes de la homeostasis crean la cibernética, extendiéndola a la teoría de los autómatas, a la cibernética y a la robótica actuales.

Su desarrollo se vio impulsado por los avances en el terreno de la ingeniería con su énfasis en construir dispositivos que amplificaran y facilitaran el uso de algunas de nuestras operaciones intelectuales y el surgimiento de la teoría de la información, creada por Claude Shannon (1937) quien logra crear una medida cuantitativa de la información y con ello una teoría matemática de la comunicación, definiendo *la información como el logaritmo negativo de la entropía, significa mayor orden, en oposición a la tendencia entrópica general del universo.* (Massey, 1982, p. 37)

La teoría de la información puede definirse como *la ciencia de los mensajes, puesto que aspira a una formulación numérica de las leyes que gobiernan la generación, transmisión y recepción de mensajes o “información”*; la teoría de la probabilidad le aporta su vocabulario básico. El mensaje es visto como medio de manejar aparatos o grupos humanos o el desarrollo de máquinas. (Massey, pp. 37-38)

Wiener asume que sólo puede entenderse a la sociedad mediante el estudio de los mensajes y de las facilidades de comunicación que ella dispone y señala:

que el propósito de la cibernética es desarrollar un lenguaje y técnicas que nos permitan encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación; establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares en conceptos. La información es el contenido de lo que es objeto de intercambio con el mundo externo, mientras nos ajustamos a las contingencias de nuestro medio y a vivir de manera efectiva en él. Comunicación y regulación constituyen la esencia de la vida interior del hombre, tanto como de su vida social. (Wiener, 1981, p. 19)

En una primera etapa los cibernetas, con Wiener a la cabeza, se interesan en la teoría de los mensajes, el diseño de máquinas de calcular y autómatas; el manejo de aparatos y grupos humanos, la reflexión acerca del sistema nervioso. A ella se le conoce como *primera cibernética*, o *de sistemas observantes de primer orden*. Luego los teóricos se preocupan por “entender” máquinas o sistemas autoorganizadores y a sus desarrollos se les llama *cibernética de segundo orden* o sistemas observados: *cibernética de cibernéticas*.

### *Primera cibernética*

En la primera cibernética Wiener elabora una concepción teórica para construir máquinas con un “propósito” u “objetivo” y operar de modo tal que pudieran corregir su propio funcionamiento; para mantener y cumplir ese objetivo mostrarían capacidades autorreguladoras.

El motor de esta empresa teórica estaba dada por el interés de desarrollar cañones antiaéreos capaces de hacer blanco en aviones que desde la primera guerra mundial se habían vuelto muy veloces, y se requería construir aparatos de esa índole con una creciente complejidad y precisión. El objetivo era la construcción de servomecanismos: dispositivos capaces de mantener el rumbo de proyectiles de artillería antiaérea, misiles guiados y aviones.

Wiener y Rosenblueth al darse a la tarea de realizar investigaciones en torno a los problemas que constituían la médula de la comunicación, el control y la mecánica estadística fuera en la máquina o en el organismo vivo, señalan que su labor se veía entorpecida por la falta de unidad de la literatura relativa a esos problemas y ausencia de terminología común en las investigaciones. Por lo que llegan a la conclusión de acuñar un neologismo para llenar esa laguna terminológica y deciden denominar al campo de la teoría del control y la comunicación en máquinas y animales:

*cibernética*, vocablo formado a partir del vocablo griego κυβερνήτης o timonel, con tal acepción reconocemos que el primer trabajo importante relativo a servomecanismos es un artículo sobre *gobernalles*, publicado por Clerk Maxwell en 1865 y que tal palabra deriva de una corrupción latina de κυβερνήτης, y el que los dispositivos de dirección de un barco son una de las primeras y mejor desarrolladas modalidades de servomecanismo. (Wiener, 1998, p. 65)

Los trabajos en torno a la cibernética resaltan el hecho de que la computadora y el cerebro tienen mucho en común, y de tal analogía nace la “inteligencia artificial” que tiene como meta el llevar a cabo programas para realizar operaciones inteligentes y

producir algoritmos que luego sean empleados para descifrar la lógica de los circuitos naturales. Se desarrollan las áreas de solución de problemas, análisis del lenguaje, análisis de procesos neurales, autoexpansión, autoaprendizaje en computadoras, robótica, y otras.

#### *La primera cibernética y terapia familiar*

Las relaciones tempranas entre cibernética y terapia familiar, según Pakman (1996), consistieron en el surgimiento de modelos terapéuticos llamados interaccionales que consistían en aplicar nociones cibernéticas al campo de las interrelaciones humanas y resolución de problemas.

Dichos modelos surgieron en el MRI, influidos por los trabajos de Gregory Bateson, quien asociado al campo de la psiquiatría desarrolla su “teoría del doble vínculo” sobre la esquizofrenia, la primera aplicación consistente del pensamiento sistémico al campo de la problemática social.

La primera cibernética constituyó un cambio epistemológico en el que se da un salto desde el campo de la explicación a partir de la materia y energía, al de la información y organización; a la visión del propósito o finalidad. Al tránsito de la causalidad lineal al enlace circular de componentes.

En el movimiento de la terapia familiar, Jackson en 1957 fue el primero en aplicar el concepto de homeostasis a los sistemas familiares para tratar mecanismos patológicos, caracterizados por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo. Al observar que el comportamiento de los miembros de la familia del paciente esquizofrénico se deterioraba en la medida que éste mejoraba, estos comportamientos fueron nombrados de “tipo homeostático” destinados a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbador.

A la familia se le ve como un sistema que trasciende los límites de la persona aislada y unidad sistemática. Los modelos terapéuticos se plantean tareas para llegar a mantener o restaurar el equilibrio homeostático en los sistemas familiares. Las intervenciones giran en torno a la primera cibernética, es decir a optimizar los procesos que contrarresten la desviación y cadenas de retroalimentación negativa, para lo que había de dilucidar cómo operaba el proceso de desviación.

Posteriormente al concepto de homeostasis familiar, tendrá una nueva acepción al comprender que los sistemas vivos no alcanzan jamás la estabilidad plena. Si originalmente era deseable y positiva la homeostasis, luego se piensa que hay que

romper con ella para producir un desequilibrio que implica un cambio que haga andar de nuevo al sistema y se llega a la conclusión de que el equilibrio en la familia se ubica entre la estabilidad y el cambio. Siendo la retroalimentación negativa elemento regulador y la retroalimentación positiva lleva al cambio. (Eguiluz, 2001)

### *Segunda cibernética*

Menciona Foerster (1996) que en 1871-1872 Boltzmann, Ludwig y Clerk Waxwell establecieron la hipótesis de pensar la materia como si no fuese infinitamente divisible, de modo que a cierto nivel de subdivisión, toda división ulterior fuese imposible y le llamaron molécula. Mostraron que si la materia estuviera compuesta de partículas elementales, se cumplían dos cantidades fundamentales de la termodinámica: presión y energía cinética. Pero la entropía no podía ser explicada en términos puramente moleculares y apelaron a funciones cognitivas del observador, siendo ésta la primera vez en la física que el observador entra en un sistema descriptivo. Para ellos, la entropía aumenta con la confusión del observador, confusión equiparable a “desorden”, el orden sería la discriminabilidad del observador y el desorden la indiscriminabilidad. (pp. 112-115)

El mismo Einstein con su teoría de la relatividad señala la implicación del observador en fenómenos como el tiempo y el espacio. El tiempo transcurre de manera distinta para observadores diferentes y el espacio también es relativo a quien lo mide. Además la luz puede verse como onda o partícula igualmente dependiendo del observador y la dualidad onda-partícula resultó ser una propiedad fundamental de la naturaleza a nivel atómico y objeto de estudio de la mecánica cuántica.

En consecuencia, la implicación del observador en los fenómenos físicos nos remite a cambios importantes en la percepción de la realidad y las explicaciones a la misma.

En ese sentido, Von Foerster (1949) encuentra en la cibernética un campo para integrar ciencia- técnica y filosofía, que proveen un lenguaje para hablar de sistemas diversos y proponer sus notas para una “epistemología de los objetos vivientes” que implica tener una “teoría del observador” quien tendría que percatarse de sí mismo y su capacidad para formular esa teoría. Para ello señala que:

- Las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador (su sistema de coordenadas).

- Las observaciones afectan a lo observado de modo tal, que impiden toda esperanza del observador en cuanto a poder predecir. Lo que predomina, es la incertidumbre absoluta (según Heisenberg).
- Una descripción del universo implica a aquél que lo describe.
- Lo que se describe, como señaló en su momento Bateson, son principios explicativos, no copias fieles de la realidad y no se puede usar un principio explicativo para dar cuenta de otro. (Foerster, 1996)

Los nuevos desarrollos en la cibernética derivan de los trabajos de Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, Foerster y Glasersfeld. La segunda etapa es bautizada por M. Maruyama en 1963 como “segunda cibernética”, con el énfasis puesto en los procesos de desviación, retroalimentación positiva y procesos sistémicos del cambio, subrayando la dialéctica entre estabilidad y cambio.

Ilya Prigogine se refiere a “el orden a través de las fluctuaciones”, e indica que la desviación lleva a un salto cualitativo que establece nuevas líneas de base y nuevos procesos neutralizadores, produciéndose una nueva etapa evolutiva en el sistema. Igualmente, en 1972 Foerster rotula al movimiento como “cibernética a la segunda potencia” y luego “cibernética de segundo orden” o “cibernética de los sistemas observantes”. (Sluzki, 1985)

### *Implicaciones de la segunda cibernética en la terapia familiar*

La segunda cibernética o cibernética de segundo orden dirige la atención desde los sistemas observados, hasta los sistemas de observación, los que observan. Centra su interés en la comprensión del funcionamiento de los sistemas en la relación recíproca entre lo que se conoce y quién es el que conoce.

En primera instancia en el campo de la terapia familiar, las aportaciones de la segunda cibernética permitieron explicar la actividad terapéutica como la posibilidad de generar crisis o movimientos desequilibrantes y situaciones provocativas, destinadas a empujar a la familia a generar cambios cualitativos, como las modalidades terapéuticas introducidas por Minuchin y Whitaker.

Posteriormente, Marcelo Pakman señala que en esta etapa de la evolución de la cibernética, sus relaciones con la terapia familiar están en función de proporcionar un marco epistemológico general para el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica.

Se resalta el papel del terapeuta no como el que describe al sistema “tal cual desde afuera”, sino alguien que es parte y participante del mismo y lo “co-construye a su vez; y más aún, el terapeuta mismo emerge como tal, a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa, genera y co-genera en dicha participación. (p. 26)

Desde esa perspectiva, el discurso que emana de la terapia puede verse como una serie de narrativas que los pacientes traen a la terapia. Por lo que Pakman establece que la terapia debería verse, no como una búsqueda de lo consabido, sino una aventura, donde la verdad no tenga que ver con el descubrimiento de coherencias ocultas, sino con la interminable apertura de alternativas que resultaran aptas para la vida. Por ende, la terapia como la vida se inventaría a sí misma en un juego infinito. (p. 29)

Lo anterior implica asumir que “los sistemas familiares” pueden conceptualizarse de manera análoga a los mecanismos cibernéticos, pero dicha correspondencia no es más que una forma de recortar la realidad, es una metáfora, o un principio explicativo, como lo había señalado Bateson. La noción misma de “sistema” es una medida de un observador que así piensa a la familia y que guía sus interacciones con los miembros de la misma. Las nociones de que se vale el terapeuta dependen del lenguaje usado por el sistema formado por terapeuta-familia, a partir del que se crean distinciones donde no las había.

El lenguaje entonces no es un instrumento que describe lo que sucede en la familia, sino el nombre de un contexto que construye lo que sucede y es una elección de dominio cognitivo. Siendo la terapia, en buena parte, un proceso de negociación y generación de nuevos lenguajes, en donde los significados se vuelven unívocos y paralelamente los cursos de acción se restringen.

En el siguiente apartado me referiré a la teoría del doble vínculo, desarrollada por Bateson y su equipo con sus implicaciones para el desarrollo de la terapia familiar.

## TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO

Las investigaciones de Bateson han proporcionado elementos que rigen importantes desarrollos en la terapia familiar y se constituyen como las bases epistemológicas de los modelos iniciales, a las cuales se les retoma en los años ochenta y noventa para las aproximaciones posmodernas, razón por la cual es crucial hacer una revisión de sus principales trabajos y aportes epistemológicos para la materia que nos interesa.

Bateson reconoce a la cibernética como la nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de los organismos y, tomando los aportes de dicha ciencia y de la teoría

general de los sistemas, hace una síntesis de las mismas y las aplica en las ciencias sociales, a partir de su formación en el campo de la epistemología y antropología.

Se preocupa en primera instancia por la morfología evolutiva de los seres vivientes y sus relaciones con las formas inorgánicas. De la zoología pasa a la etnología y realiza estudios antropológicos en Nueva Guinea, en comunidades de los iatmul, los Baining y Balineses. En 1935, su objetivo era formular categorías para el abordaje del contacto cultural. Su libro *Naven* se publica por primera vez en 1936 y es producto de sus hallazgos en esa línea de investigación.

Estudia las culturas como totalidades; sistemas de equilibrio dinámico en las ciencias sociales. Al pretender dilucidar los efectos del contacto entre grupos iatmules encuentra que su sistema social difiere del de los pueblos de la cultura occidental, en que carecen de toda clase de jefatura, de medios para castigar a sus miembros y que en un mismo grupo de pertenencia, sus miembros no podían agredirse.

Utilizando los términos de patrón y simetría en la naturaleza, derivados de sus inquietudes iniciales al estudiar animales e, intuyendo que ellos podrían ser la base para el estudio de la unidad que traspasa todos los fenómenos del mundo; utilizó como similitud de la organización de los iatmules, la segmentación de animales y hace analogías entre el proceso de diferenciación animal: en tanto simetría transversal y simetría radial, con las peculiaridades en las relaciones que el pueblo iatmul desplegaba.

Encontró que la sociedad occidental se caracterizaba por un proceso de fisión herética (que busca otras doctrinas o costumbres), con sistemas jerárquicos cuando un grupo se separa de la sociedad parental, produciéndose división entre el grupo nuevo y viejo, además de diferenciación de costumbres; y en los iatmules al separarse los grupos las costumbres de ambos se mantienen idénticas, dándose una fusión cismática, es decir, el grupo que se separa parte tras otros caudillos sin cambiar el dogma. (Bateson, 1998)

Establece el concepto de esquismogénesis, como el proceso de diferenciación en las normas de comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos, que se distingue al desarrollarse por reacción mutua en ciclos ya sea simétricos o complementarios. (Hoffman, 1998)

En la “esquismogénesis complementaria”, el estímulo que impulsa a A para realizar esfuerzos mayores es la debilidad relativa de B. Las acciones recíprocamente desencadenantes son diferentes en esencia, pero mutuamente apropiadas en términos de dominio-sumisión, auxilio-dependencia, exhibicionismo-escopofilia, etc. Los “sistemas simétricos”, opuesto funcional casi exacto de los complementarios, son de rivalidad y

competencia. El estímulo que suscita un **afán más** intenso en A es la visión de una mayor fuerza en B y viceversa, **generándose las mismas aspiraciones y patrones de conducta**. En ambos patrones de relación **se puede** llegar a la hostilidad y colapso del sistema. Además Bateson señala un “**patrón recíproco**” que se compensa y equilibra internamente sin tender a la esquizmogénesis. (Bateson, 1998, p. 135)

En 1942 Bateson en una conferencia **de la** fundación Macy conoce a Warren McCulloch y Julian Bigelow, quienes **hablaban** con entusiasmo del concepto de retroalimentación (feed-back), de la cibernética, la teoría de los juegos de Von Neumann; y repasa en que la escritura de **su libro** *Naven* lo había llevado hasta el umbral mismo de la cibernética; pero **carecía** aún del concepto de realimentación negativa. Contacta con Norbert Wiener y **Evelyn** Hutchinson e intenta sintetizar las ideas cibernéticas, con sus hallazgos antropológicos, además de que pretende desarrollar la teoría general de la comunicación **derivada de** las ideas cibernéticas, la teoría de juegos y la teoría de tipos lógicos de Russell.

Para concretar su investigación ingresa **al campo** de la psiquiatría. Consigue un subsidio y trabaja con Jurgen Ruesch en la **clínica** Langley Porter. De 1949 hasta 1962 con el título de etnólogo, realiza su **proyecto de** investigación en el Hospital de Administración de Veteranos en Palo Alto California, con un subsidio de la fundación Rockefeller para el proyecto “*El papel de las paradojas de abstracción en la comunicación*”. Jay Haley, Jhon Weakland y **Bill** Fry se le unen para conformar un equipo de investigación dentro de dicho **hospital**. Después de dos años de trabajo continuo proponen la hipótesis del “doble **vínculo**”, obteniendo subsidios de la fundación Macy, de la Foundations Fund for **Psychiatry** y del Instituto Nacional de Salud Mental.

En esta etapa de su trabajo, **contempla al mundo** en que vivimos como un conglomerado de estructuras en circuito; al **cuerpo humano** como un sistema completo integrado cibernéticamente. El hábito **constituye para él** una de las más importantes economías del pensamiento consciente y es **una** inmersión del conocimiento hacia niveles menos conscientes y más arcaicos. **Se avoca** al estudio de la redundancia-patrón-significado.

Señala que las primeras conclusiones a las **que** llegó y que sentaron las bases para una teoría de la comunicación humana **vinculada a** la psiquiatría y a la psicoterapia fueron:



- Que la comunicación verbal humana puede operar en el discurso de los hablantes, en muchos niveles contrastantes de abstracción: desde el denotativo hasta el más abstracto metalingüístico, y el metacomunicativo.
- En la evolución de la comunicación se observa que somos capaces de distinguir al signo como señal, aunque tal conciencia no se da de manera completa. Inventamos el lenguaje y la posibilidad de comunicarnos en una multiplicidad de niveles.
- En 1952 surgen las bases para el desarrollo de la teoría del “doble vínculo” cuando Bateson visitaba el zoológico de Fleishaker de San Francisco y al observar monos jugando, se cuestionó sobre dicha actividad. Descubrió que la naturaleza del juego conlleva cierto grado de metacomunicación o intercambio de señales que trasmite a los implicados el mensaje: “esto es un juego”. Examinando tal mensaje, observó que contenía elementos que generan una paradoja del tipo Russell o Epiménides que diría “*que las acciones a las que estamos dedicados no denotan lo que sería denotado por aquellas acciones que estas acciones denotan*” (1998, p. 208), y que según la teoría de los Tipos Lógicos tal mensaje sería inadmisibles.
- Un mensaje, cualquiera que sea su naturaleza, no consiste en los objetos que denota, sino que el lenguaje mantiene con dichos objetos una relación comparable a la que existe entre un mapa y un territorio.
- La comunicación denotativa es posible sólo después de la evolución de un complejo conjunto de reglas metalingüísticas no verbalizadas que rigen la manera en que las palabras y oraciones gramaticales deben referirse a los objetos y a los sucesos.
- Las acciones a que alude el “juego” denotan otras acciones de “no juego”. Hay señales que están en lugar de otros sucesos; por lo tanto, la evolución del juego debió ser un paso importante en la evolución de la comunicación. Además se encuentran fenómenos semejantes al juego como: la amenaza, conducta histriónica, engaño, etc.; que se caracterizan por la posibilidad de discriminación entre la acción denotativa y lo que se ha de denotar. Así los animales que juegan no sólo no quieren decir lo que están diciendo, sino que de ordinario se comunican sobre algo que no existe.

En esa línea, Bateson asume que de la cibernética y teoría de sistemas tiene que surgir una epistemología nueva que lleva a una nueva comprensión de la mente, la persona, la relación humana y el poder. Para él toda percepción, respuesta, conducta y clase de conductas, todo aprendizaje, toda genética, neurofisiología, endocrinología, organización, evolución y cualquier objeto de estudio en su totalidad, tiene que considerarse como “de naturaleza comunicacional”. Y la aportación de la cibernética consiste en asumir que el estudio de la mente es inmanente a partir de circuitos causales con relaciones de energía, circuitos auto-correctivos, bits de información: como diferencia que hace una diferencia.

A partir estos planteamientos Bateson y su equipo aplican ese enfoque teórico al fenómeno particular de la psicoterapia. La esquizofrenia y su “ensalada de palabras” característica puede entonces describirse en términos de una imposibilidad del paciente para reconocer el carácter metafórico de sus fantasías; se omite el mensaje que tiene la finalidad de establecer el marco de referencia “como si” y se relata la metáfora, se le actúa de una manera que sería apropiada si fuera un mensaje de tipo más directo.

La ausencia de la constitución de marcos metacomunicativos como ocurre en los sueños, es característica de las comunicaciones del esquizofrénico en su vida de vigilia, y la metáfora se trata directamente como mensaje del tipo más primario.

En ese sentido, la psicoterapia para Bateson es un intento de cambiar hábitos metacomunicativos del paciente. Se enfoca en la transformación del juego de reglas para pensar, operar, formar y comprender los mensajes. Su objetivo es el actuar en términos de un juego de reglas diferente. (1998, p. 218)

En 1956 Bateson, Haley y Weakland publican el artículo “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*”, producto de su investigación entre 1952 y 1954. La hipótesis se le comunicó a Don D. Jackson quién la encontró coincidente con sus ideas de la homeostasis familiar y desde entonces trabaja en estrecha relación con el proyecto.

El esquizofrénico tiene dificultades en el proceso discriminatorio de los múltiples tipos de señales y los ingredientes necesarios para que haya una situación de doble vínculo son:

1. Dos o más personas: una de ellas es el “paciente” o “víctima” y los otros son la madre o algún otro, u otros familiares.
2. Experiencias repetidas: un tema recurrente en la experiencia de la víctima hace que su estructura llegue a tornarse habitual.

3. Un mandato negativo primario: “*No hagas tal o cual cosa, o te castigaré*”, o “*si no haces tal o cual cosa te castigaré*”.
4. Un mandato secundario que choca con el primero en un plano más abstracto y es puesto en vigor por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Dicho mandato se hace generalmente por medios no verbales e inferencias ocultas en el comentario verbal y puede ejercer su impacto sobre cualquier elemento de la prohibición primaria.
5. Un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima que escape del terreno.
6. El conjunto de ingredientes se hace innecesario cuando se ha aprendido a percibir el universo en pautas de doble vínculo. (1998, pp. 58-59)

Según los autores el esquizofrénico está en la posición del estudiante zen a quien su maestro le dice “*si dices que esta barra es real te golpearé con ella, si dices que no es real, te golpearé con ella. Si no dices nada, te golpearé con ella*”. Eso le crea desorientación, confusión, quiebra en la capacidad para discriminar entre tipos lógicos. Las características generales de la situación de doble vínculo son las siguientes:

1. El individuo está envuelto en una relación intensa, en la que siente de vital importancia discriminar claramente qué clase de mensajes se le manda para responder adecuadamente.
2. El individuo se encuentra en una situación en la que la otra persona de la relación expresa dos ordenes del mensaje y una niega a la otra.
3. Y el individuo no puede comentar los mensajes que se expresan para corregir lo que entendió de la orden del mensaje a que debe responder, es decir, no puede hacer una observación metacomunicativa. (1998, p. 60)

Más tarde Bateson abandona Palo Alto y se concentrará en el estudio de la comunicación animal. En el instituto Océánico en Hawai y en el Instituto de Aprendizaje de la Cultura del Centro Este-Oeste de la Universidad de Hawai, trabaja con pulpos y en 1963 con cetáceos; integrando sus estudios respecto al aprendizaje, la evolución biológica, la comunicación, la antropología y la psiquiatría. Consolida una nueva epistemología con la “*pauta que conecta*” resumida en su último libro, publicado en 1979 *Espíritu y naturaleza*.

## TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Los aportes de Bateson a la comunicación son retomados por el resto de su equipo en Palo Alto, que continuó trabajando bajo la dirección de Don Jackson. Fundan el MRI y P. Watzlawick, J. Beavin Bavelas y publicaron en el libro *Teoría de la comunicación humana* los axiomas de la nueva teoría, se centran finalmente, más que en la investigación en el establecimiento y consolidación de un modelo de intervención terapéutica.

En la obra mencionada, los autores se refieren a la emergencia del enfoque comunicacional o interaccional o sistémico en las ciencias del comportamiento, nutrido de campos como: la ingeniería de las comunicaciones y la cibernética, la antropología, y la teoría de los sistemas. En el MRI se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado *en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos*. (Watzlawick, Bavelas, y Jackson, 1997, p. 12)

Del modelo pragmático de la comunicación humana destacan los siguientes axiomas:

- No es posible no comunicarse.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo incluye al primero y es, por ende, una metacomunicación.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o diferencia.

También puntualizan sobre la paradoja a la que definen como *una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes* (Watzlawick, et al., p. 173); señalan tres tipos: la lógico-matemática, la definición paradójica y la paradoja pragmática en función de instrucciones paradójicas y predicciones paradójicas.

La última lleva a posiciones insostenibles ya que plantea una situación donde existe una relación complementaria (de subordinación) en la que se da una instrucción al subordinado que debe obedecer, pero también de desobedecer para obedecerla y tal persona no puede salir fuera del marco y resolver así la paradoja haciendo un comentario sobre ella, es decir metacomunicando. Los efectos de las instrucciones paradójicas en la interacción humana pueden llevar al doble vínculo ya descrito.

En el rubro siguiente abordaré las perspectivas del construccionismo y construccionismo social en sus principios básicos e implicaciones en el ámbito de la terapia familiar y los modelos de abordaje clínico imperantes.

## CONSTRUCTIVISMO EN LA TERAPIA FAMILIAR

Los trabajos iniciales de Bateson en torno a la comunicación formaron parte de los modelos y aproximaciones en terapia familiar que se consolidaron a partir de los años sesenta. Tales modelos se centran en delimitar una teoría y una práctica concretas en el campo de la psicoterapia. En su desarrollo pasan por momentos de cambio, al integrar elementos derivados de la práctica terapéutica, y diferentes formas de vislumbrarla, a la luz del constructivismo introducido en la psicología por Piaget, en los años treinta.

Por ejemplo, el modelo de terapia breve estratégica incorpora otras aportaciones, como: las técnicas de la hipnoterapia de Milton Erickson, con la finalidad de incrementar la eficiencia terapéutica. Paul Watzlawick y Giorgio Nardone (2000) señalan que en los años noventa se trabaja en las intervenciones clínicas, en la superación de posiciones teóricas y se avanza en la dirección de un mayor pragmatismo.

Indica Martín Wainstein que desde los años ochenta, un número de conceptos filosóficos reunidos bajo el nombre de “constructivismo” han ejercido una influencia notable en la psicoterapia en general y en particular en los modelos terapéuticos interaccionales: como el del Instituto de Investigación Mental (MRI), el estratégico de Haley, el centrado en soluciones.

De Shazer (1991, 1994) y Berg (Berg y De Shazer, 1993) fueron los primeros en usar el término “postestructuralista” para describir los modelos de terapia que se interesan por lo que los clientes cuentan al terapeuta y a sí mismos y por las interacciones entre el texto, el lector y el escritor de las historias construidas en la terapia. Mientras que el estructuralismo ve la verdad detrás de un texto o dentro de él, el postestructuralismo pone el acento en la relación entre el lector y el texto en un proceso de interacción constructiva. (Sarupi, 1989, en Watzlawick y Nardone, 2000)

En Milán el modelo propuesto por Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata evoluciona, desde el abandono gradual de la herencia psicoanalítica, la adopción de aportes de la teoría del doble vínculo, la creación de un enfoque derivado de la segunda cibernética, hasta su interés por los procesos cognitivos y perceptuales. Asumiendo la concepción de que la realidad es una construcción social, que las ideas del mundo provienen del observador, e integrando en su modelo el “sentido” como elemento primario.

A continuación se precisan algunos supuestos del constructivismo que fueron retomados por diferentes terapeutas al trabajo clínico, en el ámbito de la terapia familiar.

En el constructivismo hay un desplazamiento de la explicación, de la estructura del mundo a la estructura de la mente. Sabemos, porque nuestros sistemas de creencias son aquellos que la mente como estructura biológica, esta preparada para elaborar. Interpretamos la experiencia como lo hacemos, porque nuestra mente tiene esa especial conformación; y el conocimiento se logra cuando las ideas internas de la propia mente y las estructuras que ésta crea, se adecuan a la naturaleza de las cosas. (Feixas, 1990)

Mony Elkaïm (1996) señala que hasta el final de los años sesenta el sistema que se estudiaba en la terapia familiar era el de la familia: el terapeuta era considerado un observador externo de los procesos interaccionales en el consultorio; con tal enfoque se aceptaba la existencia de una realidad objetiva fuera de nosotros que había de desentrañarse para ayudar a los pacientes. A principios de los años ochenta y particularmente desde la publicación en 1981 del libro de Watzlawick: *La realidad inventada*, el movimiento constructivista se expande en el medio de los psicoterapeutas familiares. Tal enfoque está basado en los escritos de Ernst Von Glasersfeld, Heinz Von Foerster acerca de la segunda cibernética; y Humberto Maturana y Francisco Varela con sus aportaciones en torno a la percepción.

Maturana y Varela enfatizan que la percepción visual nace de la intersección de aquello que se nos ofrece y del propio sistema nervioso central. Lo que vemos no existe como tal, fuera de nuestro campo de experiencia, sino que es el resultado de la actividad interna que el mundo externo desencadena en nosotros. Maturana establece que los criterios de validación de una experiencia, dependen de una comunidad de observadores cuyas declaraciones formen un sistema coherente. Así, los terapeutas familiares han encontrado que la “construcción mutua de lo real cuenta más en psicoterapia, que la búsqueda de la “verdad” o la “realidad”.

Por su parte las contribuciones de Foerster se derivan de sus estudios acerca del nexo entre el observador y sistema observado, que son inseparables, estableciéndose entre ellos una relación de identidad.

En el constructivismo se ubica al conocimiento como “construido” a través de la experiencia y acción del sujeto. La verdad es contemplada como múltiple, contextual, histórica. Es visto como un metaparadigma por Robert A. Neymeyer, como un marco integrador que supone una concepción del ser humano y de la realidad. El conocimiento se plantea como estructurado en sistemas jerárquicos y autoorganizados. Sólo se percibe a través de transformaciones cognitivas, o “construcciones” determinadas por la estructura cognoscente del sujeto. La mente proporciona los medios para el análisis de los datos como experiencia; así como un esquema general que delimita las estructuras cognitivas desarrolladas sobre la base de tal experiencia.

Neymeyer, distingue que el constructivismo puede entenderse como una familia de teorías relacionadas entre sí, que comparten una serie de afirmaciones y supuestos. Cita a Mahoney (1988), quien destaca tres características de la epistemología constructivista que son:

1. La naturaleza proactiva de los procesos cognitivos

La característica cardinal del constructivismo es enfatizar que el conocimiento humano es activo, anticipatorio, “constructivo” (de dar forma). Los humanos son “co-creadores” de las “realidades” a las que responden. Ello implica que los datos no justifican, no crean fundamentos para un conocimiento válido, pero si eliminan conjeturas y explicaciones menos viables, por ende hay un cambio de la validez a la viabilidad en la producción de conocimiento.

En este punto hay dos tendencias en el constructivismo: la de los radicales, entre ellos Maturana y Varela, que sostienen que todo lo experimentado es auto-generado y recursivo a nivel organizmico, es decir, no hay realidad independiente del observador, nada existe más allá del lenguaje; y la realidad es sólo una proposición explicativa.

La otra posición es la de los constructivistas críticos quienes niegan la existencia de una realidad externa al sujeto cognoscente, que aporta los elementos para las construcciones de los organismos; y dan por hecho se puede conseguir un conocimiento preciso sobre una realidad externa, estable y singular.

2. Estructura nuclear de la organización de la psicología humana

Se refiere a que los humanos están organizados en tanto una estructura central y una periférica, de tal modo que sus procesos centrales (nucleares, esenciales) le dan

protección especial y limitan la variedades de detalles que pueden surgir de un nivel periférico (estructura superficial). Las estructuras profundas están compuestas por reglas de ordenación abstractas que imponen límites a lo que se puede expresar de una forma significativa sobre cualquier expresión particular de la estructura superficial.

### 3. El desarrollo psicológico tiende a la autoorganización

Alude a que los sistemas humanos individuales se organizan de modo que se protejan y perpetúen sus integridades, a la vez que se desarrollan gracias a sus diferencias estructurales.

Maturana y Varela usan el término “autopoiesis” para referirse a los sistemas que se auto-organizan, poniendo énfasis en el mantenimiento de la “identidad” dentro de las posibilidades de los sistemas, por lo tanto, un sistema autopoietico es aquel cuya organización propia, definida como una red de relaciones, es una invariante fundamental.

Los sistemas vivos tienden a autoorganizarse a través de la transformación temporal y el equilibrio dinámico, mediante una organización jerárquica. A medida que se va madurando, se accede a capacidades cognoscitivas más elevadas, y se va estructurando el propio sentido de identidad, singularidad y continuidad.

Wainstein precisa que las implicaciones del constructivismo para la terapia sistémica, son que la situación clínica no depende del punto de vista del terapeuta y por ende sus intervenciones tienen que considerar la idiosincrasia del otro y propiciar comportamientos alternativos, como resultado del proceso terapéutico. Los terapeutas ya no pueden decir que lo que observan en los pacientes está dado por algo extrínseco a ellos, sino que comienzan a ubicarlo en sus convicciones, o premisas subjetivas sobre las personas, relaciones, problemas, etc. El problema del significado se ha convertido en un objeto importante de la terapia.

Además el concepto de lo “verdadero” en psicoterapia ha dejado su lugar a lo viable, verosímil, realizable y los objetivos de la terapia se construyen de forma gradual; y se confía en la capacidad de fusionar los recursos del terapeuta con los del cliente. Enfocar el proceso en los recursos del cliente, enfatiza su capacidad para construir su realidad. A nivel práctico habría de preguntarse “¿Quién construye la realidad clínica?, ¿Qué implicaciones tiene tal construcción en lugar de otra?, ¿Qué construimos y a qué tiende?”. (Watzlawick y Nardone, 2000, pp. 52-57)

Neimeyer define a la psicoterapia como un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados interpersonales. Su objetivo es articular, relacionar y revisar



aquellas construcciones que utiliza el cliente para organizar su experiencia y sus actos, y mediante el lenguaje establecer un puente intersubjetivo entre los mundos fenoménicos de los implicados en el proceso terapéutico. La idea básica es elaborar un mapa refinado de las construcciones en que están inmersos los pacientes y que definen lo que ellos ven como cursos de acción viables y extender o modificar dichas construcciones para ampliar el número de mundos posibles que pueden habitar. (1998, p. 18)

#### CONSTRUCCIONISMO SOCIAL EN LA TERAPIA FAMILIAR

Hacia finales de los años ochenta las teorías del construccionismo social surgen en los E. U. A. Kenneth J. Gergen, profesor de psicología en el Swarthmore College en Pennsylvania, es conocido como uno de sus principales representantes en el campo de la psicología. Propone el abandono de las metáforas mecanicistas de la cibernética por las extraídas de la teoría literaria o antropología posmoderna. Sitúa al construccionismo social dentro de la era posmoderna. Fija al modernismo como una visión del mundo con raíces en los siglos XVII y XVIII, que identifica al mundo en términos mecánicos; y asocia la reivindicación ética a la deconstrucción de los conceptos de racionalidad, objetividad y progreso; con el posmodernismo.

Lo posmoderno aparece como respuesta a la modernidad, se propone la deconstrucción y desenmascaramiento de la razón industrial, destrona el ideal de progreso y estatus de la historia; reconoce la ambivalencia cultural y fomenta la proliferación de discursos y visiones marginales, planteando conocimientos locales, ruptura de las teorías existentes, es decir, rechaza los absolutos universales, las metáforas basadas en la teoría de la información y de los sistemas. Surge en la arquitectura. Su influencia inmediata es la filosofía francesa estructuralista tardía con Foucault, Lacan y posestructuralista con Lyotard, Derridá y Baudrillard.

Las ideas posmodernas y posestructurales en terapia familiar tienen su antecedente, según Gergen, en los trabajos sobre semiótica, crítica literaria, crítica ideológica, crítica social; en el movimiento feminista; en pensadores neomarxistas de la escuela de Francfort, y en el desarrollo de la hermenéutica. Hay un paso de la cibernética a la hermenéutica; de la curva de la retroalimentación de los sistemas cibernéticos, a la curva intersubjetiva del diálogo.

El construccionismo social enfatiza el poder de las interacciones e intenta ligar las fuentes de la acción humana, a las relaciones sociales con el lenguaje. Critica la noción de "verdad única" (como el constructivismo), el yo como una realidad interna e

irreductible. La identidad se construye socialmente por flujos temporales que se comprenden en el devenir cotidiano de manera social y ecológica.

Según Gergen (1996) la sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto, y los supuestos para una ciencia construccionista social son:

- Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos de tales descripciones.
- Los términos y formas mediante los cuales comprendemos el mundo y a nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturales.
- La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo, no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- El significado es un derivado del uso social.
- Apreciar las formas existentes de discurso, es evaluar patrones de vida cultural.

Las terapias posmodernas desde dicha posición, significan nuevos caminos para conversar, para hacer preguntas; diferentes modos de arranque terapéutico, en función de metáforas, metonimia, formas narrativas, que giran en torno a la co-construcción y proceso social.

Los terapeutas que se han visto influidos por el construccionismo social, replantean el significado de su trabajo clínico. Abandonan unas metáforas por otras; como parte del requerimiento de dar respuesta a las necesidades crecientes de apoyo terapéutico que prueben ser efectivas y optimicen de manera amplia los recursos del paciente y del terapeuta, y por qué no decirlo, no sólo sus recursos sino sus limitaciones, su experiencia vital y vicisitudes cotidianas.

Los terapeutas que se asumen en la línea construccionista estipulan que utilizan el diálogo por encima de la intervención para modificar los significados, y ampliar el campo de lo posible. Terapeutas como Lynn Hoffman, Harline Anderson y Harold Goolishian, se desvinculan del constructivismo para volverse hacia en construccionismo social. En 1994 Joan Aderman, Tom Andersen, H. Anderson, M. Frankfurt, Peggy Penn, Tom Russel y Kathy Weingarten; difunden los elementos del enfoque al que llamaron “colaborativo”. Que concibe a la terapia como una

colaboración entre personas con experiencias y perspectivas distintas más que como una relación entre un experto y los sujetos que piden ayuda. (Elkaïm, 1996)

Goolishian y Anderson se pronunciaron a favor de una terapia centrada en la “disolución del problema”, en contraposición a las orientadas a la “solución de problemas”. Delimitan a la experiencia como una realidad narrativa construida socialmente. Para ellos, la intervención clínica es un principio obsoleto, porque el terapeuta no interviene en el proceso terapéutico, sino que tan sólo participa en una conversación terapéutica partiendo de una posición de “perplejidad”.

Además establecen que el “enfoque colaborativo”, nace de la posición escéptica respecto a que el lenguaje científico es reflejo fiel del mundo preciso y objetivo. Lo enmarcan en el “posestructuralismo”, “posempirismo”, “interpretativismo”, y “construccionismo social”. Sus premisas son: a) la ausencia de una teoría general abarcadora en forma de distinciones conceptuales, modelos de proceso, diagramas sistémicos; de los que se suponía emanaban los procedimientos y la comprensión terapéutica; b) preocupación por el lenguaje, ya que configura las relaciones humanas y es a su vez modelado por éstas. La preocupación de la perspectiva es el modo en que el lenguaje construye el mundo, cimentando la ontología y el conjunto de valores que las personas imprimen a su vida. (Anderson, 2001, pp. 225-250)

Para White, el significado se construye con la experiencia individual. En la terapia busca incidir para que las personas adquieran una distancia con respecto a sus relatos, y puedan construir narraciones alternativas, a través de la “deconstrucción” de las verdades que están separadas de las condiciones y contextos de su producción, mediante “conversaciones terapéuticas”.

Cecchin, Lane y Wendel al plantear la necesidad de que los terapeutas se liberen de sus cadenas explicativas tradicionales, asumen su preferencia por los análisis construccionistas en el proceso terapéutico. (Elkaïm, 1996)

Por otro lado, autores como Jay S. Efran y L. E. Clarfield (1996) determinan que en el marco de la psicoterapia, términos como “narrativa” y “discurso”, son usados de manera poco clara e indiscriminada, por los partidarios de la perspectiva construccionista. Al mismo tiempo los autores asumen que el construccionismo en psicoterapia no constituye una técnica, ni un nuevo tipo de terapia y que aún no hay respuestas a todas las preguntas que genera.

Es así que la terapia familiar sistémica sigue un proceso de diversificación técnica, con base en las premisas, principios y fundamentos a los que me referí en

este capítulo; en dicho proceso no hay verdades últimas o aproximaciones que hayan probado ser más efectivas que otras. Más bien, asistimos a una progresiva proliferación dentro del área de posturas, de modelos, de enfoques, de modalidades técnicas, de marcos de explicación al trabajo clínico: de aproximaciones pragmáticas, en tanto alternativas de intervención, que buscan responder a las necesidades de atención psicoterapéutica creciente en contextos interaccionales a diferentes niveles, y sistemas de análisis.

Las distintas escuelas han ejercido entre sí una influencia mutua y recíproca. Destacando un impulso a la creación de técnicas empleadas para la psicoterapia.

Las principales modalidades de trabajo que podemos ubicar en la terapia familiar y de las que se deriva el trabajo clínico durante mi estancia en la residencia son: a) la aproximación estructural, b) estratégica-estructural de Haley, c) los modelos de terapias breves (MRI), d) el enfoque basado en soluciones, e) el abordaje del grupo de Milán, f) y posturas posmodernas, entre las que se encuentran la modalidad de trabajo con el uso de equipo reflexivo, enfoque narrativo de White y Epston y la posición colaborativa.

El objetivo terapéutico de dichas modalidades gira en torno de la modificación de patrones de interacción a nivel personal, familiar organizacional, etc. El énfasis puesto en la interacción lleva a considerar diferentes metáforas o marcos explicativos respecto a los individuos y las familias, su organización y actuar cotidiano. La resolución de los problemas implica un cambio en los patrones de interacción familiar, estructural, del comportamiento, de formas de percibir la experiencia, la modificación de los relatos imperantes, etc., según el enfoque elegido. Los tratamientos suelen ser breves, con frecuencia variable; y la duración global de la terapia no va más allá de dos años. Otra coincidencia entre las diferentes aproximaciones de trabajo sistémico está en el uso del espejo unidireccional, grabación de sesiones, desarrollo de diversas técnicas de observación, formación de equipos terapéuticos y la supervisión de la práctica clínica "in situ", entre otras.

A continuación me referiré a la sede y secuencia del trabajo clínico realizado durante los dos años de formación como terapeuta familiar, para después delimitar las habilidades y competencias alcanzadas como producto de mi formación clínica en el transcurso de la residencia.

## CAPÍTULO III

### ENTIDAD Y SECUENCIA DEL TRABAJO CLÍNICO

#### ENTIDAD DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO

##### *Contexto institucional*

La escuela de Psicología desde el año de 1945 y hasta 1973 en que se descentraliza, formaba parte de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Su misión es: formar profesionales de la psicología, a partir de la estructuración de un currículum que relacione la formación teórico-práctica de los estudiantes a quienes va dirigido, y la realidad histórico, social, cultural, política en que se inserta el proceso de formación y desarrollo profesional; integrando la docencia, el servicio y la investigación como parte de la misión de la Universidad.

Por ello se creó la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, que tiene la finalidad de desarrollar acciones vinculadas con las funciones sustantivas de docencia, investigación y servicio, primordialmente con aquellos responsables de prestar servicios de atención comunitaria en los siguientes centros y programas:

##### Centros:

- El centro de Servicios Comunitarios “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”
- Investigación y Servicios de Educación Especial CISEE
- El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

##### Programas:

- Sexualidad Humana
- Conductas adictivas
- De Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS)

#### *El Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”*

En 1980 el Dr. José Lichtszajn, jefe del departamento de Psicología Clínica y la Lic. Josette Benavides organizaron el proyecto para el Centro de Servicios Psicológicos. Fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 y empieza a funcionar el 1 de agosto del mismo año;

quedó a cargo de la coordinación la Lic. Josette Benavides. Actualmente la responsable del centro es la Lic. Noemí Barragán Torres.

El proyecto surgió como plan piloto dirigido a la población estudiantil de la Facultad y su familia nuclear, para posteriormente ampliarlo a toda la población universitaria y a la comunidad en general; tomando como modelo para su creación el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad de Austin Texas. Orienta su labor dentro de los marcos conceptuales de la Psicología Clínica con diversos enfoques y técnicas terapéuticas, haciendo énfasis en la terapia breve con objetivos focalizados.

Sus objetivos son:

1. Apoyar y fortalecer la formación teórico-práctica de los alumnos a través de los servicios psicológicos que la facultad ofrece al público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.
2. Fortalecer la producción científica y la investigación en escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.
3. Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional, en foros científicos y en la comunidad.
4. Proporcionar servicios psicológicos de calidad a estudiantes, personal administrativo, familiares y público en general. Constituye la entidad de diversas residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, como son: en medicina conductual, en psicología infantil, en psicología de las adicciones y en terapia familiar sistémica.

Durante los dos años de residencia en la maestría la entidad donde realice el trabajo clínico se circunscribió a dicho Centro, que se encuentra en las instalaciones de la Facultad de Psicología, en el sótano del edificio "D" Av. Universidad 3004, Delegación Coyoacán, Col. Copilco Universidad.

#### Descripción del Centro

Está conformado por 26 cubículos en dos alas, de los que 12 se destinan a la atención de terapia individual y los más amplios (8) a actividades grupales, de ellos cuatro cuentan con aulas de observación con cámaras de Gesell, y tres con televisión, video cámara, sistema de intercomunicación para la supervisión directa de los procesos terapéuticos y observación del proceso enseñanza-aprendizaje. El horario de atención es de 8:00 a 20:00 hrs., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 8:00 a 19:00 hrs., los miércoles.

Los servicios con los que cuenta se agrupan en los siguientes programas: tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas, retroalimentación biológica, modificación de hábitos alimenticios, atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, atención a bebedores problema, terapia individual, terapia infantil, terapia racional-emotiva, evaluación y peritajes psicológicos, atención a personas con enfermedades crónico-degenerativas, terapia familiar y de pareja, impartición de diversos talleres a estudiantes y público en general.

#### Personal y organización del servicio

Los coordinadores de las residencias en las diferentes maestrías y profesores supervisores adscritos, llevan a cabo tareas de observación de los procesos terapéuticos, optimización de recursos para un mejor trabajo en el centro, organización de las actividades propias de cada programa. A su vez hay terapeutas, estudiantes que realizan servicio social y/o prácticas profesionales; y personal administrativo que recibe a las personas que demandan el servicio, les da información, distribuye las solicitudes para su llenado, recoge los recibos de pago por las consultas.

Los usuarios que demandan el servicio llenan una solicitud, posteriormente se agrupan en función del motivo de consulta, terapeutas y programas; y conforme los terapeutas las requieren, se les van asignando los casos.

Cada terapeuta se pone en contacto con la persona que demanda el servicio y concierta una cita para iniciar el proceso terapéutico. Se abre un expediente para el caso a cargo del terapeuta. En dicho expediente se llevan a cabo registros que informan de la evolución de los casos, motivos de altas, bajas, y fechas de las sesiones terapéuticas.

De ser necesario, se hacen canalizaciones a otras instituciones o se envía a los pacientes para la realización de estudios específicos, extendiéndose oficios o cartas de presentación. Igualmente se reciben personas canalizadas de otros centros, instituciones o terapeutas, siguiendo el proceso de llenado de solicitud y espera de asignación de terapeuta.

Desde el llenado de la solicitud los usuarios dan su consentimiento para que el proceso terapéutico sea grabado y/o observado por un equipo de trabajo. Además como parte del encuadre en una primera sesión se les explica con mayor detalle la modalidad de trabajo con relación al centro y al programa con que se vaya a trabajar y el costo del servicio que consiste en una cuota de recuperación, en función de sus posibilidades económicas.

Para las entrevistas subsecuentes, cada terapeuta decide la periodicidad de las sesiones y el número de las mismas, en función de su modalidad de trabajo. Los espacios para el trabajo clínico son asignados por la coordinadora del centro.

Las altas se dan por haber alcanzado los objetivos del proceso terapéutico o porque el paciente lo decide en algún momento al no poder o querer seguir asistiendo a sus sesiones. Las bajas ocurren cuando el terapeuta no pueda contactar inicialmente con el usuario, porque no acude a una primera entrevista después de dos o tres invitaciones o por acumular tres o más faltas consecutivas sin avisar a los terapeutas.

#### SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LA ENTIDAD

Como parte de las actividades de aprendizaje y servicio de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, participé en la entidad asignada en el Programa de Atención Terapéutica a Familias y Parejas; además de atender casos en la modalidad de terapia individual, con el mismo modelo sistémico de trabajo.

En los dos años de trabajo clínico el equipo terapéutico del que formé parte (14 integrantes) y los supervisores asignados, atendimos en el programa 286 solicitudes. Con una demanda por problemas con niños en un 26%, con adolescentes un 11% y de adultos un 66%. Hubo un total de 603 sesiones de psicoterapia. Trabajamos a nivel individual en el 26% de los casos, 59% a nivel familiar y 15% de pareja.

El trabajo que realicé fue formativo ya que estuvo enfocado al desarrollo de habilidades y competencias para el trabajo clínico según la aproximación sistémica. Las actividades estuvieron coordinadas directamente por la responsable de la residencia y los profesores asignados para supervisar el trabajo clínico in situ y en la modalidad de supervisión narrada. En todo momento se trabajó en cubículos con sistema de intercomunicación, para contar con equipo observador y videograbar cada una de las sesiones con los pacientes.

Mi participación en la entidad fue como parte del equipo tras el espejo, y como terapeuta; en cuyo caso, fui responsable del contacto inicial con las familias, de la apertura de su expediente e integración del mismo.

La secuencia de participación fue progresiva, es decir, hubo una creciente atención a familias según la oferta y demanda del servicio, con base en la experiencia clínica acumulada, y la integración de modelos de intervención. Adicionalmente las horas de supervisión en vivo se incrementaron de la primera a última etapa, en la que se contó con siete diferentes supervisores.



En una primera etapa atendimos 3 casos y acumule 25 horas de participación en el equipo terapéutico, con el objetivo de aplicar los aspectos teórico-prácticos del modelo revisado, a casos clínicos concretos. Pusimos énfasis en la observación del proceso en primera instancia.

En un segundo momento de la formación, fungí como terapeuta y pude aplicar los conocimientos adquiridos en la maestría, principalmente del modelo estructural, con 12 sesiones de terapia. Al mismo tiempo como parte del equipo tras el espejo unidireccional hicimos el seguimiento de 12 casos, con 64 horas equipo. Laboramos con supervisión en vivo y aplicando los principios e intervenciones que derivan del modelo de Terapia Breve (MRI).

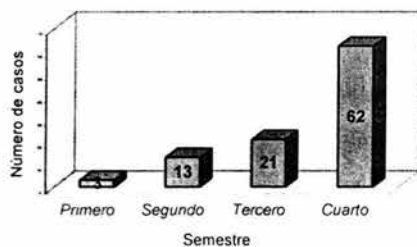
Posteriormente se incrementaron las horas de supervisión clínica; trabajé en coterapia en dos casos de terapia de pareja. Además de acumular 87 horas como parte del equipo terapéutico en la atención a 21 casos, con supervisión en vivo; aplicando el MRI, modelo de soluciones, estructural e integrativo.

En la última parte del proceso hubo dos modalidades de supervisión: in situ y narrada, con equipos terapéuticos detrás del espejo. En la modalidad de supervisión narrada atendimos 17 casos, de los que tuve 8 a mi cargo como terapeuta.

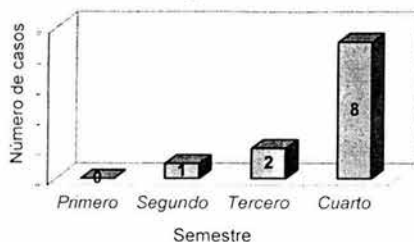
De igual manera intervine como terapeuta en un caso con supervisión en vivo y aplicando modelos posmodernos y como parte del equipo terapéutico. Colaboré en la atención a 16 familias, con 84 horas-equipo. Cobró especial énfasis la integración de habilidades clínicas aplicando técnicas de diferentes modelos.

Las siguientes gráficas resumen el número de casos vistos por semestre en el equipo de trabajo, mi participación como terapeuta con relación al número de casos atendidos, motivos de consulta y número de supervisores por semestre.

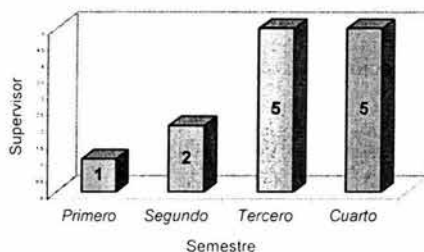
**Atención a familias por semestre**



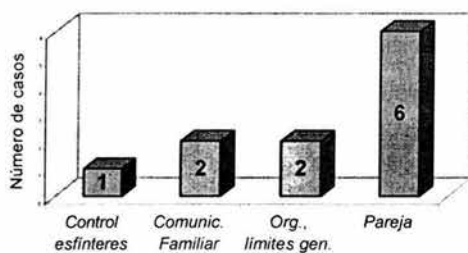
### Participación como terapeuta en la atención a familias por semestre



### Supervisor por semestre



### Motivo de consulta en casos atendidos



En el apartado siguiente se presenta el trabajo clínico fundamentado en las premisas antes abordadas y los modelos emergentes dentro del campo de la terapia familiar.

## CAPÍTULO IV

### DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### 4.1 HABILIDADES CLÍNICAS

##### 4.1.1 PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS POR FAMILIA

La Maestría estuvo enfocada al desarrollo de habilidades clínicas para la atención a familias, parejas y terapia individual en la sede asignada, dependiendo de la demanda del servicio, objetivos del centro y de los modelos de intervención seleccionados.

El trabajo clínico se llevo a cabo con supervisión en vivo y narrada por parte de los docentes y terapeutas a cargo, contando con equipo terapéutico tras el espejo unidireccional. Tuvo por objetivo propiciar, y consolidar nuestro entrenamiento en la atención a familias según los modelos revisados a nivel teórico y práctico en las diferentes actividades instruccionales. Con la finalidad de que los protagonistas de esta experiencia pudiésemos desarrollar nuestras capacidades, habilidades técnicas, manejar elementos teórico- conceptuales de los modelos, y adquiriéramos la competencia profesional en el proceso de formación.

Se aplicaron los principios, técnicas e intervenciones que derivan de los modelos de: a) terapias breves, b) estructural, c) estratégico, d) orientado a soluciones, e) Milán, f) equipo reflexivo, modelo narrativo de White y colaborativo. Fue una actividad de integración de habilidades clínicas, con un especial cuidado en su fundamentación teórica.

Para mostrar los casos, en primera instancia es importante hacer referencia a cómo trabaja un terapeuta familiar sistémico, distinguir la secuencia del proceso terapéutico típico, sin considerar las variantes derivadas de cada modelo.

En primer lugar, el terapeuta utiliza como una de sus principales herramientas a la entrevista, vista como una forma de relación, de intercambio entre dos o más personas, con una delimitación de un espacio físico y tiempo determinado; a través de ella obtiene información que le permite entrar en contacto con las familias, conocer y entender su dinámica y problemáticas, y además toda intervención supone un intercambio verbal entre los implicados del proceso.

La terapia familiar sistémica en general, se mueve del presente al futuro. En la primera entrevista se indaga acerca de la demanda o motivo de consulta, los miembros de la familia tienen la oportunidad de narrar la historia de su problema de manera digital y analógica, pero no solo eso, sino que se recaba una gran cantidad de información de la interacción, organización y reglas que despliega la familia desde el momento de entrar al consultorio, saludar y sentarse. El primer contacto con la familia, para todos los modelos, es crucial para establecer contacto con la familia, conocer sus miembros significativos, integrarse a ella y formar el sistema terapéutico.

La primera entrevista se podría dividir en cinco fases que son:

- a) Fase social: saludo, reducción de tensión y acomodamiento de familia y terapeuta.
- b) Obtención de información: indagar motivo de consulta o demanda, junto con todo aquello que acompañe al o los problemas referidos por la familia.
- c) Revisión de intentos previos de solución a los problemas, definir fuentes de tensión que contribuyen a incrementar la disfuncionalidad familiar. Además de identificar recursos potenciales con que cuenta la familia para trabajar en el cambio.
- d) Enganche y encuadre: explicar la forma en que se trabaja, espacio y reglas para las sesiones. Motivación para el trabajo conjunto. Creación del compromiso para continuar con el proceso terapéutico.
- e) Cierre: preparación orientadora para la sesión ulterior (definición de metas de tratamiento).

Las fases pretenden explicar el proceso de una entrevista, sin llegar a ser pasos que deban de seguirse de manera rígida. En la terapia familiar sistémica, la primera entrevista puede constituir la primera intervención familiar y desde este primer contacto, la familia puede llevarse a casa una tarea. Por lo que los límites entre una entrevista de evaluación y otra de intervención en la mayoría de los casos se hacen sólo con fines didácticos.

Las modalidades de entrevista y evaluación en el campo de la terapia familiar dependen de varios aspectos como: la escuela o enfoque de la terapia que la sustente, objetivos que se plantee el profesional, las familias y su contexto, momento del proceso terapéutico e incluso la personalidad misma del terapeuta.

Otro elemento importante en las entrevistas es que unas escuelas requieren pausas para delimitar momentos de la entrevista, para la retroalimentación con observadores tras el

espejo unidireccional, para elaborar estrategias, como hace el grupo de Milán, o puede no haberlas, como en el formato estructural, donde las necesidades de reflexión se consideran menores.

En mi labor durante la residencia con las familias a mi cargo, para las sesiones de evaluación utilice el Modelo McMaster de Evaluación del Funcionamiento Familiar, y del Modelo Estructural de Minuchin, que se explican a continuación.

El Modelo Mc Master o el esquema dinámico de la evaluación familiar, fue desarrollado por Esptein, como un marco para guiar la evaluación en las entrevistas iniciales con las familias. Investiga seis dimensiones que son: a) identificación y solución de problemas, b) comunicación, c) roles, d) respuesta afectiva, e) involucramiento afectivo, f) control de conductas.

Minuchin, por su parte asume a la familia como un sistema organizado jerárquicamente, donde coexisten por lo menos tres subsistemas: ejecutivo representado por padres, conyugal y filial o fraterno. Los elementos que nos lega para evaluar a las familias e intervenir, son: a) tipos de jerarquías (autocrática, democrática, laizze faire), b) tipos de límites (cerrados, flexibles, difusos), c) alianzas y coaliciones, d) los contextos, que se consideran como recursos terapéuticos.

Igualmente otra herramienta útil para evaluar a familia la proporciona Mónica Mc Goldrick con el "genograma", que es una representación gráfica de la familia, e involucra tres niveles: 1) *Mapear la estructura familiar*: relación biológica y legal entre los miembros, y constituye la "columna vertebral" del genograma; 2) *Registrar* la información familiar: demográfica, funcional como: aspectos de salud, emocionales, conductuales, eventos familiares críticos; 3) *Delinear las relaciones familiares*, de por lo menos tres generaciones.

Su utilidad radica en que proporcionan una gestalt rápida de los complejos patrones familiares, una rica fuente de hipótesis acerca de cómo se conectan los problemas y/o eventos en el contexto familiar y su evolución o permanencia a través del tiempo. Los patrones repetitivos se hacen claros, por lo que permiten hacer predicciones tentativas de una generación a otra. Plantea la evaluación de la familia en un marco histórico, que es crucial para comprender su devenir y acercarse a la familia como una totalidad histórica.

Las entrevistas terapéuticas, se pueden dividir en tres etapas básicas:

- 1) Inicial o social: con el propósito de establecer contacto y generar empatía con todo el sistema familiar.
- 2) Intermedia: revisión de logros alcanzados a partir de la última sesión, información sobre el estado del problema, y/o tareas realizadas; exposición de problemáticas y puntos de vista personales y la búsqueda de alternativas viables para el cambio en función de los objetivos.
- 3) Final: establecimiento de tareas a realizar y cierre de la sesión.

Los planos que se consideran en las entrevistas de manera general son:

- A) Contenido: que se refiere al relato, narración de hechos.
- B) Nivel de relación: aspectos cognitivo, afectivo, conductual, en lo que se hace y se dice.
- C) Estilo de comunicación verbal y no verbal.

José Navarro Góngora (1995) señala que los contenidos temáticos a lo largo del proceso terapéutico, se pueden catalogar de la siguiente manera:

| <b>Fase</b>   | <b>Objetivos</b>   | <b>Contenidos implicados</b>  |
|---------------|--|---|
| 1) Comienzo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de la relación.</li> <li>• Compromiso con la terapia.</li> <li>• Evaluación del problema.</li> <li>• Diseñar estrategia para el cambio.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de condiciones de trabajo.</li> <li>• Creación de la relación</li> <li>• Motivación para el cambio</li> <li>• Definición del problema.</li> <li>• Negociación sobre metas de la terapia</li> </ul>  |
| 2) Intermedia | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la magnitud del cambio</li> <li>• Asegurar el cambio</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de estrategias de intervención dentro y/o fuera de la sesión.</li> <li>• Evaluación de cambios.</li> <li>• Negociación de tareas.</li> <li>• Mantenimiento de la relación.</li> <li>• Motivación para el cambio y compromiso con la terapia.</li> </ul> |
| 3) Final      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de logros</li> <li>• Ritual de despedida</li> <li>• Sesiones de seguimiento para evaluar consolidación de cambios.</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen de logros de la terapia.</li> <li>• Metas a corto, mediano y largo plazo.</li> <li>• Delimitación de recursos viables para emplear en situaciones futuras.</li> </ul>  |

Las estrategias diseñadas para los diferentes casos, dependieron de los principios que regían los modelos seleccionados para cada uno de ellos, y consistieron en principios heurísticos (reglas de actuación) que de manera explícita e implícita guiaron los esfuerzos en el proceso terapéutico, para la definición del contexto de trabajo, creación de la relación terapéutica, motivación para el cambio, evaluación y definición del problema o situación a trabajar, intervenciones, capacidad de maniobra por parte del terapeuta, para el cierre del proceso con evaluación de los cambios y su seguimiento. Las líneas de trabajo durante las entrevistas, decidían lo que se tenía que hacer, en función de los presupuestos de la escuela a seguir.

Toda interacción terapéutica delimita guías para actuar o desenvolverse en una sesión clínica, para orientarse y optimizar las decisiones y los procesos con los que se trabaja.

Toda pregunta en la sesión, tiene detrás un objetivo, señala una postura, en tanto visión del mundo, de posición conceptual respecto a las familias, que es una fuerte constelación de operaciones cognitivas que mantienen un punto estable de referencia y soporta un patrón particular, pensamientos o acciones.

Una vez que precise los elementos generales del proceso terapéutico que enmarcan el trabajo de los terapeutas con una aproximación sistémica, a continuación expongo los casos que seleccioné para mostrar el trabajo clínico llevado a cabo durante la Residencia.

Atendí un total de 11 casos como terapeuta, según los criterios establecidos en el Programa de la Residencia, de los que se presentan cuatro, con una exposición de la labor terapéutica realizada con fines de evaluación, de intervención, evolución del proceso, cierre y de seguimiento, con un análisis y discusión teórica metodológica. Además se incluye una demarcación de las implicaciones del trabajo en equipos terapéuticos a partir de mi propia experiencia a lo largo de la residencia. Los nombres y referencias personales de las familias han sido modificados con fines de confidencialidad.

Caso: 1

Nº de sesiones: 11 y una de seguimiento

Período: 9 febrero de 2002 al 22 noviembre de 2002

Supervisión: Mtra. Nora Rentería.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Familia: BP

Composición:

Madre: R. 31 años. Ama de casa. Estudios: Carrera técnica.

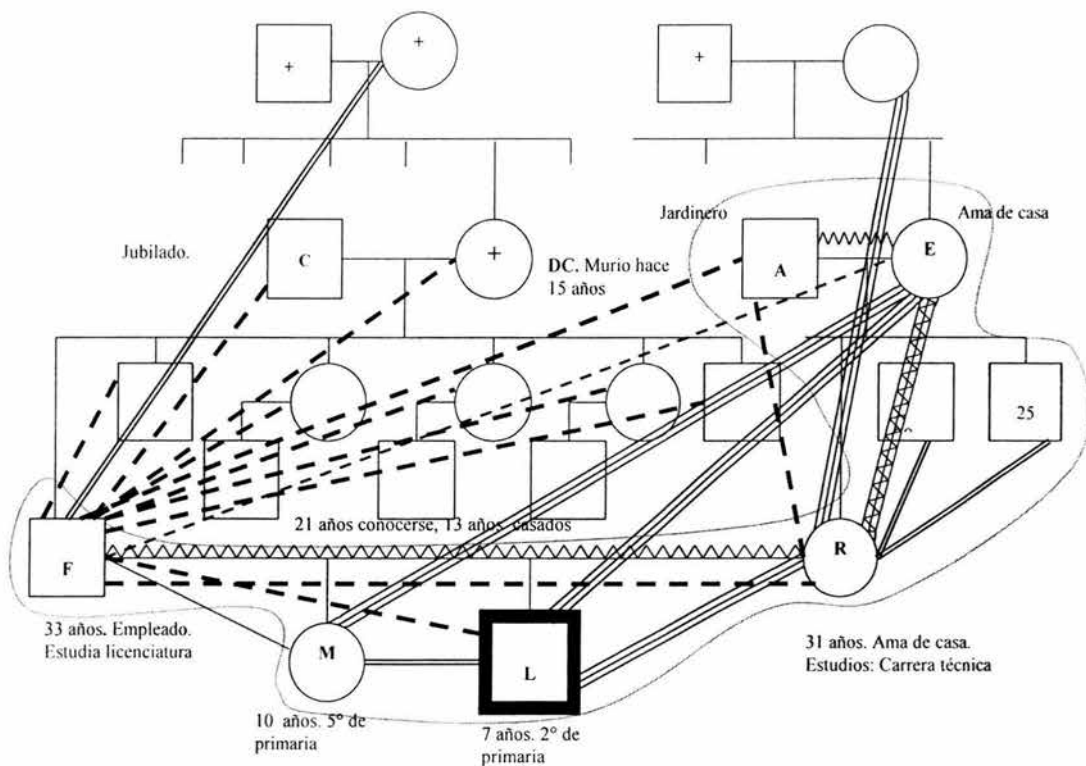
Padre: F. 33 años. Empleado. Estudia Licenciatura.

h1: L. 10 años. 5º primaria.

h2: M. 7 años. 2º primaria.

Lugar de residencia: Sur del D. F.

## GENOGRAMA





## EVALUACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN LA GUÍA MC MASTER

### I. Identificación y solución de problemas

La familia concuerda en que acudieron a solicitar la consulta debido a que el hijo menor tiene enuresis nocturna, lo que les causa molestias y dificultades en la vida cotidiana. No ha tenido control de esfínteres por la noche; y han intentado solucionar esa situación en primera instancia poniéndole pañales desde los dos años y medio; ambos padres lo instan verbalmente a avisar. Ante la falta de éxito en dichas medidas, lo llevan a un urólogo, descartándose algún problema a nivel orgánico; lo regañan, y posteriormente deciden despertar al niño en la madrugada y llevarlo al baño. Ambos padres se turnan para despertarse, pero la madre lo hace con mayor frecuencia y en ocasiones se quedan dormidos. Señalan que no buscaron ayuda psicológica antes porque esperaban que el pequeño avisara de manera espontánea.

El padre tiene la iniciativa de solicitar el servicio. La madre pide cita y durante la primera entrevista se le percibe más preocupada porque se resuelva la situación ya que tiene que lavar la ropa del niño; además se siente abrumada por la carga de trabajo en el hogar y el cuidado de los chicos. Refiere que sus hijos no la obedecen y se muestran rebeldes con ella, la viven como muy exigente y explosiva; eso la hace dudar de si ha sido buena madre. El padre llega muy tarde de trabajar y casi no convive con ellos, por lo que no identifica otros problemas en el hogar.

La pareja tiene dificultades para verse como tal, han logrado mantenerse cumpliendo funciones paternas de manera satisfactoria. Ella es la que identifica problemas con su pareja y demanda constantemente que la perciba como algo más que una madre para él y los hijos. Para el padre no es significativa la demanda de su pareja de involucrarse más y señala que trabaja todo el día para proporcionarles los satisfactores básicos. Tiene una posición periférica en la familia, le cuesta trabajo expresar sus emociones y no se vincula afectivamente con su pareja.

La pareja duerme en camas separadas por la misma situación, ya que la hija no quiere dormir con su hermano, y el padre no parece estar muy a disgusto por compartir la cama con su hijo.

Respecto a sus dificultades como pareja, hace 6 años se iban a divorciar, no lo hacen y ahora los niños distraen a los padres de las disputas ya que se centran principalmente en

ellos y la satisfacción de todas sus necesidades y el hacer algo para enfrentar el problema del pequeño también provoca que se mantengan bajo control sus problemas maritales latentes.

## II. Comunicación

Se circunscribe a los asuntos relacionados con los hijos, la madre le avisa al padre las novedades de la casa y se queja de que él casi no habla, llega a casa a ver la televisión y no atiende a los niños, no se involucra con ella. F señala que es muy serio.

En suma, la pareja se comunica en torno a lo instrumental y logran ponerse de acuerdo, más en lo afectivo y aspectos de definición de su relación no hay intercambios satisfactorios.

## III. Roles

El padre es el proveedor único de los satisfactores en el hogar; la madre asume las tareas del hogar y proporciona apoyo emocional a los hijos, protección, gratificación, guía cognitiva, regulación de la conducta. Él incluso la define como el centro, sobre la que recae todo el peso de la familia.

La madre asume el papel rector de la casa, pero le causa tensión y se siente sin el apoyo de él, en las responsabilidades y decisiones cotidianas. Constantemente le demanda involucrarse más, que reconozca lo que ella hace; se siente relegada y no tomada en cuenta. Hay una asignación clara y rígida de roles para cada miembro de la familia, pero no hay satisfacción de ella respecto a los que le toca cubrir.

## IV. Respuesta afectiva

Madre e hijos expresan emociones de bienestar y malestar pero con F destacan las de emergencia, es decir, sólo se le involucra cuando hay una necesidad que cubrir, o problema que resolver. A pesar de las demandas dirigidas a él en el sentido de demostrar su afecto y apoyarla en su papel de madre y mujer, no hay resonancia en él.

## V. Involucramiento afectivo

El padre no se involucra afectivamente con su esposa e hijos. Ella siente que no le interesa a él; que no es valorada tampoco por los hijos. Asume que él no le hace caso y los

hijos no le obedecen y por ende se cuestiona e manera constante su papel de madre. Le cuesta trabajo hablar de sus necesidades de reconocimiento y lo hace en nombre de los niños.

La madre se sobreinvolucra con los hijos, en especial con el menor a quien trata como a un niño de menor edad. De alguna manera demanda que el padre se involucre, pero al mismo tiempo, no lo permite ya que siempre dirige y toma la iniciativa en lo concerniente a casa y el padre no tiene siquiera oportunidad de intentar participar de la dinámica hogareña.

F señala que su esposa es la que lo excluye y desea poder acercarse más a sus hijos y platicar con ellos, como nunca lo hicieron sus padres con él, más ciertamente se le dificulta hacerlo.

#### VI. Control de conductas

Quien asume el control de las conductas es la madre. Cuando le pide a su pareja participar en la regulación de la conducta en los hijos, lo percibe muy permisivo y que no la apoya.

#### ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Se encuentran en la etapa de familia con hijos en edad escolar. Las exigencias se centran en la organización respecto a la ayuda y apoyo de los chicos en las tareas escolares, las reglas para el estudio, el juego, consolidación de hábitos de cuidado y limpieza; además de su contribución en tareas de la casa.

Como padres R y F no asumen adecuadamente la jerarquía que les corresponde con respecto a sus hijos, ya que no hay claridad con relación a las tareas que a ellos les competen, y con las formas de regular su comportamiento. En su intención de ser padres flexibles, amorosos, se les dificulta el ejercicio de la autoridad.

La significancia emocional la buscan en los miembros de la familia nuclear, pero sin encontrar reciprocidad.

Tiene la titularidad la mujer en el ejercicio de los cuidados parentales, el varón no participa de manera directa en la crianza de los hijos. Para ella el ejercicio maternal es prioritario en su vida, le cuesta trabajo pensar en la posibilidad de salir de casa para ocupar algún puesto laboral ya que descuidaría a los niños y la casa. De manera adicional, la familia de ella, en especial su madre, le cuestiona incluso el que salga a hacer ejercicio ya

que es una actividad que la distrae de sus funciones de ama de casa. El ejercicio de la maternidad en ella se basa en la domesticidad y dependencia económica, los roles de género son rígidos.

Ella se siente bien como madre pero no puede verse como mujer ante su pareja. Ambos señalan que se casaron a instancias de R, con la finalidad de salirse de su casa. Se conocían desde niños y cuando murió madre de él, ella lo rescató, asumiendo la función materna que la madre no cumplió de manera cabal.

Él es el único de sus hermanos que ha progresado, cursa una licenciatura y tiene las energías suficientes para salir adelante, situación que agradece a su mujer. Se ve como un hijo ante ella y cuando se trata de señalar sus logros como pareja, indica que le debe a su mujer el que estudia gracias a ella, le enseña a ser ordenado y lo motiva porque siempre está activa y al tanto de cualquier detalle de la casa y los niños.

Ella está de acuerdo en que lo rescató y expresa: *“él me dice es como ‘si hubieras sido mi madre’, pero yo le digo ‘no me veas así, soy tu pareja’”*. Se da cuenta que todos sus esfuerzos están enfocados a los niños; le gusta el trabajo de ama de casa pero le resulta tedioso, cansado. No son reconocidas ni pagadas las tareas que realiza e igualmente se siente fracasada ya que aunque le agrada lo que hace, dice que no ha crecido laboralmente porque a partir de que nacieron los hijos dejó de trabajar y le gustaría hacerlo, más le parece difícil conseguir un empleo de medio tiempo que le permita seguir atendiendo a sus hijos y no descuidar la casa; además de que tendría más presión trabajando fuera y dentro de su hogar. Pero por otro lado, si ella se desarrollará profesional y laboralmente, considera que tendría más comunicación con su pareja ya que habría temas de que hablar y no solamente de los hijos, y se incrementaría la comunicación; en otras palabras, ella piensa que tal vez así su pareja podría verla como una mujer. El que saliera a trabajar implicaría una redistribución de las tareas de crianza y del hogar, que no son posibles en la dinámica actual de la díada parental.

Es claro que no existen contactos íntimos como pareja ya que sí bien la familia duerme en una misma habitación, tienen dos camas, pero los padres no se organizan para dormir juntos sino que cada quien duerme con uno de los niños.

## ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

### *Encuadre*

Se indica a la familia la modalidad de trabajo terapéutico: disposiciones instrumentales del servicio como: frecuencia, costo. Se les informa acerca de la video grabación de las sesiones, la observación del equipo terapéutico tras el espejo unidireccional y confidencialidad de lo vertido en las entrevistas.

### *Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio*

La familia quiere que L controle sus esfínteres y mejorar la comunicación en la familia, con la mayor participación del padre en las tareas y tiempo libre de la madre e hijos.

### *Postura del cliente o familia*

La familia solicita el servicio definiendo como paciente a su hijo menor. La madre y hermana plantean el cambio como urgente ya que la situación les trae muchas complicaciones, y el padre lo vive como indeseable más no incómodo en exceso. Incluso cuando el niño va teniendo más éxito en el control de sus esfínteres hay recaídas porque la pareja no puede verse sin la dificultad que los distrae de hacer algo por enfrentar su relación que está provocando choques y una sensación creciente de malestar.

Hay momentos en que es difícil lograr la participación activa de los padres en el proceso, ya que no hacen las tareas, y eso ocurre más a menudo cuando se trabajan temas concernientes a su relación de pareja. En ocasiones esperan ser receptores pasivos de la sabiduría y consejos del terapeuta. Finalmente se les insta a responsabilizarse y proponer ellos mismos las acciones que llevarán a cabo y logran hacer algunas cosas distintas.

Atribuyen por lo general los cambios a cuestiones mágicas o inesperadas y les es difícil ubicar lo que ellos hacen para generar dichos cambios, además reflexionan poco acerca de su proceso, por lo que muchas intervenciones se enfocan a la acción dentro y fuera de las sesiones.

### *Hipótesis que guió la meta de la terapia*

Las interacciones del subsistema conyugal son escasas y poco gratificantes, consecuentemente, a través de los problemas de educación de los hijos y la “incontinencia”,

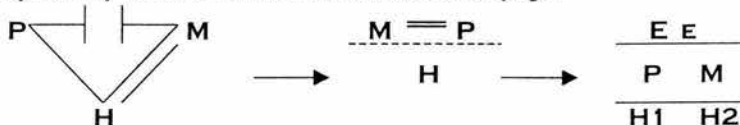
los padres desvían sus propias dificultades que les podría conducir a replantear los términos mismos de su unión con la posibilidad de que la estabilidad aparente en el hogar se rompa; eso los lleva a una excesiva involucramiento de L con la madre que provoca que la dependencia y comportamiento del niño como si tuviera menor edad persistan; y que se excluya al padre.

A su vez el padre se siente seguro en la periferia y teniendo gratificaciones como hijo ya que involucrarse con su pareja en una relación de igualdad y mayor compromiso la vive como peligrosa; a su vez la madre desea moverse pero para que las cosas sigan exactamente igual ya que en la posición que mantiene tiene un poder extraordinario sobre todos los miembros de la familia y está en juego su papel como mujer y madre. E inclusive necesita seguir rescatando a su pareja como sí fuese su madre aunque ambivalentemente requiere sentirse también mujer, para lo que tampoco está preparada.

#### *Objetivos de la terapia*

- Bloquear en el niño la conducta habitual en las negociaciones entre los esposos; con eso se busca promover su autonomía con respecto a su edad y también acercar más a los cónyuges, favoreciendo mayor intimidad entre ellos.

Es decir pasar de la lectura de la relación en términos de triada rígida a la alianza de la diada parental y delimitación clara del subsistema conyugal:



- Incrementar la prominencia del padre en la familia.
- Involucrar más al padre con el hijo.
- Que la madre se mueva de su posición central.
- Que la pareja propicie la autonomía de sus hijos conforme a su edad cronológica.
- Que los papeles que cada miembro de la familia desempeña se hagan más flexibles.

#### *Principales estrategias de intervención*

Para el abordaje terapéutico seguí los lineamientos del modelo estructural creado por Minuchin y su equipo de trabajo como Jay Haley, H. Ch. Fishman y Braulio Montalvo.

Entre las premisas y supuestos básicos del modelo se encuentra la conceptualización de la *familia* como un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación que se desarrolla a través de etapas que exigen reestructuración, se adapta a circunstancias cambiantes a su interior y exterior manteniendo a la vez continuidad y fomentando el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La *estructura familiar* es el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia; operan en virtud de pautas transaccionales vistas como operaciones repetidas en función, vinculación y organización. (Minuchin, 1999)

En dicha estructura existen *Reglas* que rigen la organización familiar y pautas, jerarquías de poder; además de *límites*, que son las fronteras entre subsistemas que definen quiénes participan y de qué forma; su función es proteger la diferenciación del sistema y el funcionamiento familiar.

Cada individuo es parte de un subsistema o constituye un subsistema del sistema familiar, que desempeña funciones según la generación a la que pertenezca, sexo, interés, función o jerarquía. En él se dan procesos de diferenciación y de pertenencia a su grupo de adscripción primaria.

A su vez atribuyen los problemas a factores en la organización familiar que obstaculizan el funcionamiento adecuado de las familias, a la existencia de pautas disfuncionales en una estructura rígida y disfuncional. Generalmente la familia llega con un “paciente identificado”, el que con sus síntomas constituye un recurso para mantener al sistema, es el “chivo expiatorio” alrededor del cual la familia refuerza el síntoma como mecanismo autorregulador u homeostático. La familia disfuncional troca su tendencia al cambio por un funcionamiento estereotipado, las pautas transaccionales habituales se preservan hasta un límite de rigidez que bloquea toda posibilidad de alternativas y el paciente identificado preserva la estructura rígida e inadecuada.

Por otro lado el cambio es la modificación en la posición de los miembros del sistema, es decir, de su estructura y con ello la transformación de su funcionamiento para que pueda desarrollar sus tareas con eficacia. Se produce a partir del proceso de asociación del terapeuta con la familia y su reestructuración planificada por el terapeuta, para poder transformar las pautas transaccionales disfuncionales y de ahí incidir en los esquemas

cognitivos, la visión del mundo de los miembros de la familia. Implica desequilibrar la homeostasis familiar y así abrir camino a la transformación, cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar, que conlleva a liberar al paciente identificado de su posición anómala y reorientar a los implicados hacia el crecimiento.

Algunas de las técnicas y procedimientos empleados, derivados de la aproximación estructural y que llevé a cabo en el caso señalado se enlistan a continuación:

- Establecimiento de *límites* entre subsistemas mediante la manipulación del espacio en el consultorio y en casa.
- Enseñanza de la *complementariedad*: que la familia se vea como un equipo *donde* lo que hace cada uno incide en los demás y que se puede arribar a metas con *más* facilidad con la labor conjunta de ciertas tareas.
- *Acentuación de las diferencias*: con el uso de metáfora “ *él está sordo a lo que su pareja dice, es como un buzón de quejas al que nadie hace caso*”.
- *Rastreo* para captar las transacciones de la familia respecto la enuresis y dificultades entre los padres.
- Elaboración de *registros* en que amanece la cama mojada.
- *Tareas* para que los padres hagan juntos.
- *Escultura de la familia*: en qué posición se vive cada quién, y cómo se sienten en ella. Además se ensayan modificaciones a la escultura para que se sientan mejor.
- *Dramatización* en torno a cercanía- lejanía de la pareja parental y conyugal.
- *Manipulación de espacio* en la sesión para clarificar límites entre sistemas, desarrollo de alianzas entre unos y otros.
- *Reestructuración* de cómo se ve la pareja a la luz de su historia de vida y los recursos que despliegan con su familia nuclear. Ser “buen padre” y “buena madre” y “qué me hubiera gustado hacer con mis padres”.
- Respecto al síntoma de incontinencia: modificación de horario para dormir, ingesta de líquidos.
- *Uso de metáforas*: se plantea el mojar cama como “marcar su territorio”, es decir, la necesidad de que él tenga su espacio propio para poder crecer como dormir de manera independiente y que tenga tareas acordes a su edad.



- El cambio de dientes se aborda como *metáfora* de que L es un chico creciendo, no un bebé pegado a las faldas de mamá.
- Dado que comienzan a construir lo que será su hogar definitivo se trabaja con esa situación aludiendo al "*cambio de casa y los cimientos nuevos del hogar*". Se les pregunta qué de su relación dejarían entre las ruinas de los cuartos que iban a ser demolidos para construir habitaciones más amplias y su hogar ya definitivo; y qué sería importante rescatar y llevarse para que forme parte de los cimientos de su nuevo hogar.

### *Evolución del motivo de consulta*

El niño deja de mojar la cama con mayor frecuencia conforme avanza el proceso terapéutico, con retrocesos en varias ocasiones. Logra un control de un 80% como máximo.

El padre no se logra involucrar en el cuidado de los hijos y tareas de la casa ya que ningún miembro de la pareja lo permite.

No obstante la pareja propone acciones concretas para mejorar su relación como: tratar de retomar su relación conyugal incrementando la intimidad entre ellos. Él dice que no la va a descuidar tanto, que le va a poner más atención; e invitarla a hacer cosas juntos.

Ensayan maneras de reconocerse, él logra decir que la quiere mucho y que desea estar más cerca de ella, ayudándole con el peso que ella tiene que soportar de toda la familia.

### *Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)*

La pareja no logra verse más allá de su papel de padres y deciden no moverse más respecto a la búsqueda de un mayor involucramiento afectivo, por lo que las dificultades a futuro pueden presentarse por la rigidez que mantienen respecto a la manera en que despliegan sus funciones en torno a la casa y el cuidado de los hijos. Él sigue creciendo hacía afuera, es decir, va a terminar su licenciatura, es probable que aspire a un puesto mejor en el área laboral y ella puede llegar a sentirse aún más frustrada por la sensación de "estancamiento" al dedicarse de manera completa a las tareas del hogar.

Las dificultades entre la pareja pueden incrementarse cuando los hijos adquieran mayor independencia respecto a los padres y las funciones de los últimos no se circunscriban el cien por ciento a los hijos.

Un importante recurso que puede hacer que la pareja consolide lo trabajado como parte del proceso es el cambio de casa, ya que van a tener más espacio, eso implica nuevas formas de organizarse y requerimientos diferentes para la familia. Además la pareja concuerda que lo que los hace mantenerse juntos y se llevarían a su nueva casa es el amor, la intimidad, la comunicación, el recuerdo de los primeros meses de su vida en pareja..

### *Evaluación del proceso por el sistema terapéutico*

La madre indica que el proceso terapéutico les sirvió para sacar lo que pensaba cada uno, desahogar sus emociones como tristeza y alegría; se lleva muchas reflexiones y cree que le hace falta paciencia para seguir cumpliendo con sus funciones en el hogar.

El padre señala que si no se resolvieron las cosas completamente, fue debido a que ellos no hacían la tarea, y sugiere que como ellos son muy flojos, como parte de la terapia se les debería exigir más con las acciones que se les encomendaba y explicarlas con más detalle; es decir que la terapeuta tuviera mayor “control”.

A la pareja le era difícil hablar de su relación y como parte del proceso lograron hacerlo, más no se plantean cambios de segundo orden respecto a los aspectos estructurales y funcionales de su familia ya que por el momento les son funcionales, han logrado acomodarse a ellos con relativa estabilidad y no se encuentran en la disposición de replantearse situaciones que podrían incidir en los cimientos mismos de la conformación de su relación.

Por lo mismo les cuesta trabajo comprometerse en tareas que los pueden llevar a hablar de cómo definen su relación y los recursos puestos en ella. Hay avances claros respecto a la forma en que interactúan, pero el proceso se cierra sin haber cubierto en su totalidad los objetivos, por lo que se hace un cierre parcial, con la posibilidad de retomarlo en momentos ulteriores, cuando puedan acceder a niveles diferentes de organización familiar y a los cambios concomitantes en la construcción de su subjetividad que ello plantea.

### *Resumen general del caso*

El caso se trabaja bajo los lineamientos del modelo estructural. En las primeras sesiones se interviene con la familia nuclear completa y posteriormente únicamente con el subsistema parental ya que las demandas se centran en la relación de la pareja conyugal.

La familia se presenta con el hijo menor como paciente identificado por presentar enuresis nocturna. Esperaban que de manera espontánea dejara de mojar la cama pero eso no ocurre y la situación se convierte en un problema ya que todos duermen en una misma habitación y el chico comparte la cama con el padre.

Como parte del proceso empiezan a darse excepciones respecto a los días en que aparece la cama mojada, hasta que en un lapso de 15 días, sólo hay dos en que esto ocurre. No obstante hay variación debido a que las principales dificultades de la familia que giran en torno a los padres no se resuelven.

Después de la tercera sesión las demandas no se enfocan en el hijo, sino en la relación entre los padres y las funciones que despliegan en el hogar, además de sus dificultades para involucrarse afectivamente.

Se aborda el sistema de creencias de la pareja respecto a la maternidad y paternidad, expresión de sentimientos de bienestar, recursos desarrollados como pareja, posibilidades para que cada uno sea reconocido en las funciones que asume y se flexibilicen.

El proceso termina a petición de la familia debido a que comienzan a construir su casa independiente de la de sus padres y donde tendrán ya su propio espacio y argumentan no tener tiempo ni recursos para continuar con el proceso. Igualmente la pareja no está dispuesta a trabajar con profundidad lo concerniente al involucramiento afectivo y se cierra el proceso evaluando los alcances y limitaciones del mismo e invitándolos a solicitar nuevamente el servicio en caso de necesitarlo.

### *Análisis y discusión teórica- metodológica del caso*

Las intervenciones se centraron en el modelo estructural y estructural estratégico. Madanes (1993) señala que la conducta perturbada del hijo beneficia a los padres ya que les da un respiro a sus tribulaciones y una razón para vencer sus dificultades. Se perciben como padres de un niño que los necesita y el chico se convierte en “benefactor” o protector solícito de los demás.

En la misma línea Minuchin y Nichols (1994), sostienen que el niño es utilizado por sus padres en el conflicto que libran, con la coalición en la que entra el niño se desvía tal conflicto. Por ende el hijo es un iniciador activo de secuencias de interacción “protectoras”. El problema del pequeño ofrece a los progenitores una excusa conveniente para eludir

situaciones desagradables y la conducta con que protege a sus padres es función del sistema de interacción familiar.

Si la conducta perturbada del hijo es protectora de los padres, hay en la familia una organización jerárquica incongruente y el niño asume una posición superior a los padres. El problema radica en hacer que el niño renuncie a la conducta perturbada base de su poder y el dilema de la familia consiste en que cuanto más se esfuerzan los padres para cambiar la conducta del niño, más se mantiene la función del síntoma.

Afrontar lo anterior requiere que la conducta perturbada ya no cumpla el propósito de ayudar a los padres y en ofrecer una manera más apropiada en que el niño pueda serles útil y con ello reinstaurar la jerarquía de los padres. En el caso de esta familia la dificultad ulterior fue que el padre no estuvo nunca dispuesto a ubicarse en el lugar jerárquico que le correspondía.

El síntoma expresa analógica o metafóricamente un problema y es también una solución, por lo general insatisfactoria, para las personas en cuestión. Las intervenciones estuvieron dirigidas a dilucidar a quién protegía el síntoma y de qué manera. Luego, incidir en la organización familiar, de manera que se convirtiera en una organización con una jerarquía única en la que los padres se ubicaran en una posición superior.

La enuresis, según los autores antes referidos, es una expresión metafórica del inadecuado comportamiento del marido en la cama, un intento de ayudar a los padres solicitando su atención y distrayéndolos de sus otros problemas. El padre podía discutir con la madre en torno de las mojaduras nocturnas del niño, en vez de discutir su inapropiada conducta en la cama con su esposa y las dificultades conyugales de ambos.

En la familia las dificultades para la intimidad conyugal son claras y el padre prefiere dormir con la cama “mojada” a hacerlo con su mujer a quien no puede dejar de contemplar como la madre que lo rescata, guía, protege y le enseña cómo ser un mejor “hombre” todos los días por cumplir celosamente con sus funciones de proveedor.

Minuchin y Nichols (1994) afirman que el dolor o la queja con que la familia llega a terapia puede ser síntoma de otra cosa: *“Siempre que veo a padres grandes y fuertes desfigurados por pequeños preescolares, no me queda duda alguna de que los conflictos entre los esposos se están dirimiendo en el campo de batalla entre los padres, y de que,*

*como progenitores tiran en direcciones diferentes, los niños confundidos, se convierten en víctimas de la guerra” (p. 33)*

Entre R y F, ella fue “madre” desde antes de su unión con la finalidad de formar una familia; sus necesidades complementarias les restan habilidades para un compromiso emocional significativo como pareja conyugal. Los dos se excluyen como “mujer” y “varón”, pero logran integrarse en función de los requerimientos de la paternidad y maternidad.

No se consolida la unidad conyugal y la crianza de los hijos permite desplazar los conflictos de la pareja al nivel parental y de ahí a la conducta perturbada de los hijos. De ahí viene que la estructura familiar se torne rígida, es decir, que no se adapte a las circunstancias cambiantes y que la división de los papeles que juegan en la familia se hagan en función de la “*división sexual del trabajo*”, en donde señala Meler (2001) que la mujer entrega su sexualidad y capacidad reproductiva a un hombre en exclusiva, a cambio de protección social y económica derivada de su estatuto conyugal y el rol de esposa se delimita en relación a las tareas domésticas, actitud servil.

El ejercicio maternal es el aspecto medular en que se construyen los vínculos en la familia y a partir de ahí se define la feminidad y masculinidad. Es decir, la maternidad irrumpe como esquema dominante o “ideal” en el proyecto vital y representación de sí de los protagonistas de la cotidianidad familiar y en el despliegue de sus funciones.

Caso: 2

Nº de sesiones: 10 y una de seguimiento

Período: 18 marzo de 2003 al 8 diciembre de 2003

Supervisión: Mtra. Jacqueline Fortes

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Familia: UR

Composición:

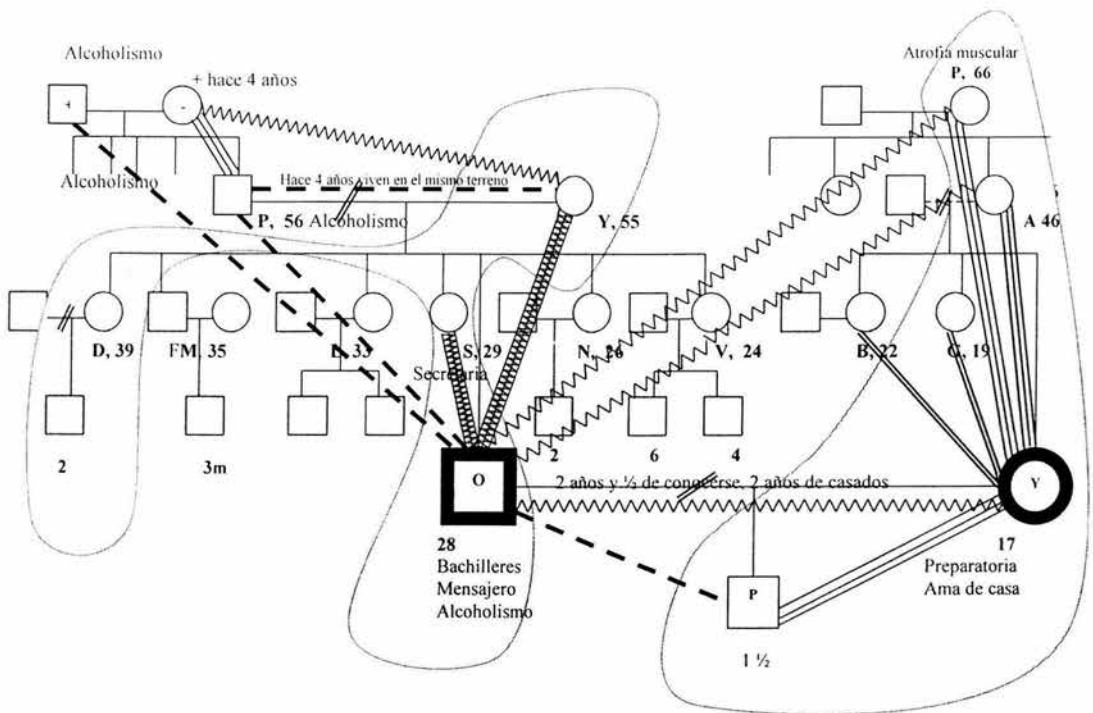
Madre: Y. 17 años. Hogar. Preparatoria inconclusa.

Padre: O. 28 años. Mensajero. Bachilleres.

h1: P. 1 ½ de edad.

Lugar de residencia: Oriente del D. F.

### GENOGRAMA



## EVALUACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN LA GUÍA MC MASTER

### I. Identificación y solución de problemas

La pareja está de acuerdo en que han tenido dificultades para relacionarse desde que deciden casarse por el embarazo de Y. No han logrado conocerse ni tenerse confianza por la constante intromisión de sus familias de origen en la relación.

Identifican problemas para establecerse de manera independiente de sus respectivas familias de origen, hay peleas constantes. O es el primero que reconoce las dificultades, se muestra más angustiado, solicita el servicio e invita a su pareja a asistir a la terapia. Actualmente ella está en la casa materna y decide acudir a la terapia para ver si pueden vivir nuevamente juntos sin pelearse.

Como terapeuta identifico obstáculos en la pareja para vincularse y mantener dicho vínculo, de hecho no han podido tener una relación marital. Él necesita más la relación, espera poder vivir con ella y su hijo; Y plantea que sólo quiere resolver su duda de vivir o no con él, está menos involucrada con la relación y el proceso terapéutico. Ella sabotea los intentos de él por estar juntos, lo mismo que su familia.

Entre los intentos de solución a sus dificultades tenemos que ante los choques y peleas, cada quién se va con sus respectivas familias y lo hacen varias veces. Después de 6 meses de vivir juntos en casa de la madre de ella, él se va con su mamá por 8 meses y se dedica a fincar la planta alta de la casa materna, con la expectativa de que al vivir ahí los dos, sus dificultades se acabarán. Consigue dos trabajos para solventar los gastos y se llena de deudas. Una vez terminada la construcción viven 4 meses juntos y discuten porque él toma; por el dinero, porque ella se va con su mamá diario, etc., O se va con su familia ante las dificultades y finalmente se separan para reconciliarse y estar juntos por un mes; para nuevamente separarse y esta vez llevan cuatro meses viviendo con sus respectivas familias.

Él no logra tener relaciones armónicas con la familia de ella, percibe que la madre se involucra en su relación haciéndolo a un lado. Su intento de fincar lo que será su hogar, provoca que se mantenga separado de su pareja física y emocionalmente durante el embarazo, los primeros meses de vida del hijo, y que una vez que todo está listo y deciden vivir juntos no logren entenderse ni adaptarse a su vida en común.

## II. Comunicación

Se da a nivel instrumental actualmente. La pareja tiene contacto básicamente por su hijo, a quien va a ver C cada fin de semana. También intercambian información respecto a lo que necesita P para su manutención. Sus intercambios son indirectos y encubiertos.

Cuando vivían juntos casi no convivían ya que él se iba a tomar con sus amigos; no platicaban, ni compartían intereses, proyectos, necesidades.

## III. Roles

O siempre concentraba sus esfuerzos en trabajar para tener su propio espacio y cosas, casi de manera exclusiva. No se involucra en el cuidado y educación de su hijo.

Y cubre necesidades afectivas de su hijo: de protección, gratificación. Su familia le brinda seguridad, apoyo emocional e incluso económico. Él no está satisfecho con el rol que desempeña en su familia, no tiene claro el lugar que ocupa en la vida de su esposa, se siente excluido y rechazado.

## IV. Respuesta afectiva

La pareja se expresa más emociones de displacer, de enojo. Si están juntos se la pasan peleando. O señala que intentaba mostrar su afecto a su pareja mediante caricias y palabras, más ella no lo le correspondía y por eso tuvieron sus primeras dificultades y la madre de ella le pedía le tuviera paciencia porque era poco expresiva.

## V. Involucramiento afectivo

Respecto al nivel de interés y valoración que existe entre ellos; al formarse la pareja tuvieron poco tiempo para involucrarse afectivamente e incluso decidir si querían vivir juntos, ya que ella queda embarazada y tienen que casarse. Intiman poco y una vez casados dicen no tenerse confianza, no compartir tiempo. Ambos prefieren la cercanía de sus respectivas familias de origen. Además O se mantiene distante afectivamente con su hijo.

## VI. Control de conductas

Lo ejercen las familias de origen, lo que les impide conformarse como una verdadera pareja y familia. La toma de decisiones respecto al niño la asume la madre y su familia sin



incluir a su marido, lo mismo que el establecimiento de límites, organización, manejo de recursos, cuidado de la salud del niño y su educación.

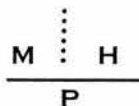
## ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Se ubican en la etapa de familia con hijos pequeños. Nunca lograron verse como pareja e interactuar como tal ya que al poco tiempo de mantener una relación de noviazgo se sucede el embarazo de Y y la familia de ella los presiona para casarse. Por consiguiente viven un tiempo en casa de ella, luego en la de él. Las familias de origen siempre son prioritarias en sus vidas, no aprenden a convivir los dos y hacerse significativo uno al otro. Incluso señalan que cada uno piensa que no podrá contar con el otro en caso de presentarse dificultades, y por consiguiente se mantienen muy apegados a sus familias de origen.

No hay límites respecto a sus familias de origen, ambos se encuentran sobreinvolucrados con ellas; no pueden asumir la jerarquía que les corresponde como cabeza de su propia familia y se siguen viendo como hijos.

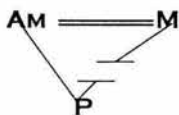
La significancia emocional la encuentran en sus familias. Cuando están en casa de ella, Y se alía con su familia contra O y a su vez él involucra a su familia contra Y.

La estructura familiar, según Minuchin (2001), *es el conjunto insoluble de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia* (p. 86). Se puede esquematizar de la siguiente manera las peculiaridades de organización en la pareja:



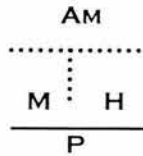
Las interacciones del subsistema conyugal son escasas y poco gratificantes. Existe una frontera inadecuada y rígida que separa al padre de la madre y el hijo. La madre a su vez mantiene una relación muy estrecha con el hijo, con la exclusión del padre. El compromiso del padre con las funciones parentales se diluye y la pareja conyugal no existe.

También se puede observar que:



Se forman triadas rígidas entre la abuela e hija contra O. Lo que provoca continuos conflictos entre la pareja conyugal. Lo mismo ocurre con la familia de él: su madre y hermana llegan a coalicionar con O contra su pareja.

A su vez respecto a la inclusión de la familia extensa tenemos:



La abuela materna ejerce el papel de cabeza ejecutiva de la familia, por ella se casan Y y O, pone condiciones para que su hija vaya a vivir con su pareja. A nunca deja de tener la posición de la hija y nieta en su familia de origen y sigue asumiendo las mismas funciones en su casa que cuando estaba soltera y sin hijo. Hay límites difusos entre su madre, ella y el hijo. Tienden al aglutinamiento, es decir, la distancia entre ellos disminuye y la diferenciación del sistema no existe. Ello impide que Y pueda verse como parte del subsistema conyugal, y que puedan establecer la frontera entre ellos y los padres de uno y otro, asumiendo funciones ejecutivas en la familia nuclear que conforman.

Las coaliciones se pueden esquematizar de la siguiente manera:



## ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

### *Encuadre*

La terapeuta explica a la pareja la modalidad de trabajo; disposiciones instrumentales del servicio como: frecuencia, costo, la video grabación de las sesiones, la observación del equipo terapéutico tras el espejo unidireccional, confidencialidad. Desde la quinta sesión, se reencuadra el proceso por la negativa de ella a continuar y la solicitud de él para hacerlo.

### *Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio*

Desean decidir si pueden vivir juntos. O quiere que Y se dé cuenta acerca del daño que su familia le está haciendo a su relación, que distinga el lugar que cada miembro de la familia debe ocupar, saber qué es lo que quieren; por su parte Y pretende poder platicar con él y decidir si se quieren o no y si pueden vivir juntos.

Él busca tener un matrimonio estable, que ella ubique su posición con su familia de origen y la que le corresponde en su familia nuclear.

## ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Tienen diferentes expectativas respecto a su relación ya que él pretende hacer lo posible por que estén juntos, sin dudar del cariño que siente por su pareja y ella señala que se casó amándolo pero que después de dos años no lo ama con la ilusión con la que se casó y ahora tiene dudas respecto a lo que siente por él.

Después que se reencuadra el proceso, O espera encontrar la forma de ver a su ex pareja sin que le lastime, buscar a su hijo sin querer estar con ella, dedicarle el 100% de su atención al hijo, ya que le cuesta trabajo seguirle el ritmo, debido a que no estaba acostumbrado a pasar tiempo con él.

### *Postura del cliente o familia*

Él demanda el servicio y está en la disposición de hacer algo para cambiar aspectos de la relación con su pareja para que puedan vivir juntos. Se muestra más afectado por la situación, porque se siente hecho a un lado en las decisiones que le corresponden respecto a su pareja e hijo.

Para ella es más difícil decidir entre su familia de origen o él. Cada uno culpa al otro de las dificultades en su relación. Él la acusa de no distinguir entre el afecto hacia su familia y el que le corresponde; Y dice que O no se compromete con ella y su hijo, no está presente cuando lo necesitan, toma mucho y tiene mal carácter.

Ambos concuerdan en que el no poder vivir solos, ha sido un importante factor para sus dificultades actuales. O piensa que el cambio es necesario y urgente. Ella se encuentra en una posición cómoda y segura viviendo con su familia.

La postura de O en torno a la solución del problema es que es difícil pero posible y ella es más pesimista, cree que él no va a cambiar.

Y sólo se compromete con el proceso hasta que decide continuar con su familia y lo abandona. Él se mantiene en el mismo una vez que se rompe su relación de pareja.

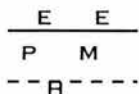
### *Hipótesis que guió la meta de la terapia*

Él piensa que no se le toma en cuenta, se percibe aislado y ella siente que no hay nadie a la mano más que su familia de origen. Eso provoca que ambos se alejen cada vez más. Él justifica su falta de involucramiento con su hijo, por la influencia de la familia de ella y el mantenerse ocupado por su trabajo; por su parte Y permite que O participe de su familia

hasta donde quiere y ambos mantienen una distancia que les es segura. Son incapaces de metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar su interacción, es decir, de establecer patrones de intercambio.

### *Objetivos de la terapia*

- Definir motivo de consulta, expectativas para el proceso terapéutico
- Establecimiento y mantenimiento del rapport
- Evaluar recursos que tiene la pareja para vivir juntos y lo que cada uno está dispuesto a hacer para que eso ocurra: qué quieren y necesitan para vivir juntos.
- Las operaciones de reestructuración con la pareja estarían orientadas a que el mapa estructural y funcional que mantienen se modifique en el sentido de conformar el subsistema conyugal con el incremento de las transacciones de apoyo complementarias entre los esposos, y una vez que tal subsistema se fortalezca; crear un sistema de padre y madre claramente circunscrito, y delimitar las fronteras con sus respectivas familias de origen. La meta de manera esquemática es la siguiente:



Una vez que Y decide abandonar el proceso terapéutico los objetivos son:

- Trabajar con recursos de O para enfrentarse al duelo por la ruptura, tal vez definitiva, con su pareja y empoderarlo respecto a los mismos.
- Abordar la relación posible con su hijo.
- Percatarse de cómo se vincula con los demás y promover que se relacione de manera más madura y no repita las pautas actuales en otros encuentros con parejas o amistades.
- Incidir respecto a la construcción de un proyecto de vida personal.

### *Principales estrategias de intervención*

Las intervenciones giran en torno al trabajo según el modelo estructural, de terapias breves (MRI) y soluciones de manera preponderante.

En 1968 se funda junto con el MRI el Brief Family Therapy Center (BFTC). Haley, Weakland, Don Jackson, Watzlawick, Segal, Fisch, entre otros; durante 18 años consolidan el modelo estratégico de la psicoterapia breve, sobre la base de la labor terapéutica emprendida por Erickson, quien define la hipnosis “*como un fenómeno comunicativo y psicosocial utilizable en la psicoterapia para inducir a los pacientes a tener nuevas experiencias emotivas y comportamentales capaces de romper las patologías*”. (Nardone, 2000)

Dicho modelo está orientado al comportamiento y focalizado en el problema, se centra en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar problemas humanos persistentes. Los procesos de influencia y persuasión son claves para generar intervenciones en psicoterapia efectivas y se basa en una orientación retórica- persuasiva que toma en cuenta: 1) el lenguaje en tanto “posición del paciente”, su “visión del mundo”; 2) utilización de múltiples técnicas de comunicación persuasiva en la sesión: sugestión, lenguaje, metáfora, uso del lenguaje analógico, comparaciones cognitivas, dobles vínculos, paradojas, etc.; 3) inyecciones de comportamientos a realizar fuera de las sesiones: prescripciones comportamentales directas, indirectas o paradójicas.

Constituye una orientación pragmática dirigida a efectos rápidos de persuasión e influencia interpersonal, donde la *comunicación* representa el vehículo operativo fundamental para la aplicación de lógicas alternativas a las que hacen persistentes las patologías que hay que resolver.

Se conceptualiza a las personas y familias como poseedoras de sus propios valores, creencias y prioridades fuertemente consolidados, que determinan el modo en que actuarán; e influyen en la postura que tienen ante la vida y específicamente en la terapia. Por ello para promover la persuasión es indispensable detectar su postura desde los primeros contactos.

El cambio se asume como: conducir al paciente a modificar su *manera de percibir, elaborar, interpretar, comportarse y comunicar la realidad* (Simon, Stierlin y Wynner, 1985; en Nardone, 2000). Las estratagemas comunicativas implementadas por el terapeuta son capaces de romper el círculo vicioso de los “intentos de solución” disfuncionales realizados por el paciente, requiriéndose tan sólo una modificación pequeña en tal círculo: el aminoramiento en la solución, aminora el problema. El cambio se debe centrar en las experiencias y perspectivas del paciente, incidiendo en el comportamiento habitual de

manera correctiva; utilizando en primera instancia recursos emotivo- cognitivos y competencias comportamentales, y luego hacerse consciente de eso si fuese necesario.

Giorgio Nardone señala que en terapia breve la clave en las modalidades de intervención que se proponen, está en el “arte de la estratagema”, o sea, cambiar sin darse cuenta de que se cambia. O como dicen los chinos “ surcar el mar sin que lo sepa el cielo”.

A su vez la aproximación de la *terapia breve focalizada* en la solución fue desarrollada a partir de 1969 por De Shazer, Weiner- Davis, Gingerich y sus colegas de Milwackee en el Brief Family Therapy Center con los desarrollos posteriores aportados por O’Hanlon y Weiner- Davis, aparte de Eve Lipchik, Elam Nunnally, Alex Molnar, Wallece Gingerich, John Walter, entre otros.

El modelo de soluciones se basa en la tradición que inicia con Milton H. Erickson, y retomando a Bateson. Se inscribe dentro de los modelos de terapia breve desarrollados en el MRI (Instituto de Investigación Mental de Palo Alto),pero cuando comienzan a enfocarse en las soluciones en lugar del problema se separan de él.

Parten sus representantes de que una de las más importantes razones para la terapia es el ayudar a los clientes para el cambio en sus vidas, contribuir para que ocurra de manera efectiva y lo más rápido posible desde un marco pragmático y parsimonioso. Enfrentan los problemas humanos en función de los recursos, fuerzas, progreso, soluciones. la cooperación. (Cade, y O’Hanlon, 1995)

En dicho modelo se contempla a los individuos y las familias como los principales protagonistas del cambio, debido a que si se les insta a ello, pueden desplegar los recursos, habilidades, capacidades que poseen para hacer frente a cualquier dificultad o secuencia de interacción problemática. Las personas siempre se orientan al cambio, que es inevitable, y además ellas mismas crean su realidad, es decir, su peculiar forma de recortar las experiencias; darles significado, explicarlas y actuar en consecuencia.

Las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción en el contexto de los vínculos situacionales peculiares de las personas o familias. Transformar la “forma de actuar” modificar la “forma de ver”, “evocar recursos, soluciones y capacidades” que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática. Es posible construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto del trastorno del cliente a partir de un cambio pequeño.

El problema es una manera de percibir, explicarse cierta realidad o situación. En la terapia, la situación del cliente puede verse o no como problema y ello depende de qué se pregunte, cómo se haga, de qué se decida a hablar; en sí, de la manera en que el terapeuta interpreta la realidad y su modalidad de trabajo. Los problemas, según el modelo, se sostienen básicamente porque se les describe como *constantes* y se les excluye de contextos donde se dan salvedades. Por lo que las excepciones pueden convertirse en trampolín para cambios ulteriores en la medida en que puedan hacerse significativas para el cliente o familia en la misma situación descrita como problema.

A continuación se señalan las principales estrategias de intervención llevadas a cabo en la atención a la familia antes referida:

- Delimitar de manera individual lo *que quieren y necesitan* para vivir juntos como pareja.
- O se centra en decir que Y está influenciada por su madre y no hace nada por sí misma. Se enfocan situaciones que contradicen la *descripción saturada de problemas* de él respecto a la influencia materna, que se ven como excepciones y abren la posibilidad de tener una perspectiva más amplia del otro y la relación. O percibe la intención de Y de seguir estudiando como una forma de tomar sus propias decisiones, señala además que tiene sola la responsabilidad de su hijo. En otras palabras hay una *reestructuración* en torno a la situación problemática como se ve en el siguiente fragmento:

O: Yo quiero que ella piense las cosas, que decida lo que quiere sin dejarse influir por su madre

T: ¿Crees que lo de estudiar no es una decisión de ella?

O: Pues sí. Cuando estaba en la casa yo le decía que estudiara, que le echáramos los dos ganas, que confiara en mí.

T: Confiar en ti significa que haga las cosas a tu manera...

O: No

T: Y desde antes de tener al niño quiere estudiar. ¿Es una forma de tomar una decisión?, tu cómo lo ves O.

O: Sí. Ella quiere superarse

T: ¿En qué otras cosas ves que Y está tomando sus decisiones?

O En mi hijo. Ella tiene la responsabilidad sola de mi hijo.

T: ¿Qué necesita hacer para que no le resulte tan pesado cuidar a su hijo.

O: Buscar apoyo

T: De quién lo buscaría

O: De su mamá, de una guardería.

T: Uno necesita algo de otra gente. A lo que voy es que si nosotros nos sentimos solos con un paquetote, a lo mejor si necesitamos echar mano de lo primero que nos encontremos. Ustedes necesitan moverse para que uno sea un recurso posible para el otro. Para que ella no se sienta sola, que no tiene apoyo y busque en su familia quién la apoye. Y para que tu no te sientas aislado y que no te toman en cuenta y te veas como la segunda o tercera persona en su vida. Lo que hacen los dos, ¿qué está provocando?

Y: Problemas

T: Qué más está provocando  
 O: Que nos alejemos  
 T: Que se alejen más y más. En el camino de quererse encontrar se alejan más. Qué es lo que va a pasar si cada vez se alejan más y más. Por un lado tu sientes que ella no te apoya, no te toma en cuenta y por el otro ella siente que no hay nadie a la mano más que su familia. Qué va a pasar, pongamos en un año, si siguen así.  
 O: Que nos divorciemos  
 T: ¿y tu Y?  
 Y: Lo mismo  
 T: Qué pasaría si se divorciarán  
 O: A ella la va a seguir apoyando su mamá, P tendría que crecer con su abuelita.  
 T: Qué pasaría contigo O  
 O: No sé  
 T: Cómo te sentirías  
 O: Mal, de por sí ya me siento mal  
 T: Tu cómo te sentirías Y  
 Y: También mal. Yo me quiero superar por si nos divorciamos. Quiero tener una carrera y ejercerla. Tener un mejor trabajo y estar con mi hijo sin descuidarlo. Si seguimos juntos yo le ayudaría cuando termine mi carrera.  
 T: Yo veo que los dos tiran para diferentes lados. Qué podrían hacer para no tirar para diferentes lados y vieran si es posible que pudieran estar juntos.  
 O: Empezar a conocernos  
 T: Qué es lo que conocen uno del otro hasta ahora  
 Y: Es buena persona, cariñoso y amoroso. Cuando quiere no te hace caso. Siento como si no le interesara. Puede dejar a su familia en cualquier momento.  
 T: No tienes seguridad de que él va a estar siempre con ustedes estando del humor que sea.  
 Y: ¡Sí! Si se enoja agarra su chamarra y se va y yo ¿a quién acudo si P se enferma?  
 T: Ante las dificultades él se va y eso provoca que no te sientas segura  
 Y: Sí. Yo le pedía dinero y se enojaba. Me contestaba gritando. Yo pensaba que se gastaba el dinero en otras cosas. No me platicaba nada.  
 T: Tu O, qué conoces de Y  
 O: Era cariñosa, al principio me abrazaba, me besaba. Quisiera empezar a conocerla. No tuve oportunidad de convivir con ella.  
 T: Creo que los dos están de acuerdo en la necesidad de conocerse. Las cosas sucedieron muy rápido. qué podrían empezar a hacer para conocerse esta semana...

- Planteo de *alternativas* a decidir respecto a su relación con ventajas y desventajas para cada uno: a) separarse sin mantener ningún tipo de relación, cada quién estar por su lado; b) Mantener un vínculo por el niño, acordando juntos cosas respecto a su educación aunque cada uno pueda tener otras parejas; c) Vivir juntos en otro espacio y tomar sus propias decisiones respecto a su familia.
- Respecto a la separación inminente y el proceso de duelo, se le insta a O a reconocer la tristeza, aceptándola como compañera temporal en su vida; además de centrarse en su proyecto de vida personal.
- Establecimiento de *límites* respecto a sus necesidades y deseo de ser amado por su ex pareja y las de ser un padre presente en la vida de su hijo.
- *Reestructuración*: ser un buen padre no se define por cantidad de tiempo que se comparte con el hijo.



- Se explica a O las etapas de desarrollo de los niños, que a la edad de P generalmente se está más cercano a la madre, pero que conforme vaya creciendo se va a identificar más con él.
- Se interviene respecto a la elección de pareja y lo que puede hacer en adelante para tener relaciones más duraderas y satisfactorias en el futuro.
- *Uso de metáforas*, por ejemplo: “*Por lo que dices, te has pasado mucho tiempo pidiendo a los otros que te quieran. Tal vez el día que te decidas a preocuparte por ti mismo, a crecer, a brillar, tal vez ya no necesites estar con las manos abiertas y las cosas llegaran. Imagínate que eras un tallito, luego un tronco, más tarde un árbol que va creciendo hasta que tiene unas grandes ramas y se llena de flores y frutos. La gente descubre ese árbol y descansa a su sombra. Él árbol está contento porque puede “dar sombra” y los demás tienen una sombra que los acoge. El tallito que se convierte en un gran árbol ya no necesita estar con los brazos abiertos*”.
- Respecto al alcohol, se pone énfasis que el alcoholismo es algo que se aprende, y por ende, se puede cambiar, es decir, puede dejarlo en vista de ubicar lo nocivo que le resulta para su salud y relaciones.
- *Prescripción de recaída* utilizando coro griego: se le dice que la mitad del equipo cree que en el proceso de separación lo difícil es dejar de buscar al otro y que aunque sepa que le hace daño la va a hacer sin remedio y la otra parte del equipo, incluyéndose la terapeuta cree que aunque es muy difícil, va a lograr mantenerse firme, no buscarla y vivir sin ella, centrándose en sus propios recursos.
- Se le prescribe *no apresurarse* y que puede, cuando lo considere, salir de su concha (tristeza) poco a poquito, sabiendo que tiene a la mano lo necesario para salir adelante. Ante los cambios se le pide irse con calma, para que sean sólidos y firmes.
- Se le insta a ubicar que tomaría en cuenta para establecer una nueva relación.
- Ante los cambios, se le *retroalimenta* y se le dice que el equipo lo percibe como un adulto, un hombre de 28 años y no un adolescente que era lo que parecía con su trabajo de mensajero. Ahora tiene un trabajo de adulto y responsabilidades de adulto. Se le pide reflexionar acerca de “*¿qué tiene que seguir haciendo para mantener los cambios?*”.

### *Evolución del motivo de consulta*

Desde un inicio se observan pocos recursos en la pareja ya que están muy distanciados uno del otro. Él no es significativo en la vida de su hijo y ella se centra exclusivamente en su pequeño y en su familia que la ha apoyado siempre. Más que tener una historia de encuentros y acomodos respecto a sus formas de ser, ha sido de decepciones, de ruptura de los ideales que los llevan a casarse y contemplar la posibilidad de formar una familia. En las mismas sesiones terapéuticas es claro el desapego emocional de ambos, y el que cada uno se centra en sí mismo sin considerar realmente al otro, más que en función de sus propias necesidades.

Y decide no intentar mantener su relación de pareja y se logra que rompan la pauta de los enojos, separaciones y reconciliaciones.

O intenta alejarse de ella, no lo logra y la busca con el pretexto de estar con su hijo y volcando toda su atención y preocupación hacia el pequeño. Se siente sólo y trata de mantenerse ocupado para no pensar en ella, refiere tener problemas con su familia, específicamente su madre y hermana porque las involucró en sus dificultades con su ex pareja.

Posteriormente logra verse como una persona significativa afectivamente para su familia, y ubicarse no como un niño que ha de ser protegido y cuidado aunque no lo merezca, sino como un adulto que no sólo recibe, sino es capaz de dar a los demás; de tener responsabilidades de adulto y de verse como tal.

Busca cada vez menos a su ex pareja con la finalidad de conseguir que regrese con él. Se centra en hacer cosas por él mismo y para él como cambiarse de trabajo, mejorar su arreglo personal. Y se siente más tranquilo.

Pasa, como parte del proceso de duelo, por la tristeza, llora incluso. Aunque le cuesta trabajo puede manifestar y hablar de sus sentimientos de minusvalía, desamparo, soledad. Logra aceptar el hecho de no poder recuperar a su pareja.

Además se mantiene sin tomar, a pesar de las dificultades que ello le sugiere. Dice sentirse mejor aunque su familia no ha notado su cambio. En su nuevo trabajo está a cargo de tres niños y contempla la posibilidad de buscar un departamento y dejar la casa materna.

Con su madre y hermana sigue teniendo complicaciones ya que ha establecido límites con ellas respecto a sus problemas personales; está al tanto de las necesidades de su hijo y

pasa un tiempo con él los fines de semana. Con Y lleva una relación más cordial. Ella lo involucra en la decisión de meter a P a la escuela para que socialice con otros niños.

O como parte del proceso ya no centra su vida en la relación con Y, incluso se pregunta si realmente la ama. Se muestra durante las sesiones más seguro de sí mismo, a gusto y contento, permitiéndose mostrar su estado de ánimo: chifla e incluso canta; sonríe con frecuencia. Acepta que su familia se preocupa por él porque lo quiere; se le llenan los ojos de lágrimas porque no se cree con el derecho a ser amado, y quiere hacer cosas distintas para sentirse bien.

Además pudo delimitar el papel que jugó para que su relación no se mantuviera y no culpárala en exclusiva a ella. Eso le permitió establecer que consideraría para una nueva relación de pareja como es: dejar de beber, tomar más en cuenta a su pareja y con eso no hacerla sentir como si no existiera. Además buscaría una persona con quien tuviera cosas en común, trataría de no desesperarse, hacer lo posible porque los dos se sintieran bien; conocer sus gustos y compartirlos; platicar y llegar a acuerdos.

De alguna forma la separación significó para O el darse cuenta que repetía la pauta de relación de su padre con su madre y él mismo, en lo tocante a su hijo. Es decir, él percibió que su padre no quería acercarse a él afectivamente y mantienen relaciones distantes y O a su vez nunca se acercó a su hijo y sólo cumplía funciones instrumentales mientras vivió con su pareja y no se vislumbraba el rompimiento definitivo. Cuando la separación sucede, él se ve más como padre y sufre del hecho de que su hijo llore cuando está con él y le cuesta trabajo hacer algo más que comprarle pañales. Con dificultades, pero puede jugar con el niño, cuidarlo, y ser una persona presente en su vida, como no lo hizo al vivir con él.

También representó para él la posibilidad de responsabilizarse de sí mismo y sus acciones; de reconocerse como un hombre con recursos, con habilidades, destrezas. De comportarse como una persona adulta y sentirse tal.

### *Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)*

O es una persona que le gusta trabajar y superarse para tener una mejor calidad de vida. La seguridad personal que está adquiriendo al verse como un adulto y comportarse como tal constituye uno de los recursos más importantes para que su proceso siga caminando hacia la construcción de una historia de vida más satisfactoria para él en todos los sentidos.

Ahora puede ser empático con los demás y distinguir las necesidades del otro además de las suyas. Ya no teme a las relaciones que signifiquen compromiso e involucramiento afectivo.

No obstante una limitante importante significa que hasta ahora no ha podido contar con una red de relaciones significativas en los contextos donde se desenvuelve, y aún se le dificulta relacionarse con personas de su edad (generalmente lo hacía con más jóvenes), pero lo empieza a hacer.

Existe la posibilidad de que recaiga con el alcohol cuando se presenten situaciones que lo sobrepasen, ya que en su ambiente familiar siempre ha estado presente y es difícil que se elimine completamente de su vida; pero él sabe puede comenzar un proceso terapéutico nuevamente si así lo requiriera.

#### *Evaluación del proceso por el sistema terapéutico*

O señala que como parte del proceso contempla la necesidad de aprender a quererse y dejar de hacer cosas para destruirse y con ello poder amar a alguien más. Pudo asimilar que tiene que salir adelante con o sin su ex pareja.

Indica *“yo vine a terapia para que no se me hiciera pesado esto. Buscar gente que te diera buenos consejos. Una vez me dijiste del árbol. Si no lo hubieras dicho tu no hubiera podido hacer esa comparación, ver más opciones. En otras circunstancias me hubiera puesto a beber. En adelante no quiero una relación que dure un mes, otro mes, un año; o que haya otro niño y no seamos felices”*.

Refiere que en su familia los esposos dejan a sus parejas. En especial su padre prefirió estar bajo la falda de su abuela, que vivir con su madre y sus hijos. Se contempla como espejo de su papá, y ha decidido proporcionarle amor y cuidado a su hijo, para que tenga la imagen de padre que él no tuvo. El proceso le ayudó a verse como adulto y no como un adolescente *“chillón”*, dice: *“uno quiere vivir en una perpetua adolescencia”*.

#### *Resumen general del caso*

O, su esposa y su pequeño hijo P se presentan a la primer sesión. La pareja solicita terapia por problemas que han tenido desde que se casaron hace dos años. Viven en casa de sus respectivos padres. Durante las primeras sesiones hablan de dificultades económicas, la

relación que tienen con sus familias de origen. Se explora motivo de consulta, sus expectativas respecto a la terapia, acerca de cómo y por qué deciden casarse; las pautas de relación que mantienen.

Se trabaja en torno a lo que cada uno quiere respecto de su pareja y lo que necesitan para alcanzarlo. Ambos coinciden en que precisan estar solos, separarse de sus familias, mantenerse juntos, comunicarse de manera efectiva, conocerse, tenerse confianza y comprenderse; para lograr acercarse uno al otro e involucrarse afectivamente. Se insta a que propongan acciones concretas a realizar para acercarse mutuamente.

Intentan hacerlo, chocan y no se ponen de acuerdo, las dificultades se incrementan. Él concluye que no le interesa a su pareja; Y por su parte dice estar segura de que él no va a cambiar, opta por mantenerse con su familia que la persuade, y decide no intentar rehacer su matrimonio. No se logra que acuda a una siguiente sesión; por lo que el proceso terapéutico se reencuadra en función de él.

O elabora el duelo por la pérdida, se exploran elementos de su familia de origen para delimitar cómo se vincula con los otros significativos y dificultades concomitantes.

Como parte del proceso se incide en lo concerniente a su proyecto de vida individual, se le empodera en sus recursos. Comienza a moverse respecto a buscar una escuela y estudiar, cambiar de trabajo, de amistades que no lo llevan a nada bueno, él dice: “*dejar viejos moldes*”, es decir, deponer las fiestas y el relaxo.

### *Análisis y discusión teórica- metodológica del caso*

Minuchin (1999) señala que la unión de dos personas con la intención de formar una familia constituye el comienzo formal de una nueva unidad familiar, más entre la iniciación formal de una familia y la creación de una unidad viable hay un gran trecho. Cada miembro de la pareja en formación ha de negociar su relación con la familia del cónyuge.

En el caso abordado, es claro que la pareja no logra apoyarse mutuamente para delimitar la frontera entre ellos y los padre de uno y otro. No cuentan con los suficientes recursos para comprometerse emocionalmente por lo que se mantienen alejados: él al asumir de manera completa su papel de proveedor, es decir, poniendo toda su persona en trabajar para obtener los satisfactores básicos, fincando la casa pero sin construir los

cimientos del hogar. Ella por su parte no se mueve de la relación que mantiene en su casa de origen y no puede verse en otro papel que el de hija y estudiante.

Se casan porque ella queda embarazada y el niño llega, cuando no han intentado siquiera construir el subsistema conyugal, con base en la puesta en marcha de pautas de complementariedad y acomodación mutua; para desarrollar un sentido de pertenencia, aceptación de la mutua interdependencia y el verse como sostén emocional y un refugio seguro ante el estrés externo.

Una vez que se convierten en padres, no se modifica el funcionamiento de la unidad conyugal para enfrentar los requerimientos de la paternidad, si nunca fueron un sistema de dos, menos de tres. Él no se involucra en la crianza del niño y se ubica en la periferia. Hacerlo hubiese significado la posibilidad de crecer de manera individual y para consolidar el sistema familiar nuclear, pero los conflictos no resueltos son desplazados al área de la crianza del niño.

Cuando hay posibilidad de conectarse, de hacer tareas en común como parte del proceso terapéutico, la pareja choca y finalmente hubo más claridad respecto a la postura que cada quién sostiene respecto a su relación: él le apuesta todo a rehacer su matrimonio, más hace cosas para que esto no ocurra y ella estuvo siempre con un pie fuera y tal vez sólo necesitaba poder decir que no quería estar más al lado de O.

En Y se ve que hay una incapacidad de visualizar de manera realista a su pareja, predomina el rechazo total de toda relación con quien, después de haber sido idealizado, muestra alguna falla en la perfección de la imagen que se había forjado. Expresa no tener la ilusión con la que se casó, de contar con una pareja protectora que siempre estuviera con ella, y se centra en resaltar lo negativo en su pareja, y cuando en una intervención se destacan los recursos de él, se enoja.

Él se percibe como víctima que no pudo ser salvado por ella y finalmente se siente traicionado por el objeto que eligió, la percibe como decepcionante, insuficiente, mala. Se defiende quedándose fuera, sin comprometerse y pasando por insensible, frío, egoísta que busca su propia satisfacción.

Ambos temen un compromiso cargado afectivamente y eligen un compañero de carácter semejante que les permitiera un mínimo de vínculos, ya que a pesar de que el discurso de ambos inicialmente estaba en función de acercarse y estar juntos, sus

movimientos siempre fueron de alejamiento, de evitar la intensidad del amor que les parece temible, y ante la intrusión amorosa del otro, su reacción es la huida o el aislamiento.

Para O encontrar y elegir a una pareja se tolera sólo en condiciones limitadas como la prohibición de los padres de ella para que salieran juntos; y el tener relaciones sexuales muy rápido funciona a manera de encuentro.

Aunque parece evidente que existe relación entre la ingesta de alcohol, su aislamiento y las dificultades que O tiene con sus relaciones con los otros que le son significativos, la niega. Posteriormente puede trabajar con la imagen que tiene de sí mismo y contempla al alcohol como una manera de autodestruirse.

Como parte de su historia de vida O vivió una pobreza afectiva, donde se vio pidiendo amor a su padre quien lo rechazó, ya que siempre prefirió a su abuela y nunca le demostró cariño. Es probable que por eso una verdadera relación con otra persona es una amenaza, sintiendo temor de ser entendido, captado, amado, ser reconocido; ya que eso lo hace vulnerable. El ingerir bebidas alcohólicas le permite no involucrarse en un verdadero compromiso. En su debilidad, cree que nadie lo puede amar, se menosprecia y su elección de pareja le sirve de defensa. En una chica mucho más joven pretendió encontrar alguien más débil a la que pide lo quiera, pero al mismo tiempo la aleja cuando puede haber una posibilidad de encontrarse realmente.

Ante vivencias tempranas de abandono, no ha podido establecer una relación de pareja lo suficientemente sólida en sus relaciones, lo que le hace tener tendencias depresivas y refugiarse en el alcohol. Idealiza a su pareja y tiene la fantasía de que al tener su propio espacio y proveerla de cosas materiales, se ganará su amor en automático y su empeño se dirige a construir su casa, para que su mujer sea totalmente suya, pero ella no resulta lo bastante buena, y entonces es rechazada y la acusa de traición. Por lo que él debe elaborar el duelo por su objeto ideal perdido para que pueda tener una elección más estable en la vida amorosa.

Se pone énfasis en el proceso en su papel de padre, ya que O nuevamente busca escindir, parcializar su relación pero ahora con el hijo y su ansiedad se transforma en preocupación por ser un buen padre y no morir para su hijo como lo hace para los seres a los que les pide amor, con la certeza de que no lo va a tener.

Caso: 3

Nº de sesiones: 12 y una de seguimiento

Período: 23 septiembre 2003 al 17 febrero de 2004

Supervisión: Equipo terapéutico

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Familia: JP

Composición:

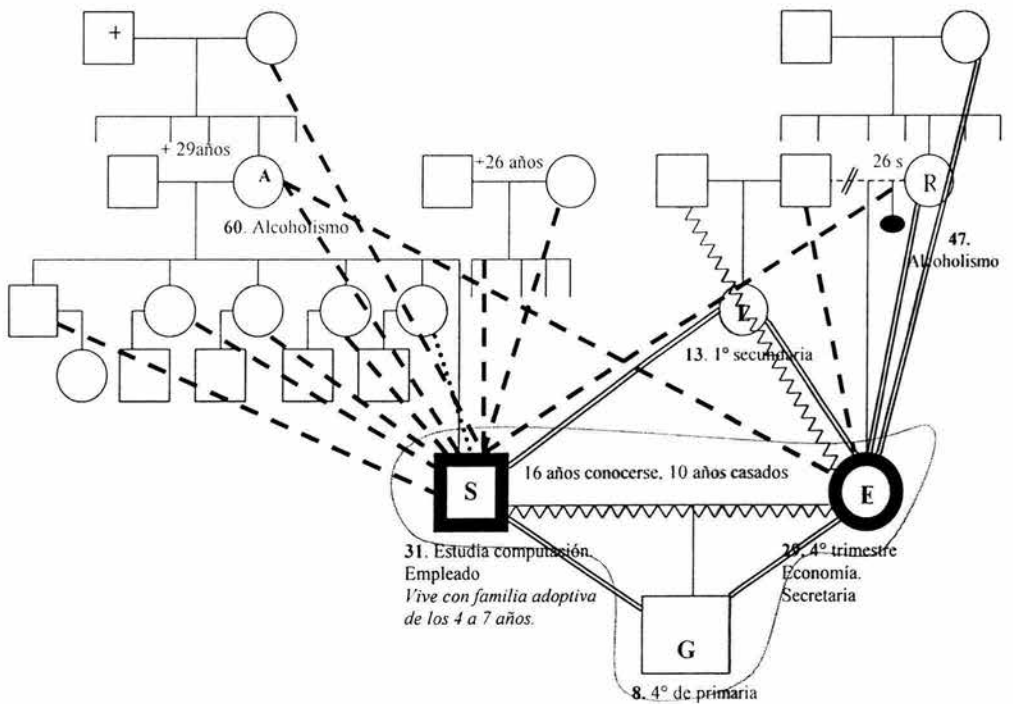
Madre: S, 29 años. Secretaria. Estudia economía.

Padre: E, 31 años. Empleado. Estudia computación.

h1: G, 8 años. 4º de primaria

Lugar de residencia: Sur del D. F.

## GENOGRAMA





## EVALUACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN LA GUÍA MC MASTER

### I. Identificación y solución de problemas

La pareja está de acuerdo en que viven una crisis marital que los lleva a pensar en la separación ya que se cuestiona el nivel de compromiso de ella en la relación. Para él su pareja prioriza su vida personal a la conyugal y familiar. Hay celos por la existencia de vínculos afectivos de con otros hombres antes y después de su matrimonio. Tal problemática se ha incrementado desde hace un año cuando inicia sus estudios a nivel licenciatura y mantiene una amistad muy estrecha con un compañero.

Sostienen que la desconfianza existe desde que eran novios, porque antes de casarse ella se fue a vivir a provincia y tuvo otra pareja. Posteriormente se reencuentran y deciden casarse con la finalidad de independizarse de sus respectivas familias. Pensaron que con el tiempo iban a cambiar las cosas, pero lo que ocurre es que franquean etapas conflictivas a las que sigue la calma relativa.

Además durante los primeros años de su matrimonio, casi no contactaban por sus respectivos trabajos, y no notaban las diferencias. Una vez que nace su hijo ella deja el trabajo y más tarde se integra para laborar a una empresa. Transitaban por períodos de inestabilidad, por la desconfianza de él ante las relaciones que ella establecía en el trabajo, pero las cosas se calmaban durante los descansos, períodos vacacionales, entre otras situaciones y retornaba la calma.

Las pocas proximidades les dieron estabilidad, adicionalmente durante los primeros años concentraron sus esfuerzos en construir y arreglar su casa, es decir, se dedicaron a llenar huecos. Posteriormente contaron con más tiempo libre, y percibieron más las diferencias entre ellos debido a que lo material ya no era prioritario. También se percataron de que su comunicación no era tan efectiva.

Para él la causa de los conflictos no es que ella vaya a la escuela, sino que advierte que sólo quiere eso sin todo lo demás. Argumenta: *“tal vez no es que ella no quiera lo demás, sino que causa demasiados conflictos y su actitud ha deteriorado la relación”*. Para ella el problema es la duda constante de su pareja, las presiones a que la somete constantemente y que la hacen sentirse humillada; incluyendo el hecho de que no se siente segura de su cariño ya que no se lo manifiesta y le dice que uno puede vivir sin abrazos, besos, sin amor.

En torno a los papeles que despliegan en su relación, la fuente de conflicto es que las prioridades no son las mismas para uno y otro. Ella sostiene: *“para mi es prioridad la familia, pero si dejara todo por ellos sería infeliz”*. E expresa: *“a mi me gusta que la casa esté limpia. A ella sí la casa está patas para arriba le da igual”*.

Los intentos de solución que la pareja ha desplegado para hacer frente a sus dificultades fueron: centrarse en cuestiones instrumentales y en el hijo. Cuando se enojan ambos buscan acercarse más al niño y no se hablan.

Han intentado dialogar, clarificar las cosas, pero sus intentos crean más confusión, celos y dudas. En lo concerniente a los quehaceres de la casa intentaron contratar a una empleada doméstica que era un familiar político, más tuvieron problemas con ella debido a que inventaba chismes de la pareja con el resto de la familia. Por ello acuerdan ayudarse entre sí. Su dinámica es que el que llegue primero hace el quehacer. Eso les ha traído más complicaciones ya que para él, ella no se toma la molestia de limpiar la casa, termina haciéndolo siempre y cada vez con mayor descontento. Manifiesta su enojo poniendo una expresión seria y no hablándole y ella se siente culpable.

E señala que le parece imposible hacer todo siempre y que sí a S no le preocupa el orden de la casa, es que sus prioridades son otras. Indica que prefiere hacer su tarea a darles de comer e incluso desatiende a su hijo y muchas veces él ha tenido que apoyarlo con sus dificultades escolares.

Finalmente vislumbran a la terapia como un último intento para arreglar sus dificultades.

## II. Comunicación

Ambos son muy reflexivos y buscan siempre explicaciones para lo que afirman sin desbordamientos afectivos. Él utiliza el humor en diversos momentos de las sesiones, lo que en ocasiones relaja la tensión en los temas tratados y permite decir las cosas sin sentirse tan abrumados.

Hay confusión entre los niveles de contenido y de relación en la comunicación, con intentos de resolver los problemas relacionales en el nivel de contenido y viceversa:

T: ¿Cuál es la diferencia en torno a los roles que se convierte en fuente de conflicto?

S: Prioridades. El punto en que no estamos de acuerdo es que yo vea por mi. Yo pienso que para mi es prioridad la familia, pero si dejara todo por ellos sería infeliz. Me pregunto porque no soy feliz sólo

con mi casa, si es mi prioridad. Yo soy muy sociable. Él preferiría que yo fuera más introvertida, más reservada, más discreta.

T: (a él) Eso es lo que S ve. Tu que piensas respecto a los roles.

E: Yo creo que hay diferencias respecto a la casa. A mi me gusta que la casa esté limpia.

T: Quién se hace cargo del quehacer de la casa

E: Entre los tres.

T: Tienen tareas definidas

E: No, sólo G, él limpia los muebles. Hace las cosas quien llega primero o se preocupe porque haya orden. Y yo soy generalmente el que se preocupa y hace las cosas. Para mi es molesto llegar y que no tenga donde sentarme en el sillón ya que allí está el gato y el perro. A ella si la casa está patas para arriba le da igual. El barrer, trapear, lavar la ropa, trastes, tender las camas lo hace a quien se le ocurra primero o quien llegue enojado. Si ella tiene mucho tiempo no lo hace, no le es muy importante.

S: Para mi es más importante verlo llegar, saber que hacemos. Yo soy muy desorganizada. Para mi no es algo obsesivo el orden. Para mi no es prioridad. Me tiene sin cuidado el quehacer. Para mi lo importante es estar con él. Yo creo que él condiciona el afecto, la compañía; a que todo esté en el esquema que quiere. Si todo está bien me dice: hola cómo estás, antes no. Yo lo siento como una condición. Cuando yo esperaría 'lo principal eres tu', 'nuestra relación', 'los sentimientos'. Me cuesta mucho trabajo organizar el tiempo. Estoy peleada con mi casa; es como someterme en el trabajo de la casa.

E: Aquí lo que importa mucho es nuestra forma de ser. Ella es más afectiva. Si a mi me dijeron una sola vez te quiero fue mucho. Viví solo mucho tiempo. Para mi expresarlo no es nada tan común. Yo llego y si estás eso significa que estás bien; de acuerdo a cómo me trataron a mi. He tratado de cambiar pero no he podido. Es como un estilo de vida. Si estás mientras tengas una cabeza, dos manos y dos pies, o sea (ríe) seguramente estás bien. Luego veo la casa y si está patas para arriba si que me preocupa. Yo soy más práctico que sentimental. Veo que las cosas estén bien y ya. Si las cosas están bien me puedo sentar a gusto y si ella está ahí, pues bueno la abrazo (ríe). Yo veo que nada tiene que las cosas estén bien y luego quiera abrazarla. No es un requerimiento.

S: (tono juguetón) Ah eso no es cierto.

E: (jugando) yo te digo baja al perro y luego comemos (ríe)

S: Si es cierto (ríe)

E: Pero no tiene que ver el cariño con eso. El cariño no es expresivo pero ahí está. Pero ahí está siempre.

S: El punto está en que él no entiende cómo puede necesitarse la confirmación del afecto, porque él nunca lo ha tenido. Al principio me decía: suéltame ya. Yo era muy empalagosa.

E: Es que cansa (en tono bromista).

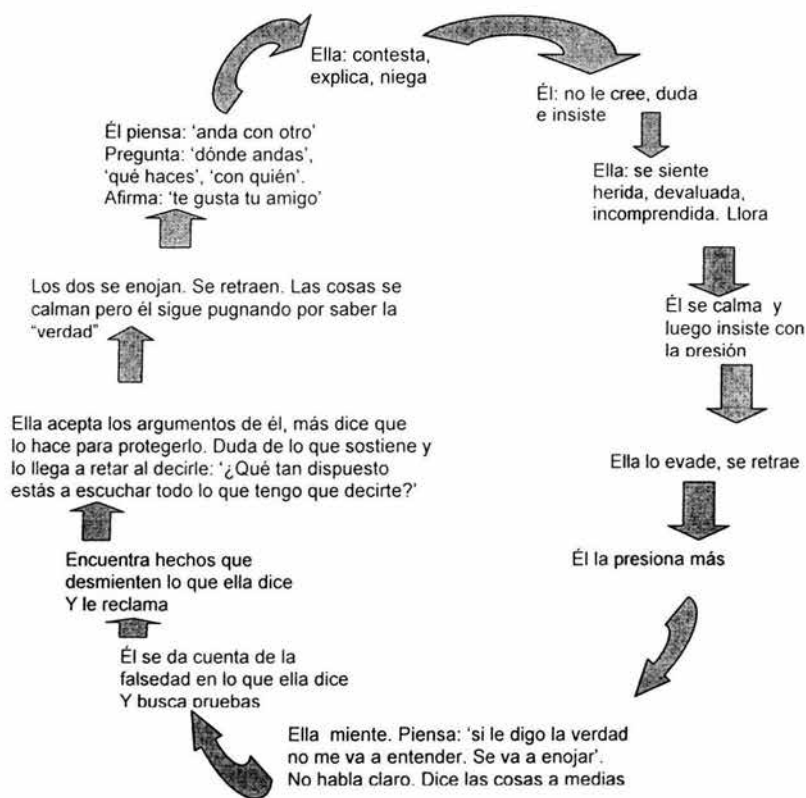
S: Si ciertamente era muy empalagosa, entiendo. Pero él no puede ver cómo para mi es necesario que me confirme su cariño todos los días. Que me diga que él está aquí, que me quiere, que le importo; para mi es vital. Es más importante que el dinero, la comida, todas las cosas. Él dice que no es necesario, que a la gente si no la quieren vive, está ahí. La gente si la abrazan o no crece. Dice que no es condicionante. Yo si lo he visto como una condicionante. Yo sigo persiguiendo el apapacho, la confirmación, cosas de ese tipo.

Respecto a la puntuación de la secuencia de hechos, a partir de la que la pareja despliega sus intercambios, es evidente que él la acosa constantemente y la presiona para que ella “confiese” que ya no lo quiere, que lo engaña con otro y ella explica, se enoja, llora, y finalmente se retrae. Nota que él sufre y para evitarlo le dice lo que él espera pero sin ser completamente precisa al respecto, ocasionando que él busque “pruebas” que confirmen sus sospechas de que ella es “mentirosa”; instándolo a estar alerta y a limitar el involucramiento afectivo.

Se mantiene un ciclo ininterrumpido en sus intercambios, que salvaguarda un estatus quo en su relación. No pueden hablar de sus respectivas maneras de pautar su interacción, y caen incluso en situaciones paradójicas: para él es prioritario que ella de una vez por todas

le diga “la verdad”, pero la define como “mentirosa”, “deshonesta”. Su interacción es de naturaleza oscilatoria de tipo *sí- no- sí- no sí- no*. O sea, sus transacciones presentan la siguiente secuencia: *“sí me engañas- no, sólo necesito sentirme segura estando con alguien- sí me engañas- me gusta pero no sexualmente- sí me engañas- bueno sólo un poquito- sí me engañas- bueno sí. ¡Pero lo digo sólo porque me presionas!- sí me engañas- si supieras lo que verdaderamente hago y pienso, no sé que harías- sí me engañas- sabes que no”*, etc hasta el infinito.

El siguiente esquema pretenden mostrar de manera gráfica algunos elementos de la pauta que la pareja mantiene, a partir de la que se exacerbaban los puntos conflictivos:



Los intercambios comunicacionales están preponderantemente basados en la igualdad, es decir, son simétricos. Los aspectos problemáticos no están en relación a si ella o él trabajan y estudian; si cubren metas personales, o si mantienen o no roles flexibles; sino a las posibles consecuencias de alcanzar metas individuales, como la posibilidad de conocer

otras personas significativas, y se deje de ser importante para el otro. Se revitaliza y se niega la sensación de abandono conectada con su historia de vida.

A su vez hay aceptación de la comunicación por ambos miembros de la pareja; además de confirmación en sus cualidades y capacidades personales. Cada uno puede identificarse en el otro a partir de similitudes y diferencias.

Las atribuciones que cada uno tiene del otro, inciden en la definición que dan a la relación, la visión que tienen de sí mismos y elementos de su identidad. En las discrepancias se encuentran los aspectos problemáticos que se abordan a lo largo del proceso terapéutico, por lo que se mencionan a continuación:

### *Atribuciones de él*

Ella quiere vivir lo que no pudo hacer antes. Ahora quiere ser S, pero ahora está casada, no puede ser solo S. Para hacerlo necesita no estar casada. Ella sólo quiere ser S y al intentarlo causa demasiado conflictos.

Primero dice: no he hecho, luego, si he hecho, pero poquito. Ha hecho cosas pero sólo ahora me las va diciendo porque la presiono. Yo ya no sé donde estoy parado. No sé a dónde voy y eso nos tiene muy distanciados. Desde que "confesó" (la forcé a decir la verdad) hay más distancia emocional. Hacemos cosas juntos pero nos vemos individualmente.

Yo soy intolerante. No olvido nada. Soy muy rencoroso. Las cosas que pasan ahora las ligo con las de antes. Pienso mal las cosas.

Ella es más emocional. Yo no tiendo a decirle mucho 'te quiero', 'te amo'. Ella si lo hace hasta con sus amigos. No es correcto que les mande cartitas a sus amigos; que les envíe mensajes por teléfono, que utilice ciertas palabras.

No me preocupa que ella salga con otro. Si duele, porque duele; pero yo pienso que lo que está mal es no ser sincero. 'No se vale'. Si quieres andar con alguien más pues hazlo, qué haces aquí. 'Claro que sí duele'. Pero lo que quisiera es que me lo diga.

Vamos a la escuela a la misma distancia. Ella hace una hora y yo 20 min. No sé hasta dónde creer.

### *Atribuciones de ella*

Pensé que una vez que G era más independiente podría seguir estudiando, hacer cosas, llevar a cabo mis proyectos. Pensé que ya tenía una plataforma segura con mi familia y era el momento para retomar mis cosas como la escuela. Porque cuando vivía con mi mamá era hija, cuando me casé pase a ser esposa, después pasé a ser mamá de G. Pero yo no tenía un espacio mio que apenas empiezo a vislumbrar. Él lo ve como una inversión de prioridades. Para él estoy anteponiendo cosas.

Yo no le comentaba a él lo que hacía porque no le gustaba, no lo entendía. Yo soy diferente con él y con la demás gente. Es como si tuviera una vida paralela. Al comentarle las cosas pretendía quitarme la deshonestidad; ser la misma persona siempre. He tratado de integrarme y decir "soy así".

A mi se me olvidan las cosas con facilidad, no recuerdo detalles de cosas del pasado y por eso luego dice él que me contradigo en lo que afirmo una y otra vez sobre algo

A mi me gusta ser sociable, tratar a todas las personas igual; decirles cómo me siento con ellas. Él es 'introvertido', yo tengo más vínculos emocionales con la gente. Soy muy miedosa y me gusta estar rodeada de gente para que me acompañe.

Para mi es más importante mi familia, mi relación con él. Pero también quiero hacer otras cosas, hacer algo, crecer.

Yo soy más lenta y miedosa para conducir que él. Mi horario de clases no siempre es fijo. Yo busco a

Ella busca otras relaciones desde que éramos novios. Dice que se hace de amigos porque tiene miedo a estar sola.

Mi situación es que yo trabajo, me hago cargo de la casa y voy a la escuela y nada más. 'Yo no quiero ser E con mis amigos por fuera'. Yo no les ando mandando cartitas a mis amigos. No les envío mensajes por teléfono. Me causa conflicto que ella lo hace y yo no. No creo que sea correcto.

otras personas para sentirme segura. Cuando éramos novios lo hice por tener a alguien cerca de mí. Mi padrastro me acosaba y A estaba muy lejos.

A ve que hay un interés distinto a la amistad. Él piensa que mi amor está en disputa. Él dice que puede ir a la escuela, entrar a su salón, tomar las clases, salir, tomar su auto e irse a casa. 'Yo no'. Yo llego a la escuela le hablo a los demás, les hablo de otros temas. Siento necesidad de comunicarme mucho con la gente. A él no le parece bien que yo estreche vínculos tan personales con la gente. Él preferiría que yo fuera más introvertida, recatada.

### III. Roles

Hay concierto en la pareja respecto a los papeles que cada uno desempeña en el ámbito laboral y de formación profesional. Al igual que en su función parental y la manera de organizarse para contribuir a satisfacer las necesidades de su hijo.

También se coordinan en las tareas domésticas y tienen roles flexibles en torno a ellas; no obstante el punto conflictivo se centra en las *atribuciones* que tienen respecto a sus papeles. Hay duda en torno al nivel de compromiso en la relación asociado a la inconformidad respecto al nivel de participación en el hogar. Es importante decir que aunque con dificultades, los roles están escasamente diferenciados y por consiguiente pueden ser desempeñados por los miembros de la pareja con eficacia semejante; lo que favorece la adecuada provisión de satisfactores, el transmitirle seguridad al hijo; además de permitir la proyección sus necesidades personales y hacer algo al respecto.

Los dos estudian y pueden hablar de sus deseos personales autónomos del ser padre o madre, aunque en algún momento resulten ser peligrosos para la estabilidad de la pareja. Existe un conflicto entre modelos tradicionales de relación y los innovadores ya que avizoran la posibilidad de que las actividades personales ocupen un lugar central, y que el "ser en relación" y la perspectiva de evitar la "sensación de vacío, de inseguridad, de soledad", no sean ya posibles.

### IV. Respuesta afectiva

E busca mantener todo bajo control y ocultar sus sentimientos y el dolor que le causa la posibilidad de que S intime con otro. S se percibe como más afectiva y centrada en lo emocional.

Algunas de las dificultades se viven como determinadas por los modos distintos que tienen para expresar sentimientos de ternura al otro. En ocasiones queda en duda la conexión emocional entre ambos; lo que lleva a S a buscar seguridad en otras relaciones y sentir que la gente la acepta.

Por su parte E centra su miedo de sentirse solo, vacío, su sensación de estar derrotado, de que todo lo que ha alcanzado se caiga; en la duda permanente del compromiso afectivo de ella. Y a su vez provoca que su respuesta afectiva sea sólo de malestar.

#### V. Involucramiento afectivo

Él se percibe como carente de la posibilidad de involucrarse afectivamente con ella ya que sí lo va a abandonar es mejor “*bajarse del carro antes de que choque*”. La duda para él es un modo de protección. Sí se involucra completamente puede perder el control, quedar vacío y sin nada; es decir, pone en juego en su relación su existencia misma. Por lo que una posible pérdida le asusta, e intensifica sus celos para hacer frente a su necesidad de tener la sensación de ser amado, junto con la certeza de su imposibilidad.

El quebranto de su relación marital es discernida como “*perder todo en el mundo, estar vacío*”; llevándolo a experiencias tempranas con relación a suministros externos de seguridad y satisfacción. E ha vivido la experiencia de crecer en un medio hostil donde aprendió a estar a la defensiva para no ser vulnerable y verse dominado por la sensación de desamparo.

A ella también le cuesta trabajo involucrarse afectivamente. Cree que tiene que esforzarse para que la acepten y la quieran, y ni así está segura de lograrlo, por lo que busca activamente estar rodeada de gente como base de su supervivencia. Es como si dijera “*lo he perdido todo porque no soy merecedora de nada*” y trata de influir en las personas de su entorno de manera indiscriminada, para que le devuelvan su autoestima perdida y sobrevalora el ser “*aceptada*” por los demás.

Pero al mismo tiempo se revela contra el depender, mostrarse sumisa, esforzarse por hacer cosas para que la quieran y dice que es “*condicionar el afecto*” y no se compromete con aspectos instrumentales por no sentirse plenamente querida, tan sólo por lo que ella es. Lo que le provoca sentimientos de culpa y malestar.

Así ambos por distinto camino se afanan incansablemente, para librarse de percibir la tensión interna que les produce la posibilidad de un involucramiento afectivo profundo con su pareja, y concentran sus esfuerzos por reaccionar a la pérdida de amor de manera anticipada, mediante la depresión, agresividad, envidia.

#### VI. Control de conductas

La pareja ha podido organizarse de manera efectiva en la toma de decisiones respecto su proyecto de vida en común. Son figuras parentales fuertes y se ponen de acuerdo con facilidad en torno a reglas, normas y control de conductas respecto a su hijo.

### ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Pasan por la etapa de familia con hijos en edad escolar, por ende las tareas cotidianas están centradas en la organización y puesta en práctica de tareas en común en función de la ayuda y apoyo para su hijo en las tareas escolares, tiempo de estudio, manejo de sus dificultades en diversas áreas, consolidación de hábitos de cuidado y limpieza, además de su contribución en actividades del hogar y sobre todo hacer de éste un ambiente seguro para su crecimiento. Aunado a la realización de actividades de esparcimiento y recreación con el chico, quien demanda que la familia esté siempre junta y siempre los incluye en sus proyectos, y para ellos su prioridad es siempre su pequeño.

A pesar de vivir en un terreno de la familia de ella, donde hay departamentos en que viven su abuela, una tía con sus sobrinos, y en la planta baja, de la parte que ellos habitan, habita su madre con su hermana; los espacios destinados para cada miembro son independientes en accesos y en servicios. Tienen límites bien definidos respecto a sus respectivas familias de origen, debido a que no se involucran en sus funciones parentales y conyugales.

Lo cierto es que no hay un involucramiento afectivo con los miembros de sus familias de origen y parecen como familia, un iceberg en medio del océano. Y buscan resolver sus dificultades, más al exterior del seno de sus familias extensas, que en el interior.

Como padres asumen adecuadamente la jerarquía que les corresponde. Hay claridad con relación a las tareas que a ellos les competen.



El hijo no toma partido por ninguno de los padres cuando percibe una disputa o relaciones tensas entre ellos; más bien concentra sus esfuerzos por llamar su atención y los persuade a emprender una acción en común en torno a él, por ejemplo, con demanda extra de ayuda para sus tareas, porque baja su rendimiento y tiene notas malas en la escuela.

Los padres cuando están molestos entre sí, se concentran más en el hijo y sus necesidades. Dice E “*cuando nos enojamos tenemos una reacción muy drástica. Tu no te acuestas, yo no me acuesto. Busco a G, estoy más tiempo con él y me llevo a G para que ella no tenga a G*”. Y ella contesta: “*A ver, a ver. Cuando está enojado no come, no habla, gruñe y se roba a G*”.

La significancia emocional la encuentran cada uno en los miembros de su familia nuclear. S se cuestiona su papel de madre, de esposa, de estudiante, en el ámbito laboral y de mujer y quiere integrar todos en función de su prioridad que es su familia.

## ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

### *Encuadre*

De manera similar a los casos anteriores.

### *Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio*

La pareja concuerda en que su búsqueda de apoyo psicológico es con la finalidad de escucharse, comprender cómo funciona su relación y tratar de hacer lo mejor para ambos. Comprobar si pueden entenderse y seguir juntos o en su defecto separarse.

### *Postura del cliente o familia*

E indica de manera abierta que acude a la primer sesión por solicitud de su esposa. Aceptó hacerlo porque quiere aclarar algunos puntos de su relación, saber qué está pasando y tomar la decisión más adecuada para los dos. La tercer sesión parece dispuesto a abandonar el proceso, pero se mantiene ya que percibe que cualquier rumbo que tenga su relación, requerirá ponerse de acuerdo en muchos aspectos y la opción de separarse lo llevará a replanteamientos en su proyecto de vida.

En un inicio su postura de él era de esperar ver si funcionaba el proceso para resolver sus dificultades, luego lo vivió difícil e imposible, más tarde vislumbró posibilidades y se

convirtió en una parte activa en el tratamiento. Incluso en algún momento se cuestiona la posibilidad de iniciar un proceso de terapia individual para coadyuvar a mejorar la situación, si su historia de vida estaba influyendo en el mantenimiento de las dificultades.

Ella es quien demanda el servicio y se manifiesta dispuesta a iniciar el proceso y hacer lo posible para llegar a acuerdos en los aspectos conflictivos de su relación. Percibía la situación de manera optimista, y tenía mucha seguridad en que la terapia les ayudaría en la comprensión y resolución de la situación tensa en que se hallaban.

Ambos consideraban la situación como dolorosa, y el cambio se ubica como necesario y urgente. A pesar de que E señala que los conflictos se deben a la actitud de S, y luego se intenta definirlo a él como el paciente; posteriormente logran contemplar sus dificultades desde una perspectiva interaccional, es decir, como un juego que los implica a los dos.

Se logró construir una relación terapéutica con la participación y responsabilidad recíproca entre ellos y la terapeuta.

Durante el proceso terapéutico, la manera en que evalúan los hechos y situaciones de su experiencia y por consiguiente del proceso mismo, es por la vía racional y en primera instancia demandan “entender” y después proponen hacer cosas diferentes.

### *Hipótesis que guió la meta de la terapia*

Cada miembro de la pareja se define a partir del otro, su existencia misma depende de los suministros que obtienen en la convivencia cotidiana (de hecho coinciden en que el matrimonio significó el primer paso para iniciar su propia vida), por lo que una pérdida de “amor” les asusta ya que la sienten como un peligro que los llevaría a la nada, al derrumbe de todo lo construido, con las frustraciones y sentido de derrota subsecuentes.

A su vez el involucramiento afectivo les provoca temor por lo que cada uno pone de su integridad en él. Se basan en premisas similares al relacionarse con el otro: él asume que “*el abandono es inevitable*” y expresa no necesitar de nadie para sobrevivir: “*se puede vivir sin amor*”. Por su parte ella parte de: “*necesito ser reconocida, pero no puedo sino ser rechazada, lo he perdido todo porque no soy merecedora de nada*” y se vuelve muy emotiva y demandante en lo afectivo.

Lo anterior los lleva en sus intercambios a la duda y celos por parte de él, a vigilarla y presionarla. Y ella mantiene lo anterior, al afirmarse ante él con comportamientos y

actitudes que le sugieren: “*mira hay más gente que me mira, y en algún momento determinado puede llegar a interesarse en mí*”, como una forma de protegerse de un posible abandono, y al mismo tiempo lo cuida a él. Ella le dice a él “*mirame aquí estoy, no me abandones*” y al mismo tiempo “*estoy a salvo de un posible rechazo tuyo*”.

Mony Elkaïm (2000) sostiene que las parejas perciben su presente a partir de mapas construidos con base en experiencias anteriores, importando poco en un momento determinado, que el territorio en que se evoluciona, no sea el mismo que aquel en que el mapa fue diseñado. En ese sentido lo que mantiene la pauta en torno a los celos en esta pareja puede esquematizarse de la siguiente manera:

Él

**Programa oficial (PO)**

‘No necesito a nadie, uno puede vivir sin amor. Sólo busco la “verdad”’

**Mapa del mundo (MM)**

‘Uno no debe comprometerse ya que la mujer siempre abandona’.  
‘En nadie puedes confiar’.

*Celos por parte de E.*

*Acoso, presión. ‘Ella sólo quiere ser S y no madre ni esposa’*

Ella

**PO**

‘Me siento protegida y segura al rodearme de gente. Reconóceme por mí misma sin condicionar el afecto’.

**MM**

‘Lo he perdido todo por no ser merecedora de Nada’.

*Cercanía de S con sus amigos.*

*‘Ahora también puedo ser S’.*

### *Objetivos de la terapia*

- Metacomunicar acerca de su relación y la definición implícita sobre la que operan y obstaculiza el involucramiento afectivo, desde una posición de seguridad y con base en el compromiso recíproco.
- Que la pareja se percate de su propia narración acerca de los hechos, secuencias, tiempo y temáticas de su historia de vida (panorama de acción según Bruner); y el panorama de conciencia concomitante, que se refiere a interpretaciones, percepciones, nociones, explicaciones dadas a dichos hechos y situaciones; que determinan la forma en que las personas significan su experiencia, y puedan permitirse lecturas y relatos alternativos; más allá de la descripción “*saturada de problemas*”; que los conduzca a entender y ser conscientes del “juego al que juegan”, y conlleve a el cambio en la manera de comportarse, pensar, vincularse con el otro, o sea, de significar su experiencia vital.
- *Empoderamiento*: usar sus recursos personales y familiares para revitalizar su relación y que ubiquen que todo cambio depende y se debe a ellos mismos.

- Que la pareja decida si puede o no mantener su vida en común y qué acomodos prácticos requieren en la organización de sus tareas cotidianas.
- Ser sensibles a la relación íntima entre dependencia, autonomía y equidad de género.

### *Principales estrategias de intervención*

El caso se trabajó con la modalidad de terapia breve usando elementos del modelo MRI, estratégico, basado en soluciones y narrativo; con una perspectiva integradora.

Algunas estrategias cruciales para el cambio derivaron de la perspectiva narrativa, que es desarrollado por Michael White y David Epston y se incluye dentro de los enfoques posmodernos de la terapia familiar sistémica.

Para ellos la persona se conforma a través de estar con otros en un contexto social, a partir del lenguaje, al ir delimitando en su proceso de crecimiento una red de significados, que funcionan como regularidades, y da a conocer en forma de narraciones. Tal red de significados crea sentido de pertinencia, que configuran pautas de relaciones sociales. Los relatos modelan la vida y las interacciones.

El cambio es una forma de narrar o historiar que genera dos panoramas simultáneamente que instan a dar sentido al “*logro aislado*” al insertarlo en una pauta de sucesos en el tiempo y el espacio; incidiendo en el “*panorama de acción*” para darles continuidad a tales “*milagros*” atemporales y al mismo tiempo darles significado, a través del “*panorama de conciencia*”.

Proponen la analogía de la terapia como un proceso de “*contar y/o volver a contar*” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas y el trabajo terapéutico se vislumbra como una manera de “*co-crear narraciones*” nuevas y liberadoras; un proceso de construcción interpersonal, donde el “cambio” que se persigue no puede darse y dirigirse unilateralmente.

El problema es una versión de la realidad “*saturada de dificultades*”, una forma de condicionamiento que nos hace aferrarnos a ciertos modos de vida y de pensamiento; modela nuestras existencias y en un momento resulta ser inoperante. La persona experimenta un problema, cuando las narraciones a partir de las que relata su experiencia, no representan suficientemente sus vivencias o las contradicen.

La “*externalización del problema*” propone una separación lingüística que distinga el problema de la identidad personal; nombrarlo como algo distinto y separado de sí; para poderlo manejar, deshacerse de él y desvanecer los efectos negativos de la rotulación social.

White (1994) refiere su trabajo como “*una terapia de méritos literarios*”, es decir, que las iniciativas curativas del paciente se movilizan a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica (p. 9)

Las intervenciones que llevé a cabo y fueron fundamentales para el cambio fueron:

- El incidir en los *recursos* de la pareja: logros académicos, laborales y materiales alcanzados; su capacidad de ponerse de acuerdo en muchas situaciones de la vida cotidiana. Con la finalidad de “*ampliar excepciones*”, y a su vez competir con la “*versión saturada de problemas*” que traen a la primer sesión.
- Propiciar que la pareja contemplara sus vicisitudes como una situación derivada de su *manera de interactuar*, es decir, como juego de dos y no como patologías individuales o en una relación causa- efecto.
- Señalización de dos *niveles* existentes en el tema de la organización para realizar quehaceres de la casa: *instrumental y afectivo*, que se refiere al nivel de contenido y de relación en su interacción. Como terapeuta indico: “*hay una casa que necesita estar en orden y limpia, hay tentativas de solucionar el asunto; es una cuestión instrumental, que alguien tiene que hacer. Otro nivel es el plano afectivo de sentirse querido, aceptado, amado, apreciado. ¿Cómo llegaron al punto de llegar a confundir un nivel con el otro?*”.
- Indagación en la *historia de vida y re- lectura* en la asociación que le daban con respecto a sus pautas de interacción actuales. Se hizo referencia a la *narración* que han construido de su vida. Se les insta a delimitar las condiciones existentes en la infancia y necesidades que tuvieron para sobrevivir; las condiciones que tenían al iniciar su relación; y sus prioridades y el contexto actual, en función de “*logros aislados*”. Abriendo la posibilidad de *elegir lecturas* distintas a su relato en el presente y no sólo como “*necesidad de supervivencia en medio de carencias y un entorno hostil*”, como en el pasado.

- Se aborda el mito de que “*una pareja es tal porque sus miembros son iguales*”. Para *normalizar diferencias*, ya que se centran en que sus dificultades tal vez se deban a que tienen diferente personalidad y forma de ser. Se señala que “*estar en pareja es un encuentro de diferencias*”.
- Ante la posibilidad del divorcio las intervenciones giraron en torno a las implicaciones de *tomar decisiones basadas en el enojo*. Se esbozan alternativas: mantenerse juntos bien, mantenerse juntos con conflictos constantes, separarse en una situación de molestia y enojo o separarse con el mayor número de acuerdos posibles respecto a sus términos.
- Se trazaron los *estilos de relación* en las parejas que van de la *complementariedad* y *simetría*, con sus variantes; y la necesidad de ponerse de acuerdo para que las contradicciones en lo cotidiano entre requerimientos entre uno y otro estilo no se conviertan en un problema.
- *Puntualización de aspectos conflictivos* a trabajar e implicaciones: Horario y asociaciones afectivas y de compromiso concomitantes, que generan una reacción en cadena en otras áreas de su relación.
- Expresión de afectos de manera clara y abierta.
- Conciencia de la pauta característica de sus interacciones.
- *Externalización del problema*. Esto se hizo mediante el uso de metáfora: contemplar la “*duda*” como una “*gran roca*”, que ellos ubicaron en medio de los dos, y a la que “*cada uno golpeaba con un hacha para hacerle un hueco*”, “*cada uno le pegaba a su manera*” y aunque se “*lastimaran las manos seguían y seguían pegándole*”. Contemplando su función en la relación, para haberla mantenido por tantos años, y lo que hacían para tenerla ahí aunque causara tensión y dolor.
- Se pidió a la pareja *imaginarse acerca de lo peor* de romper con su relación, de que “*chocara el carro*”. Como una alternativa para conversar acerca de un tema cargado de angustia. Buscando además que se representaran a sí mismos de forma más racional, las consecuencias reales o posibles de un hecho. La información vertida permitió obtener elementos sobre los miedos; el sistema de creencias, valores que están en la base de los celos y de la relación de pareja.

- Se incide sobre *sistema de creencias*: “no confies en las mujeres” “la mujer deja, se va, abandona, engaña”. “No confío en nadie”.
- Se traza una *ilusión de alternativas*: O decidimos aferrarnos desesperadamente a los patrones de vida pasados e inoperantes o seguimos creciendo como personas, pareja y familia y aprendemos otros, a partir de asumir que lo que pasó en la infancia no es posible que se pueda repetir.
- Se hacen intervenciones con miras a *reestructurar* percepciones respecto a la manera en que la pareja está construyendo su intimidad.
- Se incurre en el uso del tiempo libre y necesidad de *negociarlo* con la pareja.

### *Evolución del motivo de consulta*

El tema sobre el que giró el proceso terapéutico fue el de la duda, los celos que estaban relacionados con el involucramiento afectivo de la pareja.

Como parte de la evolución del proceso terapéutico, él sostiene que la función de la duda en su relación fue que se manejó como un instinto de supervivencia, una forma de buscar seguridad y aceptación, pero que causó mucho dolor. Era una forma de protegerse a sí mismo, de no sufrir, llevar una vida cómoda; era un intento de curar la inseguridad.

El comportamiento de ella también funcionó como una manera de protegerse, de autoafirmarse, de buscar que se le reconociera. Señala que estaba buscando reafirmarse ante él. Sus transacciones preservan su integridad personal y la relación.

Posteriormente lograron hablar en detalle acerca del por qué ella actuaba de esa manera y lo que a su vez él hacía. Alcanzan sentir cada vez más confianza en uno y el otro. Ubican que repetían patrones viejos inoperantes para su situación actual y que les generaba problemas. Ella sostiene: “*yo seguía repitiendo el patrón de seguridad, estabilidad, que haya alguien contigo, y ya no sirve. Antes pensaba que corría peligro, me rodeaba de gente para tener cercanía, compañía. Esa parte ya pasó. Ya no hay necesidad de protegerse. Lo que hice entonces ayudó a conservar mi integridad.*”

Él también encontró que atender las necesidades de ella en la medida de sus posibilidades, le resolvía problemas prácticos también a él y evitaba que se desencadenaran mayores. Afirma: “*Una vez que hice algo que era prioridad de ella, también me ayudó a mí*”.

Al final del proceso terapéutico, respecto al motivo de consulta la pareja afirma:

Él: Ya está atrás (la piedra de los celos), no ha desaparecido así nada más. Si seguimos con el cambio en el proceso se va a seguir quedando atrás. Yo creo que ella ya la dejó muy atrás. A ella se le olvidan rápido las cosas. Necesitamos seguir trabajando para que en determinado momento se quede. A mi no se me olvidan las cosas, pero han dejado de ser importantes en mi vida. Se van quedando atrás. Es importante no darles tanta importancia si no la merecen. Comunicarnos de manera efectiva y el entendimiento, hacen que se vaya quedando y no forme parte de nuestra vida en este momento, y que busquemos que no vuelva a ser parte de nuestra vida en adelante. Si se volviera a repetirse una situación igual sería que no habíamos avanzado y que la comunicación no fue eficiente.

Ella: Para mi hoy es lo que vale. La piedra que produjo la crisis ya no está. Pero si otra piedra apareciera yo creería que en la medida en que nos sigamos comunicando, comprendiendo, que sigamos creciendo; no va a ser un problema. Será algo que está en el camino, no sólo de mi parte sino de él. En su trabajo puede conocer otras personas interesantes. Para mi es importante aceptar que es una posibilidad real y eso me da la fortaleza de trabajar en lo que depende de mi para seguir creciendo, no lo de afuera. Es seguir haciendo lo que depende de mi. Hay factores externos que siempre van a estar ahí. Trabajar dentro de mi es lo que cuenta. El aceptar que existe la posibilidad de que llegue una crisis me da la ventaja de tranquilizarme, no caer en pánico. La piedra quedó atrás y con la comunicación podemos manejar las cosas.

De manera adicional refieren que lo que les ayudaría a enfrentar dificultades en el futuro es: a) la comunicación que los lleve al entendimiento y la retroalimentación, b) proporcionarse un tiempo para hablar de su compromiso, c) Entender lo que el otro siente y así comprenderse a sí mismos, mediante la expresión de lo que cada uno quiere, siente y hacia dónde va; y sí la otra persona coincide, mantenerse juntos, y si no, lo mejor es separarse y no seguirse destruyendo uno al otro; d) partir de que hombres y mujeres ven la vida de manera distinta. Por ello hay que tratar de ponerse en el lugar del otro y comprender lo que mueve lo que hace en su esquema. Eso implica escribir un *diccionario nuevo* de lo que significan las cosas para uno y para el otro, y así poder hablar un mismo idioma. Primero hay que decidir estar juntos y luego hay que definir cómo, en que términos y palabras. La comunicación sigue siendo la piedra angular.

Es así que, en un principio se veían como determinados por sus circunstancias de vida llenas de carencias. Se observan de manera realista como adultos jóvenes en proceso de crecimiento y maduración, adaptándose a situaciones nuevas y cambiantes, en el transcurso del proceso. Finalmente coordinan sus esfuerzos para abandonar las pautas que mantienen el problema y afrontan de manera distinta sus dificultades.

### *Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)*

La pareja tiene recursos que les ayudarán a enfrentar dificultades que se presenten en el futuro; cuentan con un proyecto de vida en común claramente definido que va desde la construcción de su hogar de manera independiente a sus familias de origen, además de



concluir sus respectivas carreras y en lo profesional buscar la independencia económica y laboral, es decir, convertirse en fuente generadora de empleo.

También están conscientes de los cambios que significan el cambio en su ciclo vital individual y de la familia.

Una limitación es que su red de relaciones hacia el exterior de la familia nuclear no es muy amplia. Pero no quiere decir que si hay necesidad de ampliar sus relaciones no lo hagan.

### *Evaluación del proceso por el sistema terapéutico*

La pareja señala que la experiencia obtenida como parte del proceso terapéutico fue benéfica ya que aprendieron a comunicarse de manera efectiva, les ayudó a enfrentar aquello que les impedía expresarse y entenderse, darse la oportunidad de conocerse; clarificar el rumbo de su relación, cuestionarse cosas ya establecidas, revalorarse como personas, profesionistas, parte de una familia; además de hacer lo que necesitan y quieren. Fue una oportunidad para demostrarse y demostrarle a sus familias de origen que las cosas tienen soluciones, que existen elementos que pueden hacer la vida más feliz y que se basan en un cambio de perspectiva. Dice él: *“es como una regularización de nuestras vidas”* que nos está ayudando a crecer; *“un ponerse al día”*.

Se utilizó la escala de 0-10 para evaluar el proceso terapéutico: en que número llegaron, con cual se van y lo que tendrían que hacer para mantener los cambios o llegar a una posición superior. (según modelo de soluciones).

Ella sostiene que comenzaron en un 3, hubo un descenso a menos 3 o menos 2 ya que vio muy amenazada la relación y después comenzó a subir con el descubrimiento de la comunicación y la revaloración de la intimidad; subiendo de 6 a 8 y ahora está en 9.

Para S hay una estabilidad más continua comparándola con la alcanzada años atrás. Puede subir en la medida en que se mantenga el compromiso por las dos partes y seguir comunicándose de manera profunda. Con la crisis pudo vislumbrar dónde estaba parada, ya que inicialmente creía que la relación era algo fijo e inamovible. Tuvo que aceptar que las cosas no eran un *“blanco completo”*, sino que tienen matices, que no era una *“línea recta”*, sino que *“sube y baja”*, *“cambia de trayectoria”*. Sostiene que su relación es la que mueve todo y aprendió a lograr la estabilidad.

E afirma que llegaron en un 4. Para él no hubo una baja sino un berrinche, un arranque suyo. Si bajaron a 3 fue mucho y ahora están en 8, porque hay muchas cosas que aún pueden aprender.

Lo que les ayudaría a llegar al 9 ó 10 es incrementar la comunicación, ser más comprensivos y tolerantes, pulir más la relación, continuar con su proceso de maduración, dedicarse más tiempo de calidad. Requieren más tiempo solos. Además del remitirse, por su parte, a los hechos pero no los pensados en él, ni creados por su imaginación, sino consensados y hablados; tomando las cosas con calma y sin prejuicios.

Igualmente concuerdan que el proceso les ayudó a percibirse desde una perspectiva distinta, ver las cosas tal como son, aceptarlas y trabajar con lo que sí pueden cambiar; a entender que son diferentes y no manejarlo como una amenaza en la relación, sino como una oportunidad de apoyarse desde sus puntos fuertes, distintos en uno y otro. Y por último les enseñó a revalorar la comunicación, tratando en la medida de lo posible de solucionar los problemas cuando surgen, es decir, antes de que se vuelvan incontrolables. El profundizar en su intimidad les ayudará a tener más confianza, responsabilizarse y sentirse cada vez menos amenazados. Y sobre la marcha irán mejorando la comunicación y la intimidad como pareja.

Para mí como terapeuta fue importante que la pareja señalara que los problemas no se terminan, pero que cuentan con los recursos indispensables para hacerles frente. Es claro también que son una pareja flexible y si no cuentan con ellos los buscarán en dónde sea necesario.

Como terapeuta considero, como recursos adicionales que permitieron culminar el proceso terapéutico con una orientación hacia el cambio, el compromiso de la pareja en el proceso ya que eran puntuales y no faltaban a sus citas; además de caracterizarse por ser analíticos, reflexivos; su nivel académico y la empatía mantenida durante el proceso.

### *Resumen general del caso*

Desde el primer contacto, se acordó trabajar con las dificultades de interacción en la pareja, que les hacían cuestionarse el mantenimiento de su vínculo. Las primeras dos sesiones se centraron en la delimitación del motivo de consulta junto con la puesta en marcha de algunas intervenciones según los temas tratados.

La tercer sesión significó un momento tenso del proceso, ya que estuvo cargado de molestia, enojo y manifestación de sentimientos de malestar, por parte de la pareja; con la posibilidad de que la ruptura formal de su relación sobreviniera como manera de hacer frente a los desacuerdos y pugnas vividas la semana previa a la sesión. Era probable que E no acudiera a las citas posteriores debido a que, decía de manera categórica que él ya nada esperaba de su pareja; y ningún sentido tendría el intentar mantenerse juntos y acudir a la terapia, porque ella no ponía nada de su parte y él incluso descuidaba su trabajo.

Se logra que asistan a una nueva sesión, y 10 minutos antes de la misma deciden intentar “salvar su relación” y continuar con el proceso terapéutico.

Posteriormente se revisan aspectos conflictivos de su relación según lo van decidiendo o fueron enfocados por mi como la terapeuta.

Hacia el final del proceso, una vez que se dan los cambios, las intervenciones se orientan en función de lo alcanzado. Se hace énfasis en el hecho de que los logros obtenidos se deben a su propio trabajo.

#### *Análisis y discusión teórica- metodológica del caso*

Las intervenciones en las que nos remontamos a la historia de vida de cada miembro de la pareja, se basaron en el objetivo de que fuesen consciente de que ciertos modos de vida y de pensamiento, modelan nuestra existencia y que en algún momento se puede estar en condiciones de decidir vivir según otros “*modos de vida y de pensamiento*”, sí ellos así lo elegían; remarcando el hecho del acto volitivo. Lo anterior se basa en la propuesta de White (2002) desde su postura para la terapia familiar de la “*deconstrucción*” que se ubica en una “*perspectiva construccionista del mundo*”, que supone que la vida de las personas está modelada por la significación que asignan a su experiencia con base en las estructuras sociales, prácticas culturales, lenguaje del yo y su relación.

En las conversaciones se incidió en la *externalización* del problema, donde la pareja pudo delimitar los efectos que tenía en su vida la situación que plantearon, cómo afectaba a su concepción de sí mismos y sus relaciones, y explicarse cómo fueron llevados a abrazar tales concepciones (desde una perspectiva de historia de vida). Lo lograron ver como algo externo a sí mismos. Era una roca en medio de ellos, a la que era posible seguir pegándole o hacer algo diferente; dependiendo de para qué la necesitaban. Con ello los problemas ya no

fueron vividos como parte de su personalidad, algo interno que no se puede modificar. Ello implicó que decidieran el rumbo de sus dificultades en el futuro.

Mony Elkaïm (2000) de manera similar a White, sostiene que en el proceso terapéutico incidir en la visión que se tiene acerca de las dificultades, puede permitir ensanchar el campo de sus posibilidades. No hay una verdad o realidad a la que uno deba ceñirse; sino en el proceso de relacionarnos con los otros, asistimos a la construcción mutua de lo real, al *multiverso*. Igualmente el aludir a la historia en el contexto sistémico no se quiere decir que se reintroduzca una causalidad lineal, ni que se renuncia a una visión de los sistemas que permita ligar los elementos semejantes a los acontecimientos iniciales. La intención es devolver a los sistemas una evolución en el tiempo no reducible a términos causales; entonces, los elementos históricos cuentan sin caer en determinismos causales.

Lo que existe en las familias, parejas o individuos que inician un proceso terapéutico es un vínculo entre pasado y presente que juega en el momento de la relación un cierto papel a diferentes niveles, por ello Elkaïm propone focalizar el *programa oficial* de cada miembro de la pareja que nos consulta y que es la demanda explícita que hacen. Pero a su vez existe un *mapa del mundo* que se refiere a las creencias construidas a partir de experiencias anteriores de que se sirven los miembros de una pareja para percibir su presente, sin que haya correspondencia entre el mapa y las situaciones vitales en que se vive.

Así, las contradicciones que se dan en la pareja y los tormentos que parecen inflingirse mutuamente podrían fungir como un medio de fortalecer al otro en sus creencias y de ayudarlo a evitar enfrentarse con la ruptura que implica el cambio.

En la relación entre S y E fue evidente que era necesario remitirse al sistema de creencias para entender su dinámica de relación y con ello las posibilidades del cambio que no fueran rechazadas por vivirse como peligro para el mantenimiento del sistema. La historia de vida fue vista como el marco a partir del que se fue construyendo una narración con configuraciones de sentido que daban coherencia a las pautas de relación que vivían en el momento que inician el proceso, pero que les acarreaban malestar y se convirtieron en un problema que a su vez impulsó el movimiento hacia lecturas diferentes de su proceso de desarrollo, de su estar en el mundo y las posibilidades de crecimiento para el futuro.

La pareja logró percibir sus diferencias no como una amenaza, sino como una posibilidad de crecimiento al comprender que en la interacción con el otro, el sí mismo

implica al otro sin poder prescindir de él. A partir del otro significativo cada uno puede sentirse y sentir al mundo, pensarse y pensar al mundo. Pero hay la necesidad de ver al otro no como una copia de uno mismo, sino como alguien que ve las cosas desde una posición diferente siendo prioritario ponerse en su lugar y su momento para poder comprenderlo.

Octavio Paz (2003) sostiene que el diálogo, que es la forma más alta de comunicación que conocemos, siempre es un afrontamiento de alteridades irreductibles, su carácter contradictorio consiste en que es un intercambio de informaciones concretas y singulares para el que las emite y abstractas y generales para el que las recibe. Hay posibilidades de comunicación concreta aunque el equívoco nunca desaparece del todo, porque los sentidos nos comunican con el mundo y a su vez nos encierran en nosotros mismos. Las sensaciones son subjetivas e indecibles más la comunión es posible cuando nos es dable la entrada al *gran todo colectivo donde el yo se vuelve un nosotros*.

Y en la pareja se da la contradicción entre alteridades, individualidades que temen al mismo tiempo encontrarse y perderse; que se comunican pero no se tocan y finalmente osan iniciar la tarea de “*construir un diccionario en común*” para que cada uno pueda reconocerse en el otro y que en la intimidad con los códigos propios de los amantes los contrarios se encuentren y la autonomía e interdependencia emocional sean una y la misma cosa, aunque sigan siendo diferentes.

Caso: 4

Nº de sesiones: 9 y una sesión de seguimiento

Período: Septiembre de 2003 a enero de 2004

Supervisión: Equipo terapéutico

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Familia: CR

Composición:

Madre: I 44 años. Licenciatura. Periodista.

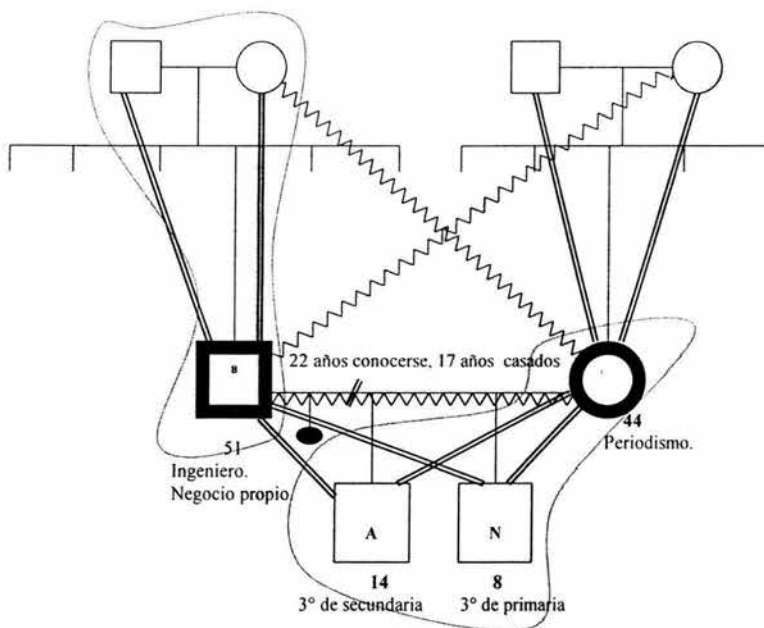
Padre: J 51 años. Ingeniería. Trabaja por su cuenta.

h1: A. 14 años. 3º de secundaria.

h2: N. 8 años. 3º de primaria.

Lugar de residencia: Sur del D. F.

## GENOGRAMA



## EVALUACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN LA GUÍA MC MASTER

### I. Identificación y solución de problemas

Ambos padres identifican como problema la relación conflictiva entre la pareja. Dice él *“ya no es posible seguir peleando”, “cuando hay diferencias se da el enojo o enfrentamiento, eso siempre ocurre pero no quiere decir que el cariño y amor ya no exista”*.

Ella indica que pelean por cualquier cosa y hace dos meses él se fue de casa. Le tiene en tensión constante el no saber en qué términos está su relación de pareja, ya que no se ha formalizado la separación, siguen teniendo contactos por los niños y sí ella le pregunta cuándo va a regresar obtiene respuestas vagas o evasivas. Señala: *“hay problemas muy profundos entre nosotros, me gustaría que mi esposo me entendiera y yo a él, saber a dónde vamos. Mis hijos y yo giramos en torno a él, sin saber hacia donde”*.

Los aspectos problemáticos de su relación se ubican en: aporte monetario, quehaceres de la casa, cuidado de los hijos, toma de decisiones respecto a salidas, fiestas, situaciones cotidianas, relación con familia extensa. Ya que la relación que establecen en tales aspectos se viven como no equitativos y ventajosos para uno y otro.

Las tentativas de solución por parte de él son salirse de casa y con ello pretende sanear la relación o descansar de las peleas. También la presiona para cambiar. Anteriormente se fue una vez de casa.

La tentativa de él para enfrentar la situación se convierte en un problema ya que ella presiona más, disputan porque lo vive como una evasión y un estar en un *“callejón sin salida”*. I lo confronta cuando tienen contacto para definir su situación y se angustia cada vez más, hasta el grado de tener una crisis de ansiedad y requerir tratamiento farmacológico (benzodicepinas).

Anteriormente habían intentado hablar, apoyarse en sus familias, centrarse en los hijos. En otro momento asistieron a un taller para padres y realizaron las tareas que allí se sugerían como el hacer reuniones familiares para expresar cada uno lo que sentía y elaborar una lista de reglas para la familia. Ella ha tomado una terapia individual. Y el que no vivan juntos como pareja sólo ha disminuido las peleas al tener menos contactos, pero la sensación de malestar es la misma.

## II. Comunicación

La pareja se encuentra en una escalada simétrica destinada a establecer quién tiene la razón respecto a los contenidos manifestados durante las entrevistas. Se hayan en un estado de confusión respecto a los aspectos de contenido y relación de la comunicación, con una evidente incapacidad para metacomunicar.

Watzlawick, Bavelas, y Jackson, (1997), citan a Koestler quien dice:

Las relaciones familiares pertenecen a un plano donde no rigen las normas corrientes de juicio y conducta. Son un laberinto de tensiones, disputas y reconciliaciones, cuya lógica es autocontradictoria, cuya ética surge de una cómoda jungla, y cuyos valores y criterios están distorsionados como el espacio curvo de un universo cerrado. Se trata de un universo saturado de recuerdos, pero son recuerdos de los que no se aprende nada; tal universo está saturado de un pasado que no proporciona orientación para el futuro. (p. 81)

En el caso de la pareja, la tensión en los intercambios es una constante, además de las disputas a las que sigue el cansancio y frustración, nuevamente las peleas y el esfuerzo de cada uno por llevar la ventaja al otro en una guerra sin fin. Porque siempre existen los argumentos para probar que el otro es el que no pone de su parte, es desconsiderado, es la parte "mala" de la relación. Referirse al pasado sólo les sirve para alimentar la siguiente disputa en la escalada simétrica sin posibilidad de fin.

Respecto a lo instrumental se definen como simétrica ya que ambos trabajan, tienen responsabilidades similares en el aporte económico para la casa, en el cuidado de los hijos. Pero en el plano afectivo ella se vive en una relación complementaria que se cuestiona, no la quiere, pero al mismo tiempo la busca. Ello hace que no puedan definir con claridad su relación. Ya que ella demanda simetría y a la vez promueve una relación de dependencia respecto a su marido. Busca su aprobación, lo acusa de su ansiedad y angustia constante.

En la tercer sesión sólo con ella se sucede el siguiente diálogo:

**T:** ¿Qué necesitas para saber a dónde ir?

**E:** Decisión

**T:** Y qué necesitas para poder decidir

**E:** Que él diga si va a estar o no

**T:** Por qué necesitar a un tercero que defina "que hago yo" si ambos están implicados. Una cosa es la relación de los dos y otra lo que puedas hacer tu. Hay "cosas personales", "individuales". ¿Por qué definirte hasta que el marido está presente, diga?

**E:** ¿Sí?

**T:** ¿Por qué necesitar un marido para decidir?. Para qué lo necesitas.

**E:** Para que mi familia vea que tengo una buena relación

**T:** Para tener una buena relación

**E:** Para justificarme ante la vida. Ni siquiera bien. Lo absurdo es que cuando yo lo hacia grandote fue porque él fue subdirector. Lo absurdo es que yo era también subdirectora y él a nadie lo dijo.

**T:** Lo veías grandote y tu te veías chiquita



I: A pesar de tener el mismo nivel. Yo tengo ese tipo de amor, como decía... Tu misma me dijiste: yo le estoy dando poder.  
 T: Tu por verte lo más chiquita que puedes y él lo más grandote que puedes  
 I: Incluso en la vestimenta. Yo me vestía fachosa y tenía un vocho y no me importaba que estuviera feo. Mi personalidad no es como él quisiera. Él siempre me criticaba y yo termine por esperar que él me aceptara. Buscar aceptación de él.  
 T: Por qué necesitar eso  
 I: Antes de casarnos tuvimos relaciones y salí embarazada y tuve que abortar. Él se enojó por lo del embarazo y yo tuve que pagar, él se enojó mucho. Yo no quería presionarlo por un hijo. No quería un amor condicionado.  
 T: Por qué I necesita un hombrezote y ella se hace más chiquita  
 I: Yo estoy segura que no me va a aceptar nunca. He crecido más profesionalmente y él no lo puede aceptar. Todos me dicen que soy buena en mi trabajo y una vez me pidieron que condujera un programa y me dije: necesito a alguien que mire las cosas de otra manera, tal vez más "objetivamente" y le pedí a él que fuera y él dijo: "Tu quieres que vaya porque soy un cabrón".  
 T: En el fondo buscabas que te desaprobara  
 I: Una de las cosas es que a él no le gusta que crezca.

Ambos ven la igualdad con su pareja como una competencia en todos los planos de su relación, cada uno busca ser más que el otro, llevarle la ventaja de alguna manera. En la primera sesión de pareja se vivió como ventajoso el hecho de que la primera sesión de exploración haya sido sólo con ella y él le manifestó su derecho a tener una entrevista similar para dar "su versión" de la situación.

Las escaladas simétricas están regidas pues por la prerrogativa de estar un paso arriba del otro por cualquier medio. Cuando el cansancio emocional y físico llega al límite tolerable, hay una tregua donde predomina la inestabilidad; para regresar al ciclo de manera ininterrumpida.

Por otro lado, Laing, Phillipson y Lee respecto a la impenetrabilidad señalan que en la realidad interpersonal, la visión que él otro tiene de mí es tan importante como la visión que yo tenga de mí mismo. Ambas visiones determinan la naturaleza de la relación y mi sensación y la del otro de ser entendido y tener una identidad. (Watzlawick, Bavelas, y Jackson, 1997). En el caso de esta pareja ambos le atribuyen al otro en el plano de su relación aspectos como los que se mencionan en seguida:

| <i>Atribuciones de ella</i>   | <i>Atribuciones de él</i>   |
|---|---|
| No me ama, por eso no está nosotros.  | Qué no esté en casa no significa que no haya amor. Lo que pasa es que ya me canse de pelear.            |
| No me va a aceptar por mis logros personales.   | Lo que pasa es que estamos en constante competencia.  |
| No puedo cubrir las exigencias de mi marido. Nunca me va a aceptar. Tengo que dejar de ser yo | No puedo cubrir sus demandas y exigencias. A veces es sano salirse de casa para que las cosas se calmen |

para que me acepte y me da vergüenza.

y dejemos de chingarnos uno al otro

Él siempre toma la iniciativa, todos giramos en torno a él

Hay cosas donde si no asumo el liderazgo no se hacen.

Respecto a la puntuación en la secuencia de hechos Watzlawick, Bavelas, y Jackson, señalan que los conflictos provienen de la convicción incuestionable de que sólo hay una realidad, de que el mundo es tal como yo lo veo y que cualquier visión distinta se debe a la mala voluntad del otro, su maldad o irracionalidad.

La pareja puntúa la secuencia de hechos en su interacción de manera que para ella su marido tiene siempre el dominio, la iniciativa, lo que él dice es lo que se lleva a cabo; se vive como víctima y dependiente. Y él siente que ella es la que abusa, la que no lo deja respirar y la que desea hacer todo a su manera, lo inhibe en sus intenciones de acercarse y ayudar en los quehaceres de la casa; le esconde las cosas importantes para él.

No pueden llegar a ningún acuerdo respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos en su interacción. Por ejemplo: ella exige que él defina su situación en casa cada que lo ve. Insiste por que él no decide y cree que le está tomando el pelo, se aprovecha de ella. que sólo está jugando y eso le enoja y lastima. Él ante sus constantes exigencias se retrae, da respuestas vagas, pone fechas que no cumple o plantea “*regreso hasta que cambies*”, no decide porque continúan peleando cada que se ven.

Él señala “*tenemos que darnos un tiempo para arreglar la situación*” y ella dice que el salirse es no querer arreglar nada, no resuelve nada, es una forma de irresponsabilidad. “*cómo puede pretender resolver algo así*”; ella dice “*bueno si ya no quieres regresar, si ya no nos quieres pues dilo para que nosotros empecemos a hacer nuestra vida solos, pero dilo porque me pones en un callejón sin salida, estás manejando las cosas a tu conveniencia, nos estás manipulando*”.

Respecto a los mensajes analógicos y digitales que se observaron en las entrevistas y que contribuyeron a la delimitación de la situación problemática- Bateson sugiere que los *mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional y que la conducta puede estar encaminada hacia una línea pero el nivel analógico de la comunicación atribuye futuros valores de verdad positivos o negativos a tal conducta.* (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1999, p. 99)- son el que ella indica que sólo le importa saber cual es la postura de su esposo respecto a su relación, que tomaría bien el hecho de que él dijera no desear volver, que sólo se preocupa porque los chicos sean dañados por no tener a su padre en casa. Niega sentir

algo por su marido; pero en un nivel analógico llora, se pone muy ansiosa, titubea y al atreverse a decir algo respecto a sus expectativas de que él aún la ame, se dice “tonta”, “infantil” y su ansiedad se incrementa.

Él es más reflexivo, no tiene expresiones arrebatadas de emoción, pero está atento a lo que pasa con ella, es cuidadoso y amoroso con sus hijos, y explica en un plano racional más que emocional lo que ocurre con su relación, propone alternativas de solución y se compromete en el proceso terapéutico.

En general el discurso de ambos, está cargado de descalificaciones del otro, rechazo desconfirmación y anulación. Cada uno hace su resumen unilateral de su relación, y lucha por tener la última palabra. Esto se percibe en el siguiente fragmento de la segunda sesión con la pareja:

#### *Transcripción*

**I:** Algo que he descubierto últimamente y que me ha dolido mucho es que mientes. Dices cosas que no se valen. Deberías tener cuidado. El 28 de agosto les dijiste algo que no se vale. Les dijiste a mis padres que sabías cosas de mi y utilizaste a mi hermano muerto. Creo que eso no se vale. Me gustaría aquí que me dijeras si hay algo que sabes de mi; no tengo nada que ocultar (Llora)  
**B:** Te contesto ahorita o cuando termines

**I:** Ahorita

**B:** Bueno. Yo lo que les comenté a tus papás es que R me había dicho que trataríamos siempre de que no nos separáramos, que hiciera hasta lo imposible. Hasta el propio R cuando yo trabajaba con él me dijo échale ganas, sobrellevala, no se separen. No sé que te estás imaginando

**I:** Entonces ten cuidado en cómo dices las cosas porque se entienden otras cosas.

**B:** Allí quién está creando el chisme es tu mamá, porque como adulta ella hubiera pedido ir al punto y decir a ver de que se trata. Ella hubiera dicho: usted le conoce algo a mi hija. Las cosas deben decirse y no dejarlas entre las nubes.

**I:** Yo te he cachado en varias. Yo te dije que habías mentido cuando le dijiste a mi mamá que yo te había suplicado que regresara contigo.

**B:** No. Yo le dije que me habías pedido regresar contigo.

**I:** Tu fuiste quien me dijo quiero regresar a casa y yo te dije regresa pero quiero que tomes terapia

**B:** Ya no hay manera de saberlo, pero normalmente hay acciones donde si quieres pedir algo lo puedes sugerir sin decirlo directamente al pedir las cosas.

Así lo entendí yo y por eso lo dije así.

#### *Comentarios*

Ella trata de dar su versión unilateral de lo que es él, al mismo tiempo que trata de anular cualquier cosa que él diga ya que como es un mentiroso, automáticamente se invalida todo lo que pueda expresar. Al referirse al evento toma ventaja, se ubica en un nivel de superioridad. Su mensaje pide decir “yo soy honesta y sufro” “lo que tu digas no cuenta”.

Él muestra dominio, como estrategia de contraataque

Eso provoca que ella conteste irritada y ansiosa. Él con su argumento expresado de manera tranquila y razonable rechaza lo que ella dice y se ubica en una posición de superioridad. Incluso en el contenido descalifica lo que refiere y da un paso adelante: Parece decir: ves, hasta tu hermano sabía lo difícil que se torna vivir contigo.

No deja que el tema se agote y rechaza la definición de él con la finalidad de tener la última palabra al responsabilizarlo de lo que los demás entienden de lo que dice.

Él hace una confrontación directa de los argumentos que ella utiliza para sostener su versión de la situación. La lucha se torna franca, abierta Ambos siguen luchando por estar más arriba del otro.

Ella hurga en busca de ejemplos que confirmen su versión y nieguen la de él, ante la posibilidad de que todo quede en una mala interpretación de lo que él dijo.

Niega rotundamente la versión de ella.

Rechaza la versión de él

Aparentemente confirma la versión de ella cediendo, más su jugada es más compleja ya que indica que en el fondo ella trató de dar a entender lo que ella señala como error y él sólo

I: Pues fue un error  
B: (se encoge de hombros) Puede ser

I: No quisiera decir de algo más en que has mentido. (breve silencio). Has mentido delante de (titubea y parece contenerse) psicólogos.

B: Bueno si yo le miento a un psicólogo, él se debe de dar cuenta. Si no lo hace es que soy más listo que él. Perdón pero él está errando su profesión.

expresó lo que interpretó como verdad. Rechaza nuevamente su versión. Cede, aunque no completamente **ya que lo deja** en posibilidad. No sostiene otra versión que la suya y aunque se coloca en una posición de inferioridad no existe un total convencimiento. A la contradicción abierta y conflicto en este punto puede seguir un descanso o receso. Ella aprovecha el titubeo para dar su arremetida final que desconfiere toda versión de él ante mi como psicóloga y la ubique ante mis ojos como la única que tiene la razón, la que dice la verdad o es digna de confianza. Que su realidad es la única que cuenta. Él se defiende de manera abierta y da la vuelta al argumento de ella para descalificarlo, al confirmarlo y convertirlo en una forma de superioridad incluso respecto a los mismos profesionales. Él parece decir: si soy más listo que los demás no es mi culpa, de manera cinica. Lo que le exaspera a ella, la hace perder más el control y yo como terapeuta detengo la pauta en ese momento.

### III. Roles

La pareja se involucran en el cuidado y educación de los hijos. Hacen lo necesario para tener los satisfactores que requieren en su vida cotidiana. Ella se percibe como más cargada de responsabilidades ya que él sólo le “ayuda” en los quehaceres de la casa, que son “su obligación” por el simple hecho de ser mujer; mientras que él busca un reparto más equitativo en los aportes monetarios. I vive su aporte económico para los gastos de la casa como un relajamiento de él en sus obligaciones.

La queja principal de la pareja reside en los papeles que cada cual tiene en la familia ya que ambos se perciben en desventaja respecto al otro. Ella es la más afectada por la situación ya que es más aprehensiva y sí ve que él se desprende con facilidad de sus obligaciones, tiene que dar la cara por que todo camine adecuadamente.

Les cuesta trabajo tomar decisiones que los implican a ambos o a la familia. Con la salida de él, ella se vive recargada en las responsabilidades y a su marido lo percibe en una posición cómoda.

Afectivamente I se asume como un juguete de las necesidades e impulsos sexuales del marido, quién no puede comprometerse afectivamente, desde su perspectiva. Él indica que está dispuesto a que el compromiso de estar con su familia se base en algo distinto a las disputas constantes que los dañan y provocan que no se quiera estar en casa.

#### IV. Respuesta afectiva

La pareja se expresa más emociones de displacer, de enojo; si están juntos se la pasan peleando.

Han tenido contactos sexuales a petición de él durante el tiempo que no está en casa, más ella se siente utilizada y defraudada ya que nada le indica si es aún importante para él.

Él es sosegado en la manifestación del afecto. Tiene más control de sus emociones. Ella explota con facilidad; es impulsiva. Manifiesta de manera abierta el placer y displacer en torno a su relación.

#### V. Involucramiento afectivo

Respecto al nivel de interés y valoración que existe entre ellos, encontramos que son una pareja con 17 años de vida en común en los que se han involucrado afectivamente, se conocen muy bien. Y a pesar de las peleas existe el amor, el deseo de seguir construyendo su vida juntos una vez que superen sus dificultades.

#### VI. Control de conductas

En su relación de pareja I se vive como bajo el control de él, señala que la familia entera está supeditada a sus decisiones. Pero es claro que ella asume cierto liderazgo ya que han ido a consulta psicológica en otra ocasión por problemas auditivos de su hijo mayor gracias a su iniciativa. También ha hecho que la pareja acuda a un taller de padres; que realicen tareas como familia como la tendiente a ponerse de acuerdo y establecer un reglamento para la casa. Ha promovido reuniones familiares para que cada uno exprese lo que siente. Busca el acercamiento de él con sus hijos. Ha ido a una terapia individual para resolver problemas que acarrea de la relación con su madre. Y el que acudan a la terapia de pareja es a instancias de ella.

### ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Se encuentran en la etapa de familia con hijos en edad escolar y adolescentes. Las exigencias de la familia se centran en la organización respecto a la ayuda y apoyo de los chicos en las tareas escolares, las reglas para el estudio, el juego, consolidación de hábitos de cuidado y limpieza; y responsabilidades en la casa. De manera adicional tienen que hacer frente a su creciente independencia, más evidente en el adolescente.

Como familia se han organizado ahora que el padre no está en casa, más los acuerdos no satisfacen a los miembros de la pareja por igual. Ella lo ve a él en una situación cómoda e irresponsable ya que no tiene que hacerse cargo de sus hijos todo el día.

No hay límites bien definidos respecto a sus respectivas familias de origen ya las involucran en sus disputas.

Como padres asumen adecuadamente la jerarquía que les corresponde con respecto a sus hijos. Hay claridad con relación a las tareas que les competen. Los chicos se portan bien, se expresan con claridad con relación a lo que necesitan y quieren de sus padres.

El adolescente delimita de manera precisa la relación que tiene con su hermano, lo que a ellos les corresponde arreglar sin la participación de los padres, y donde sí les pueden involucrarse. Señala que no le compete tomar partido en las peleas de sus padres.

El hijo pequeño sostiene que no le gusta que sus padres peleen y desea estar más tiempo con su padre para jugar o pasear. También tiene claro lo que le toca hacer como hijo. A ambos les angustia que la madre se ponga ansiosa o les grite por cualquier cosa.

La significancia emocional la encuentran cada uno en los miembros de su familia nuclear. No obstante I se cuestiona su papel de madre y muestra una preocupación extrema porque la situación con su marido pueda afectar a los niños.

En ocasiones le cuesta trabajo diferenciar sus necesidades afectivas respecto de las de sus hijos. Le pide al marido lo que quiere en nombre de los niños. Se le dificulta discriminar que hay una relación que los hermanos establecen entre sí, donde los padres tienen una ingerencia nula o casi nula y desea estar involucrada en todos los aspectos de su vida como madre preocupada.

## ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

### *Encuadre*

De manera similar a los casos anteriores.

### *Objetivos mínimos de la familia o quién demanda el servicio*

Cambiar la relación que mantiene la pareja: dejar de pelear, entenderse mejor y contemplar si pueden vivir juntos o no.

### *Postura del cliente o familia*

Para los chicos es una novedad asistir a una sesión con un psicólogo ya que su idea del mismo era muy diferente. Se muestran atentos durante la sesión, contestan las preguntas que se les hacen de manera franca, clara y abierta. Se mantienen en actitud de escucha durante toda la entrevista. Al mayor le cuesta más trabajo decir lo que siente respecto a su padre y su relación.

El Sr. B se muestra con disposición para el trabajo durante el proceso terapéutico, a pesar de que viene a solicitud de su mujer; y señala que en una situación como en la que se encuentran pueden decir todo lo que no dicen en casa y una terapia es para externar lo que uno piensa. Es una persona muy reflexiva, racional, y se le nota preocupado por sus hijos.

Él se asume como el miembro de la familia que trae a su marido para que enfrente la responsabilidad, que desde su punto de vista ha hecho de lado; y trabajar los peligros de la ausencia del padre respecto a la estabilidad emocional de los hijos.

### *Hipótesis que guió la meta de la terapia*

La pareja vive una escalada simétrica en sus intercambios. En el fondo hay un conflicto entre modelos de relacionarse para la mujer y el varón que van de la servidumbre a la equidad. Ambos buscan la “igualdad”, temen a la dependencia o servidumbre respecto al otro, ello los lleva al enfrentamiento, a mantenerse “al grito de guerra”, a mostrar constantemente una actitud de hostilidad, rebelión, desacuerdo, oposición. Luchan contra conductas y deseos incompatibles, contra la posibilidad de verse denigrados y explotados por el otro.

Es más clara la ambivalencia en ella respecto a roles “tradicionales” de la mujer en la construcción de su subjetividad y su deseo de equidad. Se percibe inferior frente a su pareja y con sentimientos de culpa por sus logros profesionales. Se construye un marido “nefasto” al que hay que descalificar para hacer frente a sus sentimientos encontrados y que su autodescalificación (“ser cada vez más chiquita”) sea tolerable. Además sobrevalora su función de madre.

Por lo tanto la pareja se pone de acuerdo a nivel de contenido en sus intercambios cotidianos, más no ocurre lo mismo en el nivel de su relación. No pueden definir su

relación (metacomunicarse), por las contradicciones entre sus maneras de **puntuar** su interacción.

#### *Objetivos de la terapia*

- Hablar acerca de su relación (metacomunicarse) y definirla.
- Contactar con sus necesidades y deseos en diferentes áreas: en su persona, respecto a su pareja, lo laboral, los hijos y familia en general; para aceptarlos y hablar de manera abierta de ellos, responsabilizándose por los mismos.
- Que sean conscientes del “juego al que juegan” lo que irremediamente **implicará** un cambio en la manera en que se comportan, piensan, se vinculan con el **otro**.
- Usar sus recursos personales y familiares para revitalizar su relación de **pareja**.
- Decidir si pueden o no vivir juntos.
- Que sean sensibles a la relación íntima entre dependencia, autonomía y **equidad** de género.

#### *Principales estrategias de intervención*

- La intervención comenzó desde la primera entrevista con la **delimitación de lo que** la pareja quería para sí y respecto al proceso. *Focalización y definición del motivo de consulta y lo que cada miembro deseaba del otro*. Se utilizó la **técnica de “ilusión de alternativas”**.
- Las intervenciones fueron **directas**: se dejaban **tareas** para casa, por ejemplo, el elaborar una lista de lo que querían y necesitaban para su relación de **pareja** y familia fue crucial. En la sesión no se trabajó contenido específico de la **tarea** sino el proceso implícito al elaborarla y comunicarla en la entrevista.
- Se utilizaron **metáforas, poesía** acerca del amor, **historias**.
- Una estrategia fue la **metacomunicación** por parte de la terapeuta de la **pauta que la** pareja desplegaba en la sesión, o mantenía en sus intercambios (**situaciones paradójicas**).
- Se abordan “**estilos de relación como formas de vida**”, la necesidad de elegir el propio planteando varias alternativas e implicaciones (**ilusión de alternativas**).



- Se utilizó la *reestructuración* y diferenciación entre negociar y competir; hipótesis vs presuposición; teoría vs suposición.
- Con un *ejercicio* en la sesión se abordaron las implicaciones de la comunicación efectiva.

### *Evolución del motivo de consulta*

La pareja comenzó a trabajar en torno a los aspectos de su relación y la pauta que llevaban a cabo. Pudieron romper con ella haciendo cosas distintas: si bien es cierto las diferencias y peleas no desaparecieron, se les logró vivir de forma diferente. Decidieron por su propia iniciativa vivir juntos nuevamente; consiguieron no verse en desventaja uno respecto al otro.

Ella se mostró más segura respecto a lo que sentía y quería afectivamente. La ansiedad desapareció y dejó de tener respuestas desproporcionadas ante los eventos de la vida cotidiana. Por ejemplo, hacía el final del proceso se enteró de la posibilidad de que la despidieran por un recorte de personal y decidió hacer mejor su trabajo, evaluar otras alternativas y se vivió apoyada y comprendida por su pareja. Al final resultó que sí dejó el trabajo pero inmediatamente se integró a otro proyecto de manera entusiasta. En sus palabras dice que vive con su pareja como una “*segunda luna de miel*”. Indica que en casa hay menos presión y ello les da libertad.

Han acordado en su *propio concepto de equidad*. Ella dice que para los gastos de alimentación pusieron una caja en la que cada uno aportara una cantidad proporcional a sus ingresos y de ahí distribuían los gastos. Expreso: “*porcentaje igual de trabajo y de aporte monetario*”. No hicieron lo mismo con los gastos de los Reyes Magos y han descubierto la necesidad de hacer una caja común para esos gastos y así van a salir otras cosas que requieran. “*Es un trabajo constante, sin dejar de trabajar, pero conforme se va caminando*”, señalan.

Él dice que necesitan seguir dándose seguridad mutua, emprender nuevos proyectos, expresa: “*nos estamos reencontrando*”. La relación en un futuro demandará cosas como viajar más y otras metas.

Cada uno asume su función en la casa sin enojos, ya no se sobrecargan las tareas en una parte. Ambos reconocen la participación del otro y su voluntad y decisión para tolerarse y

no llevar los conflictos a extremos inaguantables. Ya no es una afrenta pelearse. Lo hacen pero se dan la oportunidad de hablar en torno a sus desacuerdos, lo que piensan. Arreglan las cosas en el momento en que ocurren.

Han propuesto que aunque acaben de comentar los puntos de la lista, sí es necesario se darán un espacio y tiempo para hablar de aspectos de su relación que uno u otro piense que se necesite en cualquier momento.

Desde su punto de vista han logrado comunicarse de manera efectiva en tanto sentimientos de bienestar y malestar. Cuando algo les moleste lo hablan; preguntan si algo no queda claro. Tienen más cercanía e intercambios de información con el otro. Ella dice: “*Cuando hablamos me dijo que me quería y pude creerle*”.

#### *Red de recursos y limitaciones (alcances del proceso)*

Ambos miembros de la pareja tienen un nivel cognitivo similar. Son competentes y han experimentado logros en lo laboral y profesional. En la familia hay amor, cariño, necesidad de estar cerca de los seres amados. Existe compromiso con respecto a los hijos y deseo de mantener relaciones armoniosas con sus respectivas familias de origen.

Los posibles puntos conflictivos a futuro dependerán de la flexibilidad del sistema conyugal para hacerles frente. Es decir, adaptarse a los cambios que implican el ciclo vital personal y de la familia.

#### *Evaluación del proceso por el sistema terapéutico*

La pareja señaló que el proceso les sirvió para revisar lo que quieren y necesitan. Para darse su tiempo y dárselo a las cosas; para aceptar las diferentes formas de reaccionar de uno y otro, para asegurarse de lo que quieren y hacer lo necesario para lograrlo. Además de contribuir a que sean más tolerantes, manifestar desacuerdos y mantener una comunicación donde ambos se escuchen y se retroalimenten. De igual manera llegar a acuerdos en lo económico, tareas de la casa y otras cosas. Para ambos ha contribuido a conocerse más.

#### *Resumen general del caso*

La Sra. I solicita el servicio y se muestra muy ansiosa por su situación familiar que ella califica como insostenible por la salida de su marido de la casa y la falta de definición

respecto a su posición en la familia. Teme que les estén haciendo daño a los hijos y ve la posibilidad de pensar su vida sin su pareja.

Para la segunda sesión se cita a la familia nuclear completa integrada por la pareja y sus dos hijos. En lo sucesivo se trabaja únicamente con el subsistema conyugal. Abordándose los puntos problemáticos de su relación que ellos y la terapeuta identifican: responsabilidad y cuidado de hijos, aporte monetario, contribución en tareas domésticas, lo significativo que se siente uno respecto al otro; pautas recurrentes de interacción que mantienen el problema, dificultades para hablar acerca de su relación (metacomunicación), lo que los lleva a actuar con base en malos entendidos.

Inicialmente la conversación se basa en recriminaciones mutuas, acusaciones, el intento por ambas partes de hacer quedar mal al otro frente a la terapeuta y demostrar quién tiene la razón. Para ello aluden a muchos ejemplos de su relación en el pasado y presente.

La cuarta sesión no asiste B por tener cita con el médico y se trabaja con I sobre aspectos de su historia de vida, cómo se percibe en función de la manera de relacionarse con su pareja y otros significativos; su sistema de creencias respecto a la familia.

Las sesiones subsecuentes se ocuparon en revisar la tarea encomendada a la pareja que consistió en elaborar una lista de lo que cada uno quería y necesitaba de su familia y pareja y las intervenciones posteriores se derivaron de dicha tarea.

B propone una radical forma de organizarse en lo concerniente a las tareas del hogar y cuidado de los hijos: que cada uno se haga cargo de todo por quince días y el otro salga de casa ese tiempo. Llevan a cabo tal propuesta y lo ocurrido permitió abordar la diferencia de percepción en la manera de puntuar su relación y sentimientos concomitantes.

Posteriormente la pareja se vive en una “etapa de reconstrucción”, logran arribar a acuerdos, siguen trabajando en los temas de su lista en casa. Deciden poner una fecha para que él se integre completamente al hogar; finalmente ello ocurre y sus roles en casa se flexibilizan, llegan a ponerse cada uno en el lugar del otro, se comunican de manera abierta respecto a la forma en que se relacionan, sus pautas de interacción, a intercambiar información acerca de sus sentimientos, necesidades, formas de pensar; sin temor de molestar al otro.

Se cierra el proceso por haber cubierto los objetivos planteados para el mismo, empoderando a la pareja en torno a sus cambios y logros.

### *Análisis y discusión teórica- metodológica del caso*

El establecer un contacto empático, mantener una actitud de aceptación y escucha con la pareja permitió trabajar con sus emociones, sentimientos y expectativas respecto a la situación familiar señalada como problema.

En general la línea de trabajo fue directiva, es decir, como terapeuta marqué el ritmo de la mayor parte del proceso, con el objetivo de delimitar el encuadre y focalizar temas o puntos clave para implementar estrategias de intervención en función de los objetivos propuestos.

Para evaluar la postura de la familia, escuché con atención lo que decían, su tono, el énfasis que ponía en ciertos elementos de su discurso, la manera general como se expresaban. Fue importante ya que como dicen Fisch, Weakland y Segal (1994), la postura del paciente *“representa una inclinación interna, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta. El hecho de saber cuál es la posición del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente la acepte”*. (p.110)

Steve de Shazer llama a la postura del cliente *“modalidad de cooperancia”* que ha de identificarse para promover el cambio.

También se trabajó en función de los recursos de la familia: zonas de competencia, fuerzas, habilidades, capacidades, entre otros, y además se propició que los usaran para hacer frente a su situación problemática de formas diferentes. Eso los tranquilizó, les proporcionó seguridad, se vieron protagonistas de su propio proceso de cambio. Aquí se vislumbró la posibilidad de pasar de una visión del déficit al recurso, del problema a las soluciones, como Hudson O'Hanlon, y Weiner-Davis, (1990) proponen al delimitar que el cambio es constante y que el cliente tiene fuerzas y recursos con los que se puede trabajar y hay que considerarlos para empoderarlo respecto de su proceso terapéutico y de crecimiento.

Para mí como terapeuta fue claro durante el proceso de la entrevista, el intervenir con respecto a los límites -definidos por Minuchin (1999) *como las fronteras entre subsistemas que definen quiénes participan y de qué forma. Su función es proteger la diferenciación del sistema y el funcionamiento familiar adecuado-* entre subsistemas, desde la primera entrevista debido a que observó que la madre aludía a lo que percibía las necesidades de los

hijos para indicar de manera indirecta las propias. Además la pareja utilizaba a la familia extensa en sus disputas constantes: había mensajes ambiguos, “secretos”, intercambio parcial de mensajes e información y hostilidad en las familias de ambas partes contra el otro. Una manera de delimitar las fronteras entre los subsistemas fue el limitar los intercambios cargados de reclamos, acusaciones, recriminaciones entre la pareja en presencia de los hijos, aludiendo a que no era un tema que les competía.

Como terapeuta decidí que un aspecto a evitar en el proceso terapéutico, ya que había fungido como intento de solucionar los problemas y que se convirtió a su vez en fuente de conflictos, fue la intromisión de terceros en el tema de la pareja: como hijos, familia extensa, etc. La madre había usado como recurso o arma a los hijos para que el padre reconsiderara su ausencia; y en la sesión no se apela a ellos, sino a delimitar lo concerniente a la pareja. Incluso se les señala el buen papel que han estado haciendo juntos como padres en la educación de los hijos.

Además pude mantener a lo largo del proceso la *capacidad de maniobra*, es decir, la libertad de actuar en la forma que consideraba adecuada para dejar clara la pauta de relación que causaba problema a la pareja, y a partir de ahí propiciar a generar el cambio ya que el hacer consciente el juego, pone a los jugadores en un meta nivel respecto a su propio juego; que por ese cambio de posición ya nunca volverá a ser el mismo.

La capacidad de maniobra implicó la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito siguiendo antes que nada el ritmo que la pareja misma marcaba en tanto temas, posiciones, ideas; para hacer señalamientos, clarificar, aportar una idea, o delimitar su posición. También significó darme tiempo para comprender lo que pasaba, pensar líneas de trabajo en el proceso mismo de la sesión; tener presentes los recursos propios de la pareja y utilizarlos a su favor y en función del cambio.

Igualmente la capacidad de maniobra implicó no asumir alianzas “peligrosas” con alguno de los miembros de la pareja, es decir, que obstaculizaran la consecución del proceso terapéutico, o dañaran de alguna manera a los protagonistas de la relación terapéutica. Las alianzas estuvieron destinadas a generar movimientos al interior de la pareja, es decir estuvieron en función del cambio.

Es común que en el proceso terapéutico con parejas ambos quieran tener de su parte al terapeuta y desplieguen habilidades de seducción para ello según los estilos propios. En

este caso como terapeuta metacomunique el proceso y les sugerí mi neutralidad en las disputas ya que mi función no consistía en hacerla de detective y averiguar la veracidad en lo que uno y otro decía; sino propiciar la puesta en común de sus recursos como pareja. Dejando abierta la posibilidad de participar de sus peleas pero en calidad de referí, que implica también no estar ni de un lado ni de otro, pero sí aclarar las “reglas” del juego para poder “calificar” que se considera una ventaja de uno respecto al otro como se estila en cualquier competencia.

Para esto sirvió lo que Fisch, Weakland y Segal (1994) señalan respecto a la pauta de interacción del “juego del acusador y del defensor”. Hablan de *interferencia a la intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión* (p.176).

Algunas intervenciones estuvieron enfocadas a incidir en pautas recurrentes de interacción basadas en premisas diferentes para cada una de las partes o premisas similares que los llevarían a consecuencias diferentes. Es decir, se promovió la metacomunicación acerca de la manera de pautar su interacción. Watzlawick, Bavelas, y Jackson, 1997, apuntan al respecto: *Las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llevar directamente a impasses interaccionales en los que, eventualmente, se hacen acusaciones mutuas de locura y maldad.* (p. 93)

Las puntuaciones discrepantes inciden en sistemas de creencias distintos, versiones de la realidad contrapuestas y de ahí a la clara oposición y el conflicto.

Una vez que se dieron los primeros cambios la terapeuta utiliza una intervención general señalada por Fisch, Weakland, y Segal (1994) como “no apresurarse” *que evita que el paciente tenga una sensación de urgencia, que probablemente se ha visto alimentada por sus pertinaces intentos de solucionar el problema.* (p. 183); y con ello dejar un margen de duda en lo alcanzado y que la pareja siguiera comprometida en hacer algo a favor del cambio.

Lo logrado mediante el proceso terapéutico propició el cambio en la forma de actuar en la situación percibida como problemática. Es decir, se incidió en la pauta que mantenía la situación y además se generó un cambio en la forma de ver dicha situación; o su marco de referencia denominado “reencuadre” por Watzlawick, Weakland y Fish (1999) y que lo

definen de la siguiente manera: “*significa modificar el contexto conceptual y/o emocional de una situación, o el punto de vista según el cual es vivida, situándola en otro marco, que corresponde muy bien o aún mejor a los “hechos” de esta situación concreta, cuyo sentido, en consecuencia, cambia completamente*”. (p. 26)

Dado que un tema de crucial importancia en el proceso terapéutico fue la percepción que cada miembro de la pareja tenía de su posición y la del otro en el sistema familiar y subsistema conyugal, y que vislumbraban en términos antagónicos y contradictorios. Es importante aludir teóricamente a la perspectiva de género y el proceso en que construimos nuestra subjetividad, es decir, cómo llegamos a identificarnos como hombres y mujeres. Dicho proceso nos remite a la confluencia de aspectos anatómico-fisiológicos, intrapsíquicos, sociales y culturales, entre otros.

En ese sentido Irene Meler al hablar del “*amor y convivencia entre los géneros a fines del siglo XX* (2001), señala que la constitución del modelo de pareja unida legalmente se generó con la finalidad de mantener lazos estrechos en la unidad doméstica para favorecer la ayuda mutua, aliviar al Estado de las demandas de los desamparados, estimular el progreso, desactivando al mismo tiempo la solidaridad colectiva potencialmente subversiva. Surge con el ascenso de la burguesía al poder posterior a la Revolución Francesa, y significó la institucionalización de la pareja conyugal como medio de control social con la “*ilusión de la posesión compartida*” libremente elegida; e implícitamente significó que la mujer entregue su sexualidad y capacidad reproductiva a un hombre en exclusiva a cambio de protección social y económica derivada de su estatuto conyugal.

Pero con el paso del tiempo la mujer se empieza a proyectar como trabajadora fuera del hogar y la protección masculina ya no opera como oferta o demanda; la misma experiencia del divorcio y proliferación de uniones libres, control de la natalidad, aumento del promedio de vida, entre otros, transforman la forma de relacionarse entre los géneros y por ende producen modificaciones en las formas en que construyen su subjetividad.

Meler plantea que en nuestro tiempo hay parejas a las que se podría llamar “*tradicionales*” y que tienen una jefatura masculina, donde se da la división sexual del trabajo, sus relaciones son complementarias (dominio- sumisión), con el ejercicio de poder generalmente sobre la mujer y parejas “*innovadoras*” que surgen de los sectores medios urbanos y que logran aspirar a un nivel educativo superior; además de insertarse la mujer,

en el mercado laboral. Más la asimetría de poderes propia del contrato conyugal no se revierte por completo ya que pervive la división sexual del trabajo dentro de casa, coexisten representaciones tradicionales, por ejemplo, en torno a los cuidados maternos que se sobrevaloran. A su vez los varones participan más en la crianza de los hijos pero quedan en un papel de “ayudantes” en las “tareas propias de mujeres”.

La existencia de una creciente diversidad de modelos vinculares y estilos de organización familiar crea diferentes problemáticas como las evidenciadas en el caso de B e I, ya que hay elementos “tradicionales” en el estilo de relación que desarrollan y están al mismo tiempo en la transición hacia modelos basados en la equidad; lo que Meler llamaría “pareja innovadora”. Ambos desean alcanzar y mantener su autonomía pero a la vez cede la inercia hacia elementos vinculares tradicionales de una relación de poder- sumisión, junto con el temor a la pérdida de lo que socialmente es reconocido como lo propio de la identidad de género y sus ganancias concomitantes.

Los enfrentamientos entre los miembros de la pareja se intensifican ya que no se puede armonizar autonomía con interdependencia emocional, y se va hacia uno u otro extremo, con la sensación de que sí se tiende hacia alguno se está en desventaja, se cae en algo indigno. Lo que lleva a tener sentimientos de culpa, hacerse autorreproches constantes, tener una baja autoestima, mantener estados de ansiedad, depresión, etc.

Por ende se buscó como parte del proceso terapéutico, flexibilizar los roles de género; sensibilizar a que los cambios en el ciclo de vida individual y familiar exigen a su vez flexibilidad y movilidad en las posiciones subjetivas que mantenían en el pasado. Centrándose en lo que podría hacer del momento presente hacia el futuro. Y ante todo promover la autoafirmación personal junto con la conexión emocional profunda en la construcción de su intimidad.



#### 4.1.2 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

El proceso enseñanza- aprendizaje durante la residencia, se llevó a cabo con la participación en seminarios y sesiones teóricas; destinadas a propiciar el dominio y manejo de los modelos de intervención en el ámbito de la terapia familiar; además el grupo de residentes nos constituimos en un equipo terapéutico, que paso por varias etapas en su consolidación y desarrollo: como parte del proceso terapéutico tras el espejo unidireccional, en la atención de casos clínicos en vivo.

Formar parte de dichos equipos fue un elemento importante de las sesiones de entrenamiento, ya que incidía en la adquisición de competencias teóricas respecto a modelos, técnicas, procedimientos, y habilidades terapéuticas. Además de contribuir a incrementar mi experiencia clínica.

Bearers (1980) señala que desde sus prácticas clínicas iniciales los terapeutas familiares y de pareja contemplaron la necesidad de mostrar su trabajo a otros con la intención de aprender acerca de las innovaciones clínicas. Hubo muchos otros factores adicionales que propiciaron el mostrar a otros clínicos el propio trabajo terapéutico como son: el dar un giro a las ideas y prácticas de supervisión del psicoanálisis, el cambio de la cognición al énfasis en la interacción. Se parte del hecho de que todo terapeuta requiere instrucción visual y observación familiar. Posteriormente se implementa una tecnología que permitiera que la terapia fuese fácilmente vista mediante video grabaciones, ventanas de una sola vista: cámaras de Gesell. (Todd y Storm, 1997)

La supervisión en vivo se hacía por los pioneros de la terapia familiar, para conocer el manejo de los casos clínicos, pero muy pronto se convirtió en un aspecto crucial en la formación de terapeutas familiares y de pareja. Y el mantener la “puertas abiertas” propició que los clínicos comenzaran a hacerse preguntas para dar cuenta de todos los protagonistas del proceso terapéutico y su inclusión inminente en el sistema terapéutico total en cada caso tratado.

En primer lugar el participante del proceso tras el espejo unidireccional se vivió como observador que incidía en el equilibrio homeostático de las familias o su ruptura para propiciar el cambio, sensibilizando sobre aspectos de circularidad, información, retroalimentación, regulación, organización, etc. Posteriormente el “observador”, llámese: supervisor, experto, equipo, perciben que la línea o aparente frontera que lo separa de su

“objeto” de observación, no es tal; que “observado” y “observador” son mutuamente “objeto” de observación, y que la implicación de ambos lleva a la recursividad, en la que todos los implicados en cualquier sistema de observación son “observados” y “observantes” al mismo tiempo; y en ese proceso surgen narraciones, se construyen y reconstruyen subjetividades.

El terapeuta, coterapeuta, supervisor, consultor, equipo de trabajo, equipo reflexivo; no son ya más los destinados a describir al sistema familiar como tal “desde afuera”, sino que lo co –construyen desde su posición, jerarquía, función, su participación en el sistema cualquiera que ésta sea.

La conciencia de la multiplicidad de perspectivas, de puntos de vista; es inherente a la inclusión de varias miradas, voces, individualidades, discursos o narrativas en el sistema terapéutico total. Las observaciones, entonces, no son absolutas sino relativas al punto de vista del observador, afectando a lo observado y lo observado al observador, y ante todo, toda descripción implica al que describe.

Los desarrollos de la segunda cibernética- de sistemas observantes- y el mantenimiento de la perspectiva de puertas abiertas al sistema terapéutico, contribuyó al desarrollo de nuevas modalidades de inserción de equipos terapéuticos y supervisión.

El equipo reflexivo se instaura como una estrategia terapéutica y de supervisión que permite ampliar la posibilidad de voces que los clientes pueden escuchar y cuestiona el juego de jerarquías en el sistema terapéutico total, proponiendo la posición de “expertos” en sus problemas a las familias y a los terapeutas y equipos en una posición de “curiosidad”.

Los modelos colaborativos en tanto equipo y supervisión, se plantean la situación de trabajar siendo sensibles a delimitar cómo se construyen las relaciones de poder y qué papel juegan en los participantes del proceso terapéutico. (Todd y Storm, 1997)

Es así que hay varias modalidades de supervisión e inclusión de otros protagonistas del proceso terapéutico además de clientes y terapeutas, dependiendo del modelo a trabajar y postura epistemológica de la que se parta.

La supervisión se refiere frecuentemente a una relación continua en un mundo real de trabajo y se enfoca principalmente al desarrollo específico de habilidades de terapeuta, así como al incremento de la experiencia práctica. En contraste, la educación es a menudo definida como la transmisión de conocimientos conceptuales y clínicos sin la práctica

clínica concreta; aunque no necesariamente educación y supervisión se contraponen. Las estructuras de supervisión pueden ser: individuales, díadas, co-terapeutas, grupos y equipos. La supervisión se centra en la guía elemental, empoderamiento a terapeutas y desarrollo de la creatividad con la meta de incrementar la competencia del supervisado en lo teórico (manejo de modelos), en el desarrollo de habilidades terapéuticas en función de su experiencia práctica concreta. (Saba y Liddle, en Todd y Storm, 1997)

A su vez, Todd y Storm señalan que los equipos son típicamente lugares donde uno o dos de sus miembros entran a sesión con familias mientras el resto del equipo observa. Los miembros observadores elaboran y discuten intervenciones posibles, a su vez pueden convertirse en equipos reflexivos y colaborativos.

Respecto a la experiencia durante la residencia, contamos tanto con estructuras de supervisión individual, co-terapeutas y equipos; predominando la última, durante los dos años de entrenamiento.

La supervisión fue generalmente en vivo, es decir, había citas programadas para la atención clínica a usuarios del servicio. El equipo, siempre con un supervisor tras el espejo, participaba del proceso e interacción directa entre terapeuta y familia; y se contaba con diferentes medios de comunicación de uno y otro lado del espejo unidireccional como son: equipo de audio y video, teléfono, receso en el último tercio de la sesión para el intercambio de impresiones con el equipo, entrada de algún miembro del equipo con la familia o de un equipo reflexivo; discusión e intercambio de observaciones con el equipo antes o después de la sesión, y entre sesiones.

En la última etapa de la formación la supervisión fue narrada y con equipo de trabajo en vivo tras el espejo unidireccional; incrementándose gradualmente la independencia y toma de decisiones del terapeuta respecto al supervisor y equipo mismo.

El desarrollo de habilidades clínicas como terapeuta y parte del equipo fue progresivo, yendo de una mayor dependencia respecto a la supervisión y equipo, respecto a las intervenciones y acciones a seguir, a una creciente autonomía, dirección y responsabilidad. De una menor competencia teórico-conceptual y práctica, a una mayor competencia y consolidación de habilidades con su integración ulterior para ir delimitando mi propio estilo de trabajo como terapeuta, de interacción con los demás en función de: personalidad,

manejo de habilidades teórico- prácticas, situaciones de vida, roles asumidos y limitaciones personales.

Las experiencias de supervisión y como parte de diferentes equipos terapéuticos, se llevó a cabo con relación a las etapas de inclusión a nivel práctico, delimitadas en el programa de la residencia y modelos abordados.

En una primera etapa fungí como parte del equipo observando el trabajo clínico de supervisores con las familias a través de la pantalla de visión unilateral, con la intención didáctica de mostrar y explicar las etapas de las entrevistas, cómo impartir directivas, y los elementos del proceso terapéutico. Se mostraba la puesta en marcha de una terapia “haciendo”, o sea, mediante sesiones de terapia en vivo. En ese sentido, Haley (1999) al referirse a las dificultades en la formación de terapeutas señala que la teoría terapéutica y una teoría didáctica son sinónimos si el instructor enseña a partir de la práctica.

Posteriormente, con la idea de aprender la terapia practicándola, tuvimos la oportunidad de tener casos como terapeutas, bajo la guía de un supervisor y puntos de vista de los miembros del equipo. El supervisor explicaba al equipo peculiaridades pertinentes del proceso y el terapeuta recibía ideas del equipo y supervisor, en la planificación de intervenciones, en cómo facilitar el enganche y alianza terapéuticos y cómo orientar el trabajo clínico hacia el cambio.

El supervisor desempeñaba roles determinados, lo mismo que el equipo, a partir de los modelos con los que se dirigía el proceso terapéutico y por supuesto, aspectos de historia de vida y personalidad puestos en marcha, como parte de la interacción concreta en los escenarios clínicos e instruccionales de los que formaba parte.

En torno del modelo estructural y estratégico, la modalidad de supervisión fue en vivo, con llamadas telefónicas y entrada con la familia de algún miembro del equipo, con la finalidad de incidir en jerarquías y límites no funcionales; además de que el terapeuta mantuviera su papel jerárquico como líder en la relación con la familia, para moverse con libertad estableciendo alianzas y coaliciones determinadas para promover el cambio.

Todd y Storm indican que Minuchin, Haley y Montalvo fueron los pioneros originales en el desarrollo de la supervisión en vivo y Minuchin desarrolló el estilo “Walk-in”, consistente en la entrada del supervisor a la sesión de manera intempestiva o sorpresiva con

una amonestación, aviso, llamada de atención, dar su opinión, pronunciar una intervención dramática y salir de la sesión, sin hacer partícipe al terapeuta mismo del movimiento.

En el modelo estratégico supervisor y equipo se concentraban en diseñar una estrategia destinada a interrumpir los ciclos disfuncionales de la familia.

Tanto en el modelo estratégico como estructural se exige del terapeuta un papel activo y directivo y de igual manera el supervisor asume un liderazgo frente al terapeuta y equipo; de él depende el desarrollo del proceso terapéutico y la orientación en las intervenciones del equipo. Parte del proceso de aprendizaje fue el diseño de intervenciones de manera deliberada y previas a la sesión.

Respecto al modelo de terapias breves, el papel del supervisor fue también de guía, apoyo, soporte, conducción del terapeuta y equipo según las premisas, fundamentos, técnicas e intervenciones propias del modelo y su puesta en práctica a los casos clínicos. Era importante el uso del lenguaje del cliente y que el terapeuta mantuviera su capacidad de maniobra ante la familia, para poder influir sobre ellos y lograr un viraje en los intentos de solución que se convierten en problema. La supervisión utilizada fue en vivo con la planeación de intervenciones entre sesiones con el apoyo de equipo y supervisor. Incluso se tomaban unos minutos previos a la sesión para revisar el trabajo que implementaría el terapeuta con la familia en cuestión.

La supervisión en que trabajé como terapeuta y miembro del equipo en torno al modelo de soluciones, puso énfasis en el uso del lenguaje por parte del terapeuta y equipo, que promoviera que los usuarios hablaran de recursos, en lugar de limitantes o problemas y poder identificar y ampliar excepciones.

El supervisor para generar una perspectiva de cambio asumió una posición flexible con terapeuta y equipo, para destacar las habilidades terapéuticas, empoderarlos, aumentar su autoconfianza profesional y de ahí propiciar el empoderamiento de la familia o cliente mismo como protagonista y principal artífice del cambio mediante la puesta en marcha de sus capacidades y recursos. Desde esta modalidad de trabajo, el sistema total fue responsable del cambio, pero se enfatizó el hecho de empoderar a la familia, de responsabilizarla de las acciones emprendidas dentro y fuera de las sesiones con relación a sus propias posibilidades, enmarcadas y optimizadas como parte del proceso terapéutico.

Lo anterior no quiere decir que los otros modelos no promuevan la participación responsable de terapeuta y familia en el proceso, o que no se les empodere; por el contrario, ello es indispensable como parte de la formación de terapeutas, pero es en el modelo de soluciones donde se prioriza dicha participación como una de sus estrategias centrales y que además define el modelo y su postura para el cambio.

Haber participado como parte del equipo terapéutico según las premisas, principios y técnicas del modelo de Milán, contribuyó al incremento de habilidades en torno al hipotetizar en función de los mitos o sistemas de creencias, circularidad y prácticas de neutralidad; a elaborar preguntas circulares y reflexivas para obtener información, como una peculiar forma de interacción e intervención.

De por sí el equipo terapéutico ofrece diversidad de posturas en relación a un problema o situación determinada; la orientación del modelo de Milán pretende desde el cuestionamiento circular dar cabida a la multiplicidad de visiones del mundo, de realidades, sentidos, percepciones, etc, como parte del proceso.

Indican Todd y Storm (1997) que el uso del equipo y supervisión del modelo de Milán son complejos, porque parten de cinco componentes conceptuales: manejo de complejidad, trabajo con familias, con individuos, manejo de la perspectiva de género, y de aspectos culturales, además de biopsicosociales en los miembros del sistema terapéutico total.

Como parte del equipo terapéutico también pude participar en el “coro griego”, estrategia mediante la que se asumen dos o más posiciones en el equipo respecto a la temática abordada entre terapeuta y familia, con la intención de generar el cambio.

Respecto al modelo narrativo, enfoque colaborativo y uso de equipo reflexivo, como en las otras modalidades de abordaje terapéutico, la supervisión en vivo con equipos significó la posibilidad de contar con una variedad de perspectivas, valores, sugerencias, historias a considerar en el trabajo con las familias; con mucha polémica en torno a los supuestos y el quehacer terapéutico en función de dichas aproximaciones.

El equipo reflexivo como estrategia terapéutica y de supervisión consistió en que mientras terapeuta y familia conversaban del otro lado del espejo unidireccional, un equipo participaba del proceso y cuando lo creía necesario; se organizaba para pasar del otro lado en grupos de cuatro o cinco integrantes, pedía permiso a familia y terapeuta y se dedicaban a discutir entre ellos ideas, posibilidades, sugerencias que surgían de haber participado del

proceso como observadores, mientras terapeuta y familia se concentraban en escuchar las diferentes posiciones y posturas en torno a lo vertido durante las conversaciones.

La vida personal, aspectos de historia de vida y familia de origen, roles familiares y sociales desempeñados, y la conciencia personal de los terapeutas que participamos de la experiencia, se entrelazaron junto con los aspectos técnicos, conceptuales y formativos, y nos llevaron hacia diferentes direcciones, nos condujeron inclusive al impasse, al estancamiento; a la vez que al crecimiento, a la madurez como personas y profesionales.

En las modalidades de supervisión y dirección de equipos terapéuticos, los supervisores prestaron atención a la persona del terapeuta y su influencia en el curso y proceso de la terapia, e integración en equipos de trabajo.

Durante la última etapa del proceso de formación se dio prioridad más que a seguir un modelo determinado, a la integración de los abordados durante la residencia. Ello significó combinar e incorporar partes de teorías, métodos, técnicas, procedimientos variados y propiciar la consolidación de mi propio estilo de trabajo como terapeuta, es decir, el que pudiera verme, sentirme, comportarme, como terapeuta utilizando de manera sincrónica a mi personalidad, diversas modalidades de trabajo. Yendo más allá de la simple aplicación de una técnica como una serie de pasos a seguir. Adicionalmente, el trabajo integrativo me permitió responder a la complejidad de problemáticas y situaciones en las familias; a ser más consciente de las formas peculiares de cada uno para relacionarse con los otros en el contexto clínico, y la construcción de sentidos con ellos.

Puedo concluir en torno a mi experiencia como parte de los diferentes equipos terapéuticos que se conformaron, que podría ser más efectiva en función de que se organizara de tal manera que se optimizaran sus posibilidades de apoyo para el seguimiento de los casos, respecto a su estructura, número, y dirección de los mismos por terapeutas o supervisores con habilidades para el manejo grupal.

En lo concerniente a la experiencia de supervisión considero que hubo posibilidad de estar en contacto con diferentes estilos de abordaje terapéutico debido a que se logró contar con diferentes supervisores durante el transcurso de la residencia; no obstante, en ocasiones se diluía el nexo entre teoría y práctica y algunos supervisores no estaban familiarizados con esta forma de enseñanza- aprendizaje en escenarios clínicos.

## 4.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

El programa de la Maestría además del desarrollo de habilidades clínicas incidió en la consolidación de competencias para la investigación cuantitativa y cualitativa. Se trabajó en la construcción de un instrumento para medir el **maltrato psicológico en varones**. Cabe mencionar que a nivel estadístico los reactivos tuvieron un alto valor discriminativo.

El producto alcanzado puede dar pie a variados estudios teóricos sobre el *maltrato psicológico*, que concierne a ambos géneros y es vivido de manera distinta para uno y otro; pero forman parte de la compleja red de relaciones en que se inscribe la violencia, como una de las mayores problemáticas de nuestro tiempo.

Igualmente se elaboró un proyecto de investigación titulado: *Interacción Social en Conductas de Alimentación con Pacientes Psiquiátricos en el Hospital "La Salud"*, basado en la metodología observacional, y el reporte formal de la experiencia.

De manera adicional se llevó a cabo un proyecto de investigación utilizando metodología cualitativa denominado: **Características de la redes sociales primarias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico "La Salud"**. Del que se presenta el reporte final en el anexo.

Se adquirieron habilidades y competencias para el diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de poblaciones específicas; de observación en escenarios naturales; para el registro, análisis, interpretación y elaboración de un informe acerca de experiencias de investigación; para la obtención de información bibliográfica, a partir de fuentes escritas y en escenarios naturales; para la presentación y difusión de conocimientos. Además del conocimiento de los principios, premisas y fundamentos de la investigación cualitativa y cuantitativa, de diferentes técnicas para la recolección e interpretación de información; y para el trabajo en equipo.



### 4.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

#### 4.3.1 ACTIVIDADES DE APOYO COMUNITARIO

Las actividades de apoyo comunitario se orientaron al diseño, elaboración, selección de material e implementación, participando como profesora adjunta, del diplomado *Trabajo con Familias*, dirigido a profesionales del área de la salud, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); como parte del *programa de capacitación de personal médico y paramédico*. Se llevo a cabo los domingos de cada semana para un grupo y los días viernes para otro.

Además de realizar práctica clínica con pacientes esquizofrénicos y sus familias a nivel de prevención, de orientación, e intervención terapéutica.

En el Programa Psicoeducativo de Orientación 1, se buscó que las familias que tenían un primer contacto con el hospital psiquiátrico y se caracterizaban por poseer un alto grado de ansiedad y culpa, mediante su participación en la actividad, redujeran la ansiedad o el estrés y mejoraran sus estrategias de afrontamiento en el “aquí y ahora”. Se perseguía igualmente favorecer el respeto a los límites interpersonales en la familia, informar acerca de la naturaleza de la enfermedad mental, tratamiento farmacológico, sintomatología, etc. La familia del esquizofrénico sufre a consecuencia del desarrollo de la enfermedad de uno de sus miembros, por lo cual tiene que reacomodar sus esquemas de interacción en pos de contribuir a su rehabilitación.

En el Programa de Orientación 2, se proporcionaron a los familiares elementos teóricos acerca de temas asociados con familia y esquizofrenia: como familia, salud, enfermedad y conceptualización del sistema familiar, posturas teóricas en torno a la misma, ciclo vital, comunicación, reglas, límites, organización, patología en la familia, recursos y resolución de problemas, etc.

En la actividad de Taller de Resolución de Problemas se sensibilizó a los familiares en su participación activa para la rehabilitación de sus enfermos, al desarrollar estrategias de enfrentamiento para problemáticas diversas de la vida cotidiana.

Finalmente formé parte del equipo de atención a familias, donde se proporcionaba un servicio a los pacientes y sus familias en la modalidad de valoración inicial, exploración familiar, intervención terapéutica y valoración final.

### *Valoración inicial*

Se citaba a la familia de los pacientes que iban a **formar parte del grupo** de admisión, y que de manera paralela pasaban por una fase de **valoración psiquiátrica y psicológica** para ser admitidos al servicio. Durante la entrevista con la **familia se extraía** información relativa a la interacción en casa tanto de la familia nuclear **como** extensa, roles, límites, reglas, organización familiar, comunicación, relación entre los **subsistemas**; cómo vivió la familia el proceso de la enfermedad, cambios y **acomodos respecto** a esa situación, problemáticas existentes, recursos de la familia, miembros más **comprometidos para** el apoyo al enfermo; mediante la realización de una entrevista de un máximo **de una hora y media**. Se asignaba a algún miembro o miembros de la familia al grupo de **orientación**, explicándole su objetivo; además se le dejaba una cita abierta a la familia para **pedir** una nueva sesión en caso de que consideraban necesitarla. En otras situaciones se daba **una nueva cita** para explorar con mayor detalle situaciones problemáticas o abordar **alguna problemática** concreta.

En el período en el que realice las prácticas **atendimos** a 26 familias asignadas a valoración inicial.

### *Exploración familiar*

En los casos que era necesaria, se solicitaba a toda **la familia** que acudiera al servicio para una (o más) sesión familiar posterior a la valoración **inicial**. En ella se entrevistaba a la familia con relación a las inquietudes de sus miembros **derivadas de** la primera entrevista o los problemas observados por los terapeutas. Se evaluaba **la interacción y dinámica** familiar dentro del espacio terapéutico, las expectativas de sus **miembros**, los recursos con los que contaba y en virtud de los resultados de esta entrevista, **se les daba** o no una nueva cita. Si así lo ameritaba la situación familiar se les recomendaba **buscar ayuda** de terapia familiar para resolver su situación problemática, o se abordaba **alguna dificultad** concreta.

De las familias asignadas a valoración inicial, se **canalizaron** 13 familias a una segunda o más sesiones familiares.

### *Intervención terapéutica*

Estaba destinada a resolver problemáticas concretas **por las** que pasaran las familias y que interfirieran de alguna manera en la adherencia **terapéutica** de sus pacientes, que

propiciara un clima de tensión en el hogar desfavorable a la rehabilitación de los pacientes, que interfiriera en la puesta en marcha de sus recursos para enfrentarse a las situaciones problemáticas de la vida cotidiana, o en que la preocupación por la situación del familiar enfermo, más que promover su autonomía e independencia para que, por sí mismo desarrollase habilidades de autocontrol, las obstaculizase. Y cuando las mismas familias demandasen trabajar un aspecto específico de su relación como ocurrió en algunos casos en que se hizo la solicitud de trabajar la situación específica de pareja parental.

Esta modalidad de trabajo se llevó a cabo con 3 familias que se habían visto desde la valoración inicial, y 11 familias que ya estaban en proceso.

### *Valoración final*

A las familias de pacientes que ya iban a ser dados de alta se les canalizaba a una sesión con el equipo de familias, donde los terapeutas trabajábamos lo concerniente a su percepción respecto al alta, su evaluación del servicio recibido durante su estancia en el programa, cómo habían vivido la evolución de su familiar; que determinaran lo que faltaba por hacer y cómo podrían empezar a trabajar en función de ello; que tuvieran conciencia de sus recursos para organizarse como familia y evitar recaídas de sus pacientes. Sensibilizarlos a que sentirse bien no era sinónimo de cura, que la atención y el cuidado a la salud no terminaba con la alta del servicio en el hospital, etc. Se hicieron 12 valoraciones finales durante el tiempo en que trabajé como terapeuta en el equipo de familias.

De la experiencia de trabajo puedo señalar que el psicólogo como miembro del personal de salud puede contribuir, gracias a su formación con base en principios éticos claros y con actitudes favorables para el servicio a la comunidad; a resolver los problemas de salud prioritarios a nivel nacional mediante la puesta en práctica de habilidades clínicas para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, a distintos niveles de intervención en salud pública; adecuar las habilidades teóricas adquiridas con los requerimientos que las situaciones prácticas concretas ameritan.

Su incidencia es cada vez mayor en el tratamiento y control en las enfermedades agudas como crónicas. Su papel cotidianamente desvirtuado está siendo valorado y aceptado gracias a que en los tiempos actuales se requiere además de la creciente especialización, de

la integración disciplinar en equipos multi e interdisciplinarios para abordar eficazmente los problemas de salud ofreciendo una panorámica integral de los mismos.

Ya es admitido el papel de los factores conductuales en la génesis, desarrollo y mantenimiento de muchos trastornos y enfermedades de tipo funcional o adictivo, y aun más la importancia de trabajar con el contexto social del enfermo, como en primera instancia es su grupo primario de procedencia que es su familia.

Así pues, dentro de las tareas predominantes de la psicología se encuentra el contribuir a mejorar el nivel y calidad de vida de la población, mediante el trabajo propositivo en diferentes escenarios.

Por otro lado, considero que es posible y necesario el trabajo con familias en el contexto de la atención al enfermo mental, y tal aseveración no es nueva de mi parte sino que es producto de varias décadas de trabajo a nivel institucional con psicóticos.

Según datos de la OMS, la esquizofrenia afecta a 24 millones de personas en el mundo y más del 50% no reciben la atención y/o cuidados apropiados; siendo un importante problema de salud que requiere ser estudiado ampliamente, no sólo en sus aspectos biológicos o médicos; sino psicosociales.

Ackerman, de formación psicodinámica, en 1937 comienza a plantear que las actitudes de las familias pueden influir en los síntomas de uno de sus miembros. Fromm, Sullivan, Horney, destacan la importancia del entorno psicosocial en la génesis de las neurosis y aún de la psicosis. Fromm habló de “*madres esquizofrenógenas*”; Rosen en 1953 de “*madres perversas*”; Whitaker trabajó con esquizofrénicos en el seno familiar; J. Bell comenzó a realizar entrevistas conjuntas a los miembros de la familia para el tratamiento de problemas infantiles. Entre muchos otros autores que se han dado a la tarea de escribir acerca de su trabajo con familias con miembros esquizofrénicos.

Desde mi experiencia en el hospital, puedo afirmar que para ofrecer un servicio cada vez mejor y más efectivo, no hay que restar sino sumar, no escindir, sino integrar, no separar sino propiciar espacios donde la diferencia finalmente confluya de manera armónica y se haga uso de los recursos materiales y humanos con los que se cuenta y no olvidarnos del lema “*nada humano me es ajeno*”.

Mi participación en el programa de Hospital Parcial de Fin de Semana, me permitió el realizar acciones concretas con base en las habilidades teóricas como prácticas adquiridas

durante mi formación profesional especializada en la terapia familiar y fortalecer la confianza en mi trabajo clínico. El cúmulo de experiencias vividas, estoy segura, será una base firme para mi posterior desarrollo profesional y madurez personal.

#### 4.3.2 ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN

- Ponente en el 1er Foro de Psicología: Alternativas de intervención ante la enfermedad mental. Presentando la investigación: *Características de las redes sociales primarias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual del hospital psiquiátrico La Salud*. En el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, el 8 de septiembre del 2003.
- Ponente en el encuentro de egresados 2003 en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México, presentando la investigación: *Características de las redes sociales primarias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual del hospital psiquiátrico La Salud*.
- Ponente en las jornadas de psicología 2003, en el Hospital Psiquiátrico José Sayago, presentando el trabajo “*Esquizofrenia y familia*”.

#### 4.4 ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

- Participación en el taller *Metodología cualitativa* los días 28, 30 y 31 de octubre de 2002 y 15, 16 y 17 de enero 2003; en la Facultad de Psicología, UNAM. Organizado por la Coordinación de Psicología Clínica de la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología y estuvo a cargo del Dr. Fernando Luis González Rey.
- Asistencia al ciclo de conferencias “*Terapia Familiar Integrativa: Perspectivas Transgeneracionales en el Siglo XXI*”, organizadas por el Instituto de la Familia A.C. y The Family Institute al Northwestern University, del 15 al 18 de mayo de 2002.

## **CONCLUSIONES**

### **HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS**

El proceso psicoterapéutico donde confluye un cliente llámese familia, grupo, pareja o individuo y un profesional especializado es un espacio de encuentro, de relación interpersonal de ayuda que se lleva a cabo de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento humano, la vivencia de malestar intra e interpersonal en el seno de las relaciones sociales que establecemos con los grupos ante quienes desplegamos diversas funciones.

En otras palabras, como producto de dicha relación interpersonal, se promueve generar el cambio en las funciones interpersonales de los demandantes del servicio, y que dicho cambio reactive sus recursos, habilidades, capacidades y competencias para mejorar su calidad de vida y de esa manera se generen y mantengan contextos donde los vínculos con los demás además de gratificantes, enriquezcan la vida de los protagonistas de las historias cotidianas que se narran, y se describen en cada encuentro en el espacio psicoterapéutico.

El terapeuta familiar es un especialista en abordar situaciones problemáticas derivadas de los procesos de construcción subjetiva del sí mismo, a partir de la interrelación con diversos grupos humanos de los que cada individuo forma parte.

Es un profesionalista que cuenta con una formación especializada para abordar problemas clínicos desde una perspectiva interaccional, entre el individuo y los otros sistemas sociales; en diferentes contextos donde se desenvuelve: familiar, institucional, comunitario, laboral, escolar, etc.; está habilitado en el manejo de diferentes modalidades de intervención como terapia breve sistémica: estructural, comunicacional, estratégico, basados en problemas, en soluciones, entre otras; además de intervención en crisis. En un trabajo altamente especializado para el fomento de la salud mental; bajo los principios éticos que rigen a su profesión.

A través de la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI se ha probado que estos tiempos tan cambiantes, requieren de profesionalistas que den una respuesta efectiva a

los crecientes problemas de salud mental en el país, optimizando costos en la atención. Las terapias breves sistémicas centradas en el cambio y en el “aquí y el ahora”, han abordado problemas de relación entre diferentes sistemas de manera óptima, lo que también las lleva a replantear sus principios, sus procedimientos técnicos, preguntarse acerca de su devenir y transformarse en función de la emergencia de nuevos sistemas de significado y sentido; y con ello ofrecer nuevas opciones para la acción, el cambio, la construcción de realidades alternativas.

El terapeuta familiar ha tenido que desempeñar diferentes roles en la terapia y posiciones de poder en función del cambio; ser sensible a los aspectos de género que permean todo proceso terapéutico, estereotipos sociales, grupos sociales en que las familias despliegan sus funciones, transiciones en la concepción de la familia y su devenir histórico.

Durante la residencia pude dar atención a la población que demandaba el servicio para resolver problemáticas de diversa índole. Y al mismo tiempo la experiencia fue formativa, ya que a partir de la atención concreta de casos clínicos, incrementé mi experiencia clínica, adquirí y consolidé competencias para la psicoterapia al formar parte de diversos equipos terapéuticos.

Cada usuario del servicio de terapia familiar contaba con un terapeuta, un equipo tras el espejo conformado por estudiantes de la residencia y un supervisor in situ quien siempre tenía un rol activo, ya que estaba al tanto del desempeño del terapeuta, de la puesta en marcha de habilidades clínicas, de los pacientes y el proceso; pero al mismo tiempo del equipo, para quién su participación era una vivencia en un grupo en el que desplegaba variados papeles y un proceso didáctico del quehacer terapéutico.

Como resultado de la experiencia formativa en la residencia, puedo concluir que las competencias clínicas adquiridas como parte de los equipos terapéuticos y terapeuta, pueden ubicarse en cuatro áreas que son:

#### *Habilidades ejecutivas*

Que se refiere al rol asumido como terapeuta con relación a modelos trabajados para poder dirigir la sesión. En ese sentido, conseguí ser flexible, tolerante y espontánea en el vínculo establecida con los clientes en función de los objetivos esbozados para el proceso terapéutico. Implicó desplegar recursos propios y procedimientos para acercarse al otro u

otros de tal forma que pudiera conducir adecuadamente cada una de las etapas del proceso. Además de manejar la forma de dirigirme para establecer el encuadre con claridad, para que las familias supieran quién era el terapeuta, qué, cómo y por qué se iba a seguir cierto procedimiento como parte del proceso.

Desarrollé igualmente habilidades para involucrar a todos los miembros de las familias en las entrevistas.

Dentro de las habilidades ejecutivas conseguí ser sensible a la postura que el terapeuta asume, según los modelos trabajados y ponerla en práctica en casos concretos. Dichas posturas por aproximaciones sistémicas de manera sucinta son:

*Modelo estructural:* El terapeuta se considera a sí mismo como un miembro actuante y recreativo en relación con el sistema terapéutico, usa y subraya los aspectos de su personalidad y experiencia sintónicos con los de la familia para asociarse con ella, con la libertad de “salir del sistema” cuando lo crea necesario. Es promotor del cambio, señala, esclarece partes de la estructura familiar que han permanecido sumergidas, inactivas, flexibiliza el sistema. En general su posición es directiva coligándose a la familia como actor y director. Su postura es de liderazgo, lo que implica su responsabilidad en lo que ocurre como parte del proceso terapéutico. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar y crea las circunstancias que permitan su transformación. Ve a la familia como matriz de curación y crecimiento de sus miembros, funge a su vez de apoyo, comprende y confirma las necesidades de sus clientes y se contempla como un especialista en ampliar contextos.

*Modelo estructural- estratégico:* El terapeuta debe incluirse dentro del problema ya que él contribuye a definirlo, a crearlo. Su posición es directiva, es decir, define la unidad social que puede cambiar para resolver el problema que presenta un cliente, decide si va a actuar en coaliciones y con quién, dirige el proceso desde el momento de clarificar el encuadre, organiza a la familia y maneja la reunión. Asume una posición de experto, sin tener un contacto ni demasiado personal con los miembros de la familia ni demasiado distante. Motiva el cambio utilizando la retórica o técnicas persuasivas. Sabe en todo momento que debe incluirse a sí mismo en la situación social a tratar en la consulta, de que puede funcionar como medio de “control social” y las implicaciones éticas de dicha situación. Siempre acepta la responsabilidad de planear una “estrategia” específica a fin de resolver los problemas del cliente. Es un agente activo del cambio, un estratega. En la perspectiva de



producir cambios rápidos y efectivos sabe que con su actuar ejerce una influencia concreta en el comportamiento y las disposiciones del paciente.

*Terapias breves:* El terapeuta por el mismo hecho de serlo tiene un poder sugestivo, que puede decidir conscientemente aprovechar o no para conseguir el éxito de la terapia. En cualquier caso será él quien dirija el proceso aún si se dice “no directivo”. La dirección del tratamiento es siempre una responsabilidad ética del terapeuta. Además para obtener la complacencia del paciente, usa formas de comunicación persuasiva con miras a provocar mayor efecto en lo que dice. Por ende, requiere contar con un arsenal de herramientas para lograr la sugestión, la persuasión en sus clientes.

*Modelo centrado en soluciones:* La tarea del terapeuta breve consiste en indagar y centrar la conversación terapéutica sobre aspectos de lo narrado que abra las puertas a los recursos, diferencias en conducta problemática, capacidades, habilidades; cuidando siempre de que la familia se sienta comprendida y escuchada. Un aspecto crucial para el éxito en la terapia es que el terapeuta debe definir la relación a partir de que los pacientes o familia se sientan protagonistas de su propio cambio; que tengan claro que los logros son suyos. Todo ello para empoderarlos y mantener su participación activa en cada fase del proceso. Además es consciente de que una forma de interacción con los otros nos puede llevar a la patología y otra a las soluciones a través del uso que le demos al lenguaje. Que el recorte que hacemos a la realidad es sólo una posibilidad, ni la única ni la mejor; y la terapia ha de funcionar como un medio para construir recursos con los otros, en función de sus mundos posibles o viables.

*Modelo de Milán:* El terapeuta busca abrir la posibilidad a la multiplicidad de puntos de vista a través del cuestionamiento circular. Elabora explicaciones parciales acerca de las creencias y mitos familiares a lo que llama hipotetizar. Maneja la neutralidad como una posición de apertura a la realidad única de las personas con que trabaja. Su marco de referencia se ensancha al considerar aspectos históricos, sociales y culturales de las problemáticas que aborda.

*Modelo narrativo:* El terapeuta maneja una postura de coparticipación en los procesos del paciente, es decir es co- constructor de historias junto con él. Busca que la propia familia o paciente decida el rumbo para sus problemas; se les empodera respecto de sus logros y se les da la categoría de “asesores”, en función del éxito que obtengan por poner y

mantener a distancia los problemas. Se espera que los clientes decidan las rutas o caminos que tendrá la sesión terapéutica, que seleccionen de qué temas hablarán y el terapeuta estará atento a las “aperturas” que de manera espontánea se presenten durante la entrevista para retomarlas y dirigir hacia la generación de “narrativas” nuevas o alternativas a los problemas.

*Equipo reflexivo:* El terapeuta coparticipa con el paciente o familia en una situación de conversación donde se le da libertad al cliente de decidir de que le gustaría hablar, discutir, qué tema le quisiera compartir: su tarea es estar al tanto de “aperturas” que le llamen la atención, provoquen su curiosidad y seguirlas mediante preguntas concretas, comentarios o aportaciones a la conversación. Es visto como “inexperto” en el problema del paciente y al cliente como “experto” en su vida y sus dificultades, trata de romper jerarquías o el ejercicio de poder en la terapia. En todo momento al terapeuta le está permitido expresar y compartir lo que piensa de la situación terapéutica con su paciente, incluso se promueve como un recurso para buscar la reflexión del cliente, establecer una diferencia y provocar un cambio.

*Modelo colaborativo:* El terapeuta se ubica en una posición de curiosidad, “de ignorancia”, de “escucha sensible y activa”, formula preguntas conversacionales, no impone una dirección al proceso. Su preocupación esencial es que el lenguaje construye el mundo y su papel es liberar al cliente de un determinado tipo de relato y abrir paso a otras alternativas, abrirle nuevos espacios lingüísticos que le ofrezcan nuevas opciones para la acción. El proceso terapéutico es una conversación, un “hablar con”, “estar en esto juntos”; co- explorar los temas, y co-desarrollar una novedad, un respeto crítico de las diferencias.

### *Habilidades relacionales*

Se refieren a la capacidad de establecer y mantener un ambiente terapéutico efectivo y veraz. Parten de que el terapeuta pueda acceder al otro u otros en una relación interpersonal comprendiéndolos y reconociéndolos en sus diferencias específicas, en su unicidad y humanidad. Ello implica poder mantenerse abierto hacia lo otro, hacia realidades distintas a las propias, con cierta distancia respecto a sí mismo, las propias necesidades, deseos y elevarse hasta la generalidad, pero con la capacidad de regresar a lo concreto, lo específico de sí mismo que puede conectarse con el otro.

Comprender significa en ese sentido *un estar con el otro construyendo sentidos*, narrativas; reconocer en lo extraño, ajeno, lo propio y hacerlo familiar; es llegar a un consenso sobre lo que se habla, trasladar el sentido al contexto en que vive nuestro interlocutor. Incluye entender realmente al otro, a partir de su forma peculiar de conversar, de hacer valer sus puntos de vista y ponerse en su lugar, para poder aprehender lo que dice de su experiencia vital, sin traducirla al lenguaje de nuestra propia experiencia pero tomándola como base.

La construcción de una relación terapéutica efectiva es determinante para el cambio, y requirió en mi práctica clínica, la conformación de un clima empático, colaborativo, de apertura, calidez, comprensión; de una relación libre de prejuicios, acusación o culpabilización. Conllevó el establecimiento de una alianza de trabajo o unión, que consistió en que el cliente tuviera una relación afectiva, una adherencia interpersonal positiva conmigo como terapeuta, que le permitiera trabajar propositivamente en la terapia. Además de mi involucramiento y entendimiento empático como terapeuta, y el acuerdo de ambos en las metas y tareas de la terapia, desde el despliegue por ambas partes de confianza, veracidad y aceptación.

#### *Habilidades teórico conceptuales*

Estuvieron relacionadas con el desarrollo de habilidades para detectar, dirigir, observar datos clínicos relevantes y trasladar las observaciones clínicas a un lenguaje reflexivo y significativo según las diferentes aproximaciones teórico- prácticas abordadas.

Ello requirió en primer término el conocimiento y manejo de los principios teórico-metodológicos de los modelos, para luego aplicarlos a casos concretos y al elaborar los seguimientos y reportes; enlazar la experiencia clínica con los aspectos teóricos, fundamentando de manera precisa y clara.

Así pues, como parte del proceso de formación en sus diferentes etapas, alcancé un mayor nivel de competencia teórico al aprender diversos modelos de terapia familiar sistémica; y el aplicarlos en el contexto de la terapia, aumentó el nivel de competencia clínica, y experiencia concreta en la atención de diferentes problemáticas en la entidad asignada.

Conseguí delimitar, diferenciar, manejar los fundamentos, las bases conceptuales y epistemológicas, principios, conceptos fundamentales, aplicaciones clínicas, que sustentan a los modelos: estructural, estratégico, terapias breves, modelo de soluciones, del grupo de Milán, modelos posmodernos en terapia: Tom Andersen y “el equipo reflexivo”, Karl Tomm y el “interrogatorio circular”, Michael White y “su método deconstructivo”, David Epston y los “medios narrativos”, el enfoque colaborativo.

Con base en las herramientas teóricas logradas, desarrollé habilidades para el diseño o selección de técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional de manera fundamentada: para aplicar métodos, procedimientos y técnicas según los casos presentados y sus contextos e incidir de manera eficaz en las problemáticas tratadas tanto a nivel individual como conyugal y familiar. Al mismo tiempo pude ser flexible para cambiar hipótesis o estrategias en función de lo que la familia vertía en sesión, el rumbo que tomaba la situación, etc. Y de manera paralela evalué cada una de las sesiones terapéuticas con respecto al manejo teórico y técnico, para delimitar posibles alternativas para el manejo efectivo del caso.

Así mismo, conseguí reconocer la interdependencia entre el conocimiento teórico, la práctica profesional y necesidades de la población a que se tuvo acceso; considerando los contextos de la propia familia y del trabajo terapéutico. Inclusive ser sensible a la necesidad de enriquecer el propio trabajo con lecturas adicionales en torno a problemáticas tratadas, es decir, estar actualizado en todo momento para ofrecer cada vez un mejor servicio.

Finalmente integré los conocimientos clínicos teórico- prácticos, obtenidos a lo largo de la Residencia y en función de los casos trabajados. Teniendo como base las necesidades de los clientes y contextos relacionales en que se inserta su problemática.

#### *Habilidades de conciencia personal*

Que giran en torno a la autoconciencia de la vida personal, del propio desarrollo emocional, cognitivo y relacional con la delimitación de su influencia sobre el trabajo clínico y vínculos en él establecidos.

Supone la conciencia creciente, parte del proceso de autoconocimiento de los estilos de afrontamiento, conflictos personales no resueltos, papeles familiares y sociales del pasado y presente, las estructuras cognitivas propias que sirven para generar sentidos, explicar,

funcionar y de ahí responder, percibir, e interpretar hechos y situaciones; del self en relación, o sea, ubicar mi propio estilo interpersonal con sus posibilidades y limitaciones: lo que implica la posibilidad de anticipar, experimentarse e interpretar situaciones interpersonales; además de dar cuenta, en la medida de lo posible de la imagen subjetiva de mi misma como persona y terapeuta; y con todo ello ir integrando mi identidad como terapeuta o “self terapéutico”, basado en la apertura, ser genuino, honesto, con confianza y competencia.

Las habilidades adquiridas en este rubro incluyeron la sensibilización en torno a la cuestión ética del trabajo terapéutico ya sea a nivel individual o familiar, en aspectos de diagnóstico, intervenciones, postura asumida con los clientes o pacientes, etc. Incluyendo el perfil del terapeuta familiar sistémico en función de cada modelo y el propio estilo terapéutico. Logrando con ello una madurez gradual en mi papel como terapeuta.

Los aspectos éticos comprenden vislumbrar, trabajar con actitud de respeto, confidencialidad y compromiso. Ser respetuoso y tolerante a políticas de instancias institucionales y hacia los estilos de los compañeros de trabajo. Al mismo tiempo que el análisis honesto de mi propio desempeño, apegándome a las normas de la ética profesional, la búsqueda de las observaciones y sugerencias de supervisores y compañeros con miras a mejorar mi labor. Siendo siempre una observadora activa de mi propio trabajo clínico y el de otros colegas, para seguir aprendiendo sobre la marcha de la clínica y sus requerimientos.

Ello requirió el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo como son: discusión de casos, fundamentación de mis propias ideas, expresión de las mismas, disposición para trabajar con los otros y conjuntar las diferentes posturas y aptitudes en un único producto; tolerancia, flexibilidad, aceptación de los demás.

En torno a la investigación, enseñanza y difusión del conocimiento; se conquistaron habilidades para la obtención de información desde de fuentes escritas y en escenarios naturales; para el registro, análisis, síntesis, interpretación y elaboración de un informe acerca de experiencias de observación e indagación en torno a temáticas o problemáticas específicas, según la metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Y para la difusión del conocimiento.

Además del desarrollo y puesta en práctica de habilidades clínicas en la atención terapéutica a familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia, exposición de temas con objetivos psicoeducativos y quehacer en equipos multidisciplinarios en el área de la salud; incluyendo el diseño y dirección de programas formativos para profesionales acerca de la familia y el trabajo clínico.

Cabe mencionar que el proceso de formación como parte de la residencia concluyó en el tiempo delimitado de antemano, pero la labor clínica incluye un aprendizaje continuo como parte de un proceso permanente de revisión y actualización teórico- práctica.

En general, considero que la experiencia clínica como parte de la Residencia en la Maestría, sería más enriquecedora, si la práctica se ubicara en distintos escenarios o sedes y no se limitara a uno, ya que ello abriría las oportunidades para desarrollar un trabajo con poblaciones diversas, que requerirían un acomodo a diferentes contextos sociales y que abriría más posibilidades laborales concretas al terapeuta familiar a nivel institucional y no sólo en el ámbito privado, entorno en que se da de manera preponderante la práctica profesional del mismo. Asimismo, que el programa promoviera más la investigación el desarrollo de líneas de investigación que enriquecieran el quehacer terapéutico en el ámbito de la terapia familiar.

## REFERENCIAS

- Ackerman, Nathan. (1988). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: Psicodinamismo de la vida familiar. Buenos Aires: Horme.
- Andersen, Tom. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, Harline. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos en colaboración. En Steve Friedman (comp.). El Nuevo lenguaje del cambio: la colaboración constructiva en psicoterapia (pp. 225-250), Barcelona: Gedisa.
- Andolfi, Mauricio. (2001). Terapia familiar. Un enfoque interaccional. España: Paidós.
- Aréchiga, Hugo. (2001). El universo interior. México: La ciencia para todos, FCE.
- Bateson, G. Y Ruesch, J. (1984). Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Barcelona: Paidós.
- Bateson, Gregory.(1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bateson, Gregory. (1993). La unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, Gregory. (1997). Espíritu y naturaleza (1ª reimp.), Argentina: Amorrortu editores.
- Bertalanffy, Ludwig Von. (2002). Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. México: FCE.
- Bertalanffy, Ludwig Von, Weinberg G. M.. (1987). Tendencias en teoría general de sistemas. Madrid: Alianza universidad.
- Bollini, Ma. Teresa. (1994). La teoría general de los sistemas y el origen olvidado de una psicología sistémica. Argentina: Lumen.
- Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco, Hoffman, Lynn y Penn, Peggy. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica. Argentina: Amorrortu editores.
- Burin, Mabel. (2001). La relación entre padres e hijos adolescentes. En Mabel Burin e Irene Meler. Género y Familia (pp. 193-210), Buenos Aires: Paidós.
- Burin, Mabel. (2001). La mediana edad: ¿Crisis o transición?. En Mabel Burin e Irene Meler. Género y Familia (pp.211-232), Buenos Aires: Paidós.

- Cade, Brian, y O'Hanlon, Hudson. (1995). Guía breve de terapia breve. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. (1993). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. Sistemas familiares, 9, (3), 21-31.
- Cecchin, Gianfranco. (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En Sheila Mc Namee y Kenneth J. Gergen. La terapia como construcción social (pp. 111- 120), Barcelona: Paidós.
- Checkland, Peter. (1993). Pensamiento de sistemas, práctica de sistemas. México: Megabyte, Grupo Noriega Editores.
- De Oliveira, Orlandina y Ariza, Marina. (2001). Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano. En Cristina Gómez (comp.). Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica (pp. 129-145), México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- De Shazer, Steve. (1995). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, Steve. (1996). Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, Steve. (1997). Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución. España: Gedisa.
- Efran, Jay S. Y Leslie E. Clarfield. Terapia construccionista: sentido y sinsentido. En Sheila Mc Namee y Kenneth J. Gergen. La terapia como construcción social (pp. 233-251), Barcelona: Paidós, 1996.
- Elkaïm, Mony. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?. Psicoterapia y familia, 9, (2), 4-12.
- Elkaïm, Mony. (2000). Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico. Barcelona: Gedisa.
- Epston, David; Michael White y Kevin Murria. Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En Sheila Mc Namee y Kenneth J. Gergen. La terapia como construcción social. (pp. 122- 141), Barcelona: Paidós.
- Feixas Viaplana, Guillem y Villegas Besora, Manuel. (1990). Constructivismo y psicoterapia. Barcelona: PPU.



- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Foerster, Heinz Von. (1996). Las semillas de la cibernética. obras escogidas. (Marcelo Pakman, ed.), Barcelona: Gedisa.
- Haley, Jay. (1997). Terapia de ordalía: caminos inusuales para modificar la conducta. Argentina: Amorrortu editores
- Haley, Jay. (1999). Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia eficaz. Argentina: Amorrortu editores.
- Gergen, Kenneth J. (1996). Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós.
- Guerin, Philip J. edit. (1976). Family therapy: Therapy and practice. [Terapia familiar: terapia y práctica]. New York: Garden Press, American Orthopsychiatric Association.
- Goldenberg, Irene y Goldenberg, Herbert. (2000). Family Therapy an Overview. [Un panorama sobre la terapia familiar]. (5a. ed.). USA: Brooks/Cole, Thomson Learning.
- Hoffman, Lynn. (1998). Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. (4ª reimpresión), México: FCE.
- Hubble, Mark A., Duncan, Barry L. y Miller, Scott D., (2001). The Heart & Soul of Change. What works in therapy. [El corazón y el alma del cambio. Que funciona en terapia]. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hudson O'Hanlon, W., Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Laing, Ronald David. (1967). Cordura, locura y familia: Familias de esquizofrénicos. México: FCE.
- Laing, Ronald David. (1971). El cuestionamiento de la familia. Buenos Aires: Paidós.
- Lax, William D. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En Sheila Mc Namee y Kenneth J. Gergen. La terapia como construcción social. (pp. 93- 110), Barcelona: Paidós.
- Lorentzen Gordillo, Irma Judith. (1986). Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. durante el primer año de servicio (período comprendido del 1º de agosto de 1981 al 1º de agosto de 1982). Tesis Maestría inédita, Facultad de Psicología: México.

- Mc Namee, Sheila y Gergen, Keneth J. (1996). La terapia como construcción social. España: Paidós.
- Madanes, Cloé. (1993). Terapia familiar estratégica. Argentina: Amorrortu editores.
- Massey, J. L. (1982). Información, máquinas y hombres. En Frederick J. Crosson y Kenneth M. Sayre. Filosofía y cibernética (pp. 37-58), México: FCE.
- Meller, Irene. (2001). Amor y convivencia entre los géneros a fines del siglo XX. En Mabel Burin e Irene Meler. Género y Familia (pp.129-162), Buenos Aires: Paidós.
- Meller, Irene. (2001). El pasaje de la pareja a la familia. Aspectos culturales, interpersonales y subjetivos. En Mabel Burin e Irene Meler. Género y Familia (pp.163-191), Buenos Aires: Paidós.
- Meller, Irene. (2001). El divorcio: la guerra entre los sexos en la sociedad contemporánea. En Mabel Burin e Irene Meler. Género y Familia (pp.233-256), Buenos Aires: Paidós.
- Meller, Irene. (2001). Construcción de la subjetividad en la familia posmoderna. Un ensayo porspectivo. En Mabel Burin e Irene Meler. Género y Familia (pp.373-398), Buenos Aires: Paidós.
- Miller, Scott D., Duncan, Barry L. y Hubble, Mark A. (1997). Escape from Babel. Toward a unifying language for psychotherapy practice. [Escape de Babel. Hacia un lenguaje unificado para la práctica psicoterapéutica]. New York/London: W.W. Norton y Company.
- Minuchin, Salvador. (1999). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, Salvador y Fishman, Charles H. (1999). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.
- Minuchin, Salvador, Nichols, Michael P. (1994). La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación. Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Navarro Góngora, José. (1995). La entrevista: formatos y aplicaciones. En J. Navarro Góngora y Maek Beyebach (comps.). Avances en terapia familiar sistémica (pp. 23-39), Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, Robert A. y Mahoney, Michael J, (comps.). (1998). El constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Nichols, Michael P, Ph. D. and Schwartz, Richard C. Ph.D. (1994). Family Therapy, concepts and methods. [Terapia familiar, conceptos y métodos]. EUA: Allyn and Bacon.

- Pakman, Marcelo. (1996). Comentario introductorio de Las semillas de la cibernética. (pp. 15-29, 33-38, 83-108, 173-177), Barcelona: Gedisa.
- Paz, Octavio. (2003). La llama doble. México: Seix Barral.
- Salles, Vania. (2001). Familias en transformación y códigos por transformar. En Cristina Gómez (comp.). Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica (pp.103-125), México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Sánchez y Gutiérrez, Daniel. (2000). Terapia Familiar: modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1998). Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transición esquizofrénica. Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. E. (1985). A minimal map of cybernetics. The family therapy networker, 9 (1:26), 3-12.
- Todd, Thomas C., Storm, Cheryl L. (1997). The complete systemic supervisor. Context, philosophy and pragmatic. [El supervisor sistémico completo. Contexto, filosofía y pragmática]. USA: Allyn & Bacon.
- Tuirán, Rodolfo. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En Cristina Gómez (comp.). Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica (pp. 23-65), México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Wainstein, Martín. (2000). La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional. En Paul Watzlawick y Giorgio Nardone (comps.). Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. (pp. 51-59), Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, Paul, Bavelas, Beavin y Jackson, D.D. (1997). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, Paul, Weakland, John H. y Fisch, Richard. (1999). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, Paul, y Nardone, Giorgio. (comps., 2000) Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona: Paidós.

- Whitaker, Carl A. y Bumberry, William B. (1991). Danzando con la familia: un enfoque simbólico experiencial. Barcelona /México: Paidós.
- White, Michael. (1994) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, Michael y Epston, David. (2002). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- White, Michael. (2002). Escribir la vida. Entrevistas y ensayos. Barcelona: Gedisa.
- Wiener, Norbert.( 1981). Cibernética y sociedad. México: CONACYT
- Wiener, Norbert. (1998). Cibernética: o el control y comunicación en animales y máquinas. Barcelona: Tusquets Editores
- Wilson, Brian. (1993). Sistemas: conceptos, metodologías y aplicaciones. México: Megabyte, Grupo Noriega editores.
- Yamamoto Okasaki, Silvia C. y Hernández Vargas, José G. (1991). Importancia de los factores étnicos en la terapia familiar. El contexto mexicano. Psicoterapia y familia, 4, (2), 6-18.
- Zuk, Geraldh e Boszormenyi-Nagy, Ivan, (comps.). (2002). Terapia familiar y familias en conflicto. México: FCE.

**ANEXO**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN:  
POR: PÉREZ VELÁZQUEZ CÉSAR Y  
PINEDA GUTIÉRREZ ELIZABETH

## **CARACTERÍSTICAS DE LA REDES SOCIALES PRIMARIAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA RESIDUAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LA SALUD**

### Resumen

Este estudio de campo delimita las características de las redes sociales primarias y las dimensiones de identidad que cobran, en la historia de los intercambios que guardan con los otros; en cuatro pacientes diagnosticados con esquizofrenia residual en el Hospital Psiquiátrico “La Salud”. Las relaciones que perciben como relevantes y no sufren modificaciones a través del tiempo se circunscriben a la familia nuclear. Las características estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos han sufrido cambios por la integración de nuevos miembros, muerte, proceso de la enfermedad e internamiento. Las funciones de sostén se recargan en pocos miembros, lo que lleva al agotamiento y debilitamiento de los lazos afectivos. La configuración de su red dentro del hospital está en función de los patrones de relación desplegados en su historia de vida. Las políticas institucionales deben incluir activamente redes sociales de apoyo a nivel comunitario para la promoción y cuidado de la salud.

El presente estudio se inscribe dentro de la investigación cualitativa, está situada dentro de un paradigma fenomenológico ya que pretende dar cuenta de la experiencia vital, para conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, bajo este paradigma lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que las personas definen su mundo y actúan en consecuencia. Del construccionismo social retomamos los planteamientos que nos permiten ubicar la experiencia vital de los sujetos como una “narración”, contemplada como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida, donde la comprensión se desarrolla a partir de los relatos compartidos en un contexto histórico social determinado.

Se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico “La Salud”, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Se aplicó una entrevista a profundidad de carácter

informal<sup>1</sup>, a cuatro pacientes varones seleccionados para el estudio. Dichas entrevistas se grabaron en audio y duraron entre 60 y 80 minutos. De manera previa se elaboró una lista de temas a focalizar durante su desarrollo. Además se obtuvo información pertinente para el estudio mediante la elaboración de notas de campo, registros anecdóticos, documentos como: cárdex y expedientes clínicos.

Como producto de la información obtenida, buscamos delimitar las características estructurales y funcionales de las redes sociales primarias, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual y determinar su relación con el proceso de la enfermedad mental. Al mismo tiempo fue importante el establecer el vínculo existente entre las características de la red y su articulación con los intercambios de apoyo en el plano institucional, del que formaban parte las personas bajo estudio.

Las características de las redes sociales en tanto estructura, funciones, número y tipo de relaciones, fueron situadas desde tres momentos en la historia de vida de las personas: antes de la enfermedad, durante su proceso y a partir de su internamiento.

Durante el proceso de la investigación, surgieron interrogantes acerca de la dimensión de identidad que los sujetos cobran, a la luz de la historia de los intercambios que guardan con los otros, a la que llamamos *otredad*; y responden a: cómo se perciben en el ámbito de las relaciones que establecen con su red social primaria; quiénes son para los otros, y quiénes son los otros para ellos.

Nuestro objetivo fue el acercarnos a la visión personal y subjetiva de los pacientes, en torno a sus relaciones y vínculos significativos, en el marco del proceso personal en que viven la enfermedad mental; para con ello intentar dar voz a las personas que históricamente han sido despojadas de sus derechos, y se ha puesto en entredicho su capacidad para percatarse y participar del mundo que les rodea.

Igualmente buscamos resaltar la importancia de las redes sociales como recurso, para alcanzar las metas que toda institución de salud se propone, entre ellas: el procurar el bienestar físico, psicológico y social de los usuarios de los servicios, y en el caso de los pacientes psiquiátricos, su reinserción a la sociedad en las mejores condiciones posibles. Lo que no es factible, si no se cuenta con una red de apoyo que sirva como nicho social, en el

---

<sup>1</sup> No hubo una secuencia estructurada y fija a seguir para el desarrollo de la entrevista, estaba en función de las temáticas surgidas en el transcurso de la conversación y no se estableció un lugar fijo para su realización.

que el individuo una vez que ha sido dado de alta, pueda realizar las actividades para una vida social plena.

Lo anterior es imprescindible para proponer líneas a seguir, y acciones concretas que consideren al paciente mismo y las redes sociales de las que forma parte y puedan llegar a ser una pieza clave en los tratamientos para este significativo problema de salud. Acercarse a la forma en que las personas entrevistadas perciben sus redes sociales primarias, y la manera en que el mundo cobra sentido para ellos, nos lleva a esbozar interrogantes respecto a los modelos de atención imperantes en México en las instituciones encargadas de promover la salud mental y la rehabilitación del enfermo mental.

Los aspectos conceptuales en que se ubica el proyecto, parten del paradigma que surge con el desarrollo de la teoría general de los sistemas, llevada al campo de la observación clínica, donde a través del espejo unidireccional los observadores comienzan a cuestionar la visión lineal de los modelos biomédicos e históricos, que se tenían de los sujetos en un marco de tratamiento individual; ya que al observar a dichos sujetos con su familia, se evidenciaron elementos de interacción e información que daban un sentido diferente a la conducta de los individuos.

Gregory Bateson establece una distinción entre el mundo de los objetos y el mundo de las formas vivas. El mundo físico, el mundo de Newton, supone un modelo de bola de billar, en el que la causalidad es lineal y las fuerzas actúan unidireccionalmente sobre las cosas. Bateson objeta diciendo que el mundo de las formas vivas está mal explicado al compararlo con una mesa de billar, en el mundo de las formas vivas no sólo las fuerzas sino también la información y las relaciones son importantes. (Hoffman, 1998, p. 18)

En el contexto de una familia específica, o red de relaciones delimitada, la interacción cotidiana plantea un intercambio de información, donde la respuesta de cada uno de sus miembros no responde a las características físicas del mensaje, sino al vínculo establecido entre ellos; el contexto en el cual se da el mensaje, los niveles de comunicación tanto analógico como digital, la secuencia de interacción.

Así pues, para referirnos a la epistemología sistémica, en la que se enmarca nuestro trabajo, debemos remitirnos a la noción de sistema y cómo ha sido utilizado por los teóricos en el campo de la terapia familiar.

Etimológicamente el término *sunistemi* “sistema” designa *un conjunto formado de partes, elementos u objetos relacionados entre sí y que es necesario comprender en su recíproca articulación.* (de la Reza, 2001, p. 15)



Bertalanffy señala que los teóricos de sistemas coinciden en que el concepto de sistema no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier todo que consista en componentes que interactúan. Para él *todo organismo es un sistema o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejerce interacción recíproca.* (Eguiluz, 2001, p. 111)

Por otro lado, Bateson hace referencia a la noción de sistema y lo asume como “*un espíritu que es un agregado de partes y componentes interactuantes*” (Bateson, 1998, p. 106)

Andolfi (1990), además de otros teóricos en el campo de la terapia familiar, sostiene que es necesario considerar a la familia como *un todo relacional* para acceder al estudio del individuo en su contexto de interacción llámese familia o sistemas más amplios como los barrios, comunidad, una población específica u otros grupos sociales.

En los grupos sociales podemos encontrar sistemas a distintos niveles de amplitud y complejidad. La familia, como ya se mencionó, es vista como una totalidad en sí misma, que es más que la suma de sus componentes interactuantes; pero alrededor de ella confluyen sistemas más amplios que la contienen, con los que intercambia información. La unidad de análisis en el estudio que nos ocupa no se circunscribe a la familia, sino a las redes sociales en las que se mueven y adquieren identidad los seres humanos, donde la familia es sólo uno de los elementos integrantes de la red, que constituye un radio más amplio de influencia a nivel individual o grupal en el marco de las relaciones sociales.

Para ello hemos de remitirnos a los planteamientos de los estudiosos de las redes sociales, a las que se han aproximado desde distintas áreas del conocimiento como la sociología, antropología, psicología social; y la clínica que propone un modelo de intervención basado en dichas redes, donde encontramos autores como: Sluzki, 1984, 1989, 1990, Bronfman, 2000, y Elkaïm, 1989, 1996.

Desde una perspectiva sociológica, el trabajo con las redes destaca su influencia en fenómenos sociales tales como: la marginación, la pobreza, crisis de identidad, la enfermedad.

Para Elina Dabas en 1993, la red social implica *un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo.* En este punto diríamos que *es un sistema abierto que a*

*través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. (1998, p. 21)*

Vander (1990) define a la red como *una trama de relaciones sociales que parten de un individuo ligándolo en forma directa a otros y, a través de éstos, indirectamente a muchos más. (en Dabas, 1998, p. 302)*

Por otro lado Elkaïm define la red social como:

Un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. Es, es síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esta unidad y la sociedad, es lo que subsiste del aspecto tribal de las sociedades primitivas. Los equivalentes modernos son las reuniones familiares, el parentesco, las bodas y los funerales. (1989, p. 24).

De la totalidad de las redes sociales, nos interesa particularmente la red social primaria del paciente psiquiátrico.

Elkaïm llama a la red social personal, "*red primaria*" y se refiere a ella como *el conjunto de relaciones afectivas que mantiene una persona, y donde agota sus principales recursos psicosociales*. Este conjunto de relaciones interpersonales conforma las primeras mallas del tejido social.

En este sentido, retomamos a Sluzki, quien conceptualiza a *la red social personal como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad*. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo a su imagen de sí. Constituye una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y capacidad de adaptación a una crisis. (1990, p. 42)

A su vez, la red social personal puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes, a saber:

- Familia.
- Amistades.
- Relaciones laborales.
- Relaciones comunitarias.

Las características estructurales de tal red son:

- *Tamaño*: número de personas en la red. Las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas.
- *Densidad*: la conexión entre miembros, independientemente del informante.
- *Composición- distribución*: es la proporción del total de miembros de la red, que esta localizada en cada cuadrante y cada círculo.
- *Dispersión*: es la distancia geográfica entre los miembros.
- *Homogeneidad o heterogeneidad demográfica*: agrupación según la edad, sexo cultura y nivel socioeconómico, con ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización. (Sluzki, 1989)

Además de sus características, las redes sociales cumplen diversas funciones que pueden agruparse en: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos.

Es importante considerar que las redes sociales no son estáticas, responden a circunstancias de parentesco, cercanía espacial, necesidades afectivas, incluso los mitos o sistemas de creencias, fines consumistas o comerciales, situaciones de emergencia. Las redes pueden ser rotas por diversas circunstancias, ser relativamente estables o temporales. Igualmente, las peculiaridades de la red social que cualquier individuo establece responden a las estructuras sociales en el marco espacial y temporal del contexto donde se vive. En el México actual, los fenómenos migratorios, polarización social, hogares rotos, padres ausentes, madres trabajadoras, industrialización, libre comercio, urbanización, enfermedades como la locura o “enfermedad mental”; inciden determinantemente en la naturaleza y características de las redes sociales que los individuos y las familias establezcan.

Dentro de los estudios que se han efectuado respecto a enfermedad y red social encontramos el trabajo con multifamilias y su quehacer autogestivo en el ámbito hospitalario en Argentina, por Elina Dabas (1998) y su equipo.

Igualmente Klefbeck (1995) comienza a trabajar con niños donde los padres no podían responder a sus necesidades, en el servicio de Bienestar Social, en 1978 en Bortkyrka, Estocolmo Junto con un equipo de trabajo, inician una investigación sobre el trabajo en red en 1984, que concluye en 1987 destacando las perspectivas del “trabajo en red con familias

multiproblemas”. En 1989 fundan el centro de atención en situaciones de crisis con niños, con la perspectiva de red, y en 1992 crean la institución: “Proyectos Nórdicos de Red”.

Define a la perspectiva de red como la posibilidad de considerar y tener un conocimiento de la totalidad del contexto de un individuo cuando trabajamos con él, es decir, las relaciones que la persona puede tener en su comunidad y que influyen en su bienestar, en la enfermedad, el despliegue de recursos y su adaptación general en diferentes ámbitos sociales. Señala que los métodos de abordaje en red se utilizan en escenarios comunitarios, escolares, hospitalarios, para intervenir en los más variados problemas sociales, y son: a) *Movilización de la red*: utilizado para activar a las personas significativas que conforman la red de una persona en situación de crisis, para lo que se mapean los recursos de la red y la responsabilidad se divide entre los que conocen mejor a la persona y se le puede vislumbrar como rastreo, trascendencia de límites y apertura de relaciones establecidas; b) *Diseño del mapa de la red*: representación de las relaciones de la persona en cuatro campos: familia, parientes, compañeros de estudio y/o trabajo, amigos y personas con alguna autoridad.

Mario Bronfman (2000) desarrolla su trabajo en la ciudad de México, donde estudia la relación entre la muerte infantil, familias y redes sociales. Concluye que la experiencia de mortalidad se relaciona con las características de las familias y su capacidad para conformar redes sociales. Entre las condiciones y formas de vida que encontraron como factores de riesgo para la muerte infantil, están: la pobreza y marginación; estrés, ignorancia y la cotidianidad del riesgo, que se refieren a que hay conductas, actitudes, creencias y valores en la madre que le impiden tomar decisiones adecuadas frente al peligro de enfermedades y otras circunstancias de la vida cotidiana. Su escolaridad y nivel de conocimientos adquiridos, aunados a la dinámica familiar, definida como los modos en que funcionan e interactúan sus miembros.

En el fenómeno de la muerte infantil dentro de las familias entonces, se condensan un conjunto de situaciones y actores estrechamente relacionados entre sí y la presencia o ausencia de las redes solidarias familiares y no familiares, además de su funcionamiento, y la capacidad o disposición de los miembros de las familias para hacer uso de ellas, en caso necesario, tienen importancia crucial.

En el contexto psiquiátrico, en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, en Bogotá, Colombia; Hernández y Contreras, llevaron a cabo una investigación sobre la red social del paciente con diagnóstico de episodio psicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas, enmarcada dentro del enfoque cualitativo, con diseño multidimensional eco-sistémico-constructivista; y los resultados a los que llegaron es que el sistema de creencias alrededor de la enfermedad mental y el estigma social de “loco” incide en la existencia y calidad de las redes sociales de los pacientes, y delimitan la necesidad de potenciarlas de manera tal que coadyuven a la rehabilitación del paciente psiquiátrico y evitar las recaídas.

En nuestra investigación, la enfermedad mental se retomó, no a partir de las nosologías psiquiátricas, psicológicas, neurológicas, sino de su historia en función de su existencia en el seno de las relaciones sociales, que se establecen en diferentes contextos históricos, sociales, culturales, temporales; asumiendo que la relación crea identidades, sostiene estructuras, delimita formas de funcionamiento de sistemas cada vez más complejos en las sociedades.

Los principios básicos pertinentes para nuestro estudio, derivados del construccionismo social, son los siguientes:

- La *autoconcepción* no es una estructura cognitiva privada y personal sino que es un discurso acerca del yo: la representación de los lenguajes disponibles en la esfera pública. El yo es una narración inteligible en el seno de las relaciones vigentes, por consiguiente, es un relato acerca de los relatos. La narración o sentido del yo, no sólo surge por medio del discurso con otros, sino que es nuestro discurso con otros.
- El punto de vista *narrativo* sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida, es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado y estable. Se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. (Gergen, 1996)
- El lenguaje, el significado y la comprensión que se desarrollan entre las personas, se circunscribe al diálogo. A través de la comprensión local, es decir, ceñida a un contexto específico, uno explica íntimamente los recuerdos, las percepciones y los

relatos. Por medio de este proceso se mantiene abierto el espacio para la continuidad de una narración nueva con nuevos relatos; y con ello, para el nuevo futuro. (Anderson y Goolishian, en Mac Namee, y Gergen, 1996)

- El *lenguaje* es visto como un sistema abierto y contextualizado de discursos que se organizan en la dimensión narrativa de significados, creados en situaciones de relación.

Así pues, si se parte de las premisas construccionistas de que lo racional no es un producto de las mentes individuales, sino el resultado de la participación en rutinas locales de intercambio, los conceptos como enfermedad mental y/o patología; no pueden ser tomados como criterios de verdad en su generalidad, sino que nos llevan a regresar al individuo, para comprenderlos de manera más cabal, en el contexto histórico social en que se generen. Por ello nos remitimos a Michael Foucault quien hace un interesante estudio de la historia de la locura.

El personaje del “loco” ha sido una constante a través de la historia de la civilización, asimismo ha estado inmerso como uno de los protagonistas de los discursos de poder en diferentes órdenes histórico sociales. Es contemplado como “lo otro” que se encuentra en el límite de las estructuras del orden social imperante; al mismo tiempo forma parte de ellas y tiene el papel fundamental de delimitarlas, de darles forma, de verse a través de lo que se niega, de sus límites, lo que no está ni dentro ni fuera; es aquello que permite a lo homogéneo diferenciarse, distinguirse de los otros.

El loco es el otro por relación a los demás: el otro en el sentido de la “excepción” entre los otros en el sentido de lo universal. Toda forma de la interioridad queda conjurada ahora: el loco es evidente, pero su perfil se destaca sobre el espacio exterior; y la relación que lo define, lo ofrece entero por el juego de las comparaciones objetivas a la mirada del sujeto razonable. Entre el loco y el sujeto que pronuncia “aquel es un loco” se ha abierto una distancia que ya no es el vacío cartesiano del “yo no soy aquel”, sino que se encuentra ocupada por la plenitud de un doble sistema de otredad: distancia ahora ocupada por señales, por consiguiente medible y variable; el loco es más o menos diferente en el grupo de los otros que, a su vez, es más o menos universal. (Foucault, 1998a, p. 285)

Las sociedades a través de los tiempos han mirado a lo diferente y dentro de ello “lo loco” de variadas formas, fue contemplada hasta el siglo XVI como una forma de la razón. Locura y razón forman parte de un continuo, donde la locura es una forma exacerbada de la razón. En la sociedad el loco es reconocido como parte integrante de la misma y al parecer cumple una función importante dentro de ella, ya que aparece como una conciencia crítica,

que en el siglo XVI señala la estupidez de la razón y esto se muestra en algunos pensadores de la época como Erasmo de Róterdam, Pascal, etc. *“La verdad de la locura es ser interior a la razón, ser una figura suya, una fuerza, necesidad para asegurarse mejor de sí misma”*. (Foucault, 1998a, p. 62)

En el siglo XVII asistimos a la ruptura de ese continuo armónico entre lo homogéneo y lo diferente, donde se intenta poner límites a la razón y la sinrazón. Es el siglo del racionalismo y el advenimiento de la burguesía al poder, con todas las implicaciones económicas, sociales, científicas, éticas y morales que conlleva.

En la estructura jurídica que se empieza a conformar, la miseria es concebida como desorden. Los estados nación que se establecen, se dan a la tarea de ocupar las edificaciones que habían quedado desocupadas por los leprosos, además de crearse nuevas y funcionan como casas de corrección donde son internados de manera general, el indigente, los ancianos, los criminales, los deficientes, los que sufren de algún tipo de enfermedad venérea, y todo aquel que bajo la mirada de la mayoría se percibiera como diferente o trastocara el orden social que se pretendía alcanzar. La ociosidad se convierte en la madre de todos los vicios y el internamiento pretende borrar todo efecto social visible del desempleo y la miseria, fungiendo como un medio de control social. En palabras de Foucault *“trabajo y ociosidad trazan una línea divisoria en el mundo clásico que ha sustituido a la gran exclusión de la lepra”*.

En este nuevo orden moral la comunidad rechaza la caridad. La asistencia al pobre, al necesitado, al enfermo corresponde al orden jurídico, que pretende ocultar y más tarde corregir. Foucault menciona que el internamiento y todo el régimen policíaco que lo rodea, sirven para controlar cierto orden de la estructura familiar, que vale a la vez de regla social y de norma de la razón. La familia con sus exigencias, se convierte en uno de los criterios esenciales de la razón; y es ella, antes que nada, la que exige y obtiene el internamiento. (1998a, 1998b)

En resumen, el trato que se le da al loco, se debe a que ha franqueado las fronteras del orden burgués, para enajenarse más allá de los límites sagrados de la ética aceptada. El loco forma parte de esa masa anónima de alienados y no logra aún distinguirse entre ellos, así pues, no se piensa siquiera en su cura, sino en la corrección. Los alienados son todos

aquellos que se han apartado del surco, del camino, que la ética burguesa ha trazado en su fin de modernidad y progreso.

El loco se convierte en la frontera de lo humano y, excluido en los grandes internamientos junto con los demás alienados, forma parte de lo que Foucault llama el “*jardín de las especies*” por ser un terreno fértil para la clasificación.

La clínica debe su nacimiento a la necesidad de poner orden a esta masa homogénea de personas reclusas (habría que recordar que ocho de diez ciudadanos franceses en algún momento sufrieron la reclusión y la población de los internamientos llegaba a rebasar toda proporción aceptable para la nación), y para lograrlo, se vale de un procedimiento inductivo. Retomando a Aristóteles, tratan de agrupar en función de similitudes y diferencias la gran variedad de síntomas y conductas que se observaban en las personas reclusas. El advenimiento de la botánica y el esfuerzo de los naturalistas franceses de clasificar a la naturaleza concebida como una repartición de cualidades, provoca a inicios del siglo XVIII un gran afán clasificador, donde se busca pasar del orden o clasificación natural, a ubicar en familias, géneros, clases y especies; a toda manifestación de desorden social.

La mirada, es el vehículo para aprehender la esencia de las enfermedades desde antes del siglo XVIII, sentido que hace un escrutinio para crear series de signos y síntomas emparentados por cercanía o sucesión en el tiempo. Lo observado entra a formar partes de categorías diferenciadas, donde cambian elementos de un contexto histórico- social a otro, pero la esencia del discurso que sustenta ese trabajo es exactamente el mismo. La medicina moderna surge con la gran sistematización de la enfermedad, en un discurso coherente que se dice “científico” y por ende “verdadero”, y se instaura como un conocimiento al que sólo pueden acceder los iniciados y delimitado a la percepción de espacios y formas en el cuerpo.

Foucault (1996) hace un análisis detallado de la mirada, como la aprehensión por los sentidos de las características físicas de los objetos, a su vez, para que exista el objeto, se han de delimitar aspectos cuantitativos como peso, dimensión, tamaño, volumen, forma. El cuerpo humano es el espacio euclidiano donde converge la mirada. Cumpliéndose así el principio aristotélico al hacerlo objeto del discurso en un nivel descriptivo, con las taxonomías clasificatorias. Entra el individuo en el lenguaje de la racionalidad que se



instaure como criterio de la verdad científica y en ese mismo camino el lenguaje se convierte en algo ajeno a la subjetividad humana. Fenomenológicamente hablando hay un vuelco, el sujeto se ha vuelto objeto, el ser humano es objeto de estudio de otro ser humano y es observado a través de una lente particular que sólo está encaminada a verificar en cada caso clínico, los criterios nosológicos que sustentan el saber médico. Se observa al hombre como puede hacerse a las estrellas o a la flor y en esa línea al agruparlo en una categoría, se le aparta de sí mismo, se le diferencia y se le excluye.

La mirada del otro es la muerte, porque el sujeto es desprovisto de toda su experiencia fenomenológica, al pasar por alto su vivir y sentir cotidiano del mundo, el cuerpo y el sufrimiento del otro son sólo espacios de poder donde se recrean las nosologías o criterios diagnósticos.

En este sentido, Foucault afirma que: el objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo modificadas. Esta reorganización formal y de profundidad, más que el abandono de teorías y de los viejos sistemas, es la que ha abierto la posibilidad de una experiencia clínica; ha retirado el viejo entredicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica. (1996, p. 8 )

A continuación se presenta la metodología que guió el estudio, además de los resultados, el análisis de los mismos por sujeto, entre sujetos; la discusión, conclusiones y sugerencias para el mismo.

## MÉTODO

### a) Tipo de investigación

Investigación cualitativa, ubicada bajo un paradigma fenomenológico ya que se pretende dar cuenta de la experiencia vital para conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, bajo este paradigma, lo importante es asimilar el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia.

La fenomenología intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando. (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 42)

## b) Escenario

### *Ubicación*



La investigación tuvo lugar en el Hospital Granja “La Salud, Tlazolteotl”, perteneciente al instituto de Salud del Estado de México; inaugurado en 1962. Está ubicado en la localidad de Zoquiapan, Estado de México, en el kilómetro 33.5 de la carretera federal libre México- Puebla, perteneciente al municipio de Ixtapaluca.

### *Hospital Granja “La Salud, Tlazolteotl”, contexto institucional*

En 1910 se inaugura el Asilo General de La Castañeda ubicado al sur de la ciudad de México en la exhacienda de la Castañeda, lugar donde ahora se encuentran las torres de Mixcoac y Lomas de Plateros, por el gobierno porfirista como parte de la conmemoración de las fiestas del centenario de la independencia. Fue construido al estilo de la Salpetrié de Paris, como un palacio de grandes dimensiones.

Recibió a los enfermos de *San Hipólito*, fundado por Fray Bernardino Álvarez en 1576 para socorrer a los locos, ancianos, convalecientes desprovistos “inocentes” y “orates”; construido al lado de la iglesia de San Hipólito y que funcionó hasta que se suprime el Orden de los Hermanos de la Caridad en 1821 y la alcaldía toma las riendas del hospital. Y a las mujeres internadas que residían en el *Hospital la Canoa*, fundado por José Sayago.

Con los miembros de San Hipólito y la Canoa se reunieron 800 pacientes y de 1910 a 1967, año en que se da la conocida “operación Castañeda”, llegó a tener cerca de 3 mil. Con dicha operación, es demolido el nosocomio y los internos son trasladados a diferentes hospitales psiquiátricos. La política de descentralización creó varias unidades de atención en el Valle de México y áreas suburbanas para hacer frente al problema de hacinamiento que se vivía en el manicomio general, además de proponer un nuevo modelo de atención.

El departamento de *Neurología, Rehabilitación y Salud Mental*, a cargo del Dr. Manuel Velasco Suárez, responsable de los programas de salud mental en México en los años sesenta, fundó siete nuevos hospitales cada uno con la capacidad de 100 a 650 camas. Eran

hospitales de puertas abiertas y comunidades terapéuticas que atendían desórdenes mentales desde agudos a crónicos.

El *Hospital Granja "La Salud Tlazolteotl"* fue diseñado como un centro para proporcionar un tratamiento intensivo de mediana a larga estancia, en un ambiente de puertas abiertas, es decir, donde los pacientes tienen la libertad de permanecer de manera voluntaria durante el tiempo que dura su tratamiento.

#### *Descripción del hospital*

El *hospital psiquiátrico La Salud*, es uno de los nosocomios conocidos como hospitales "granja", debido a que en sus inicios el proceso de rehabilitación de los pacientes se privilegiaban las actividades ocupacionales que eran de tipo agrícola y ganadera.

Atiende a pacientes varones adultos con trastornos psiquiátricos crónicos. Funciona los 365 días del año. Su misión es la rehabilitación del enfermo mental y nervioso, con la terapia medicamentosa y las actividades de los departamentos de rehabilitación y psicología clínica. Atiende a un total de 180 pacientes de hospitalización continua aproximadamente, y tiene una capacidad de 336 camas. (Ver apéndice 1)

#### c) Trabajo de campo

##### *Inicio del contacto*

El tipo de contacto a establecer con la institución para llevar a cabo la investigación es formal, es decir, se procedió a solicitar un permiso al jefe de enseñanza, quien tiene a su cargo las funciones administrativas de capacitación, extensión y difusión del hospital, proporcionó un formato de registro de investigación en el *Centro de Investigación del Instituto de Salud del Estado de México* (CINARIS). El investigador y trabajador de la misma institución fungió como portero<sup>2</sup>.

##### *Estrategias para lograr la colaboración de los implicados en la obtención de información*

La manera de conseguir y mantener la colaboración de las autoridades fue mostrando interés en los pacientes y su proceso de rehabilitación, resaltando la importancia que tienen

---

<sup>2</sup> Un portero es la figura que forma parte de la institución y reconoce el papel de las personas que autorizan el acceso del investigador al campo. Es alguien que habla a favor del investigador ante las autoridades, funge como mediador que explica quién es el observador y lo recomienda.

las familias y redes de apoyo, para lograr la misión por la que surge y se ha mantenido la institución. Se enfatizó el compromiso de que los resultados de la investigación serían dados a conocer a las autoridades con el fin de poder optimizar los resultados para brindar una atención de mayor calidad a los pacientes.

La colaboración de los informantes se obtuvo al darles a conocer los propósitos de la investigación y pedirles de manera expresa su participación voluntaria. Esto se realizó bajo el presupuesto fenomenológico de que cualquier persona independientemente de sus condiciones económicas, sociales o de salud, pueden informar acerca de los significados de su experiencia de vida en un contexto social determinado.

El contacto y colaboración del personal médico y paramédico, administrativo, servicios generales y mantenimiento; se dio al involucrarlos activamente en el proceso de la investigación.

d) Definición de los roles en el campo

El rol asumido fue de *participante observador*.

e) Selección de informantes

La selección de informantes clave fue de carácter deliberado, se hizo en función de una serie de atributos definidos por los investigadores a partir de los propósitos de la investigación. Tal selección constituye un proceso dinámico, en donde los atributos típicos-ideales se van redondeando en el transcurso del proceso mismo, no obstante delimitamos criterios iniciales que fueron:

- Ser pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual.
- No encontrarse en un episodio psicótico.
- Tener un año como mínimo de internamiento en el hospital.
- Voluntad de participar y proporcionar información para el estudio.
- Estar capacitado para entablar un diálogo con los entrevistadores.
- Contar con tiempo suficiente para proporcionar la información.

f) Estrategias para la selección de informantes

- 1.-Revisión general de cárdex para ubicar pacientes idóneos para el estudio, junto con la información proporcionada por el investigador que formaba parte del personal del hospital.
- 2.- Búsqueda y análisis de expedientes y determinación de tiempo de internamiento, de evolución de la enfermedad, si contaban con responsable legal, escolaridad.
- 3.- Charla informal con los pacientes identificados para conocer su disposición a participar y si en ese momento contaban con las habilidades necesarias para proporcionar información
- 4.- Delimitación del caso típico- ideal.

g) Fuentes de recolección de la información

Notas de campo, registros anecdóticos, documentos como: cárdex, expedientes clínicos; mapas y diagramas de la distribución espacial del campo. Con los informantes clave se aplicó una entrevista a profundidad de carácter informal, que se grabó en audio y duró aproximadamente de 60 a 80 minutos.

La entrevista a profundidad permitió recabar información, a partir de la elaboración de una lista de temas a focalizar, sin necesidad de sujetarse a una estructura formalizada de antemano. Lo que se persiguió es acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros.

Rodríguez, Gil y García, (1996) señalan que también le llama “entrevista informal”, porque se realiza en diversas situaciones, no se adapta a un rol de entrevistador inflexible, y se le puede concebir como una serie de conversaciones libres en las que el investigador introduce elementos que ayudan al informante a comportarse como tal. (p. 169). Tales elementos se delimitaron a partir de una revisión bibliográfica y el establecimiento de tópicos a tratar, en función de los objetivos de la investigación. Se demarcaron categorías en las preguntas temáticas, con relación a: tiempo, espacio, y características de la red social. El formato constituyó solo una guía general para conducir la entrevista. (Ver apéndice 2)

h) Descripción del lugar donde se realizaron las entrevistas

Elegimos sitios de reunión común para los pacientes, como es una terraza, abierta los fines de semana, de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. (ver apéndice 3). Además de los que seleccionaran los informantes.

En general se buscó que los pacientes contaran con un lugar que les pareciera más cómodo o más agradable para la conversación; además de considerar los espacios donde se contara con mayor privacidad y el número menor posible de interferencias o distractores.

## MÉTODO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El análisis de la información en la investigación cualitativa es un proceso dinámico que no tiene un momento fijo o específico sino que comienza desde que el investigador delimita el objeto de estudio y selecciona los medios pertinentes para obtener la información; parte de su inserción al campo, toma de notas, recreación de ambientes, interacción con los informantes clave.

Adicionalmente a lo anterior, los procedimientos seguidos para registrar y procesar la información obtenida a partir de la entrevista a profundidad; desde su transcripción, al arribo de conclusiones para el estudio, se ubicaron en varias fases. La primera consistió en un análisis sobre el texto, en el que se identificaron y se señalaron con una clave las siguientes categorías:

**Características estructurales (CE):** Se refieren a los criterios de inclusión que el sujeto identifica para definir a todas aquellas personas que son significativas en su vida, tales criterios permiten determinar la forma que adquiere la red en torno al sujeto en función de tiempos y contextos histórico sociales concretos. Los indicadores de dichos criterios son:

Tamaño (t)

Distribución (d)

Densidad (de)

Tipo de función (tf)

Homogeneidad (ho)- heterogeneidad (he)

Dispersión geográfica (dg)

**Funciones de la red (FR):** Son los tipos de intercambio interpersonal que se dan entre los miembros de la red señalados por el sujeto. Éstos son:

Compañía social (cs)

Apoyo emocional (ae)

Guía cognitiva y consejos (gc)

Regulación social (rs)

Ayuda material y de servicios (am)

**Atributos de los vínculos (AV):** Se refieren al valor subjetivo que se da a cada uno de los intercambios interpersonales. Entre los atributos encontramos:

Multidimensionalidad (mu)

Reciprocidad (rc)

Intensidad de compromiso (ic)

Frecuencia de intercambios (fi)

Historia (hi)

**Otredad (O):** definida como los elementos de identidad que cobra el sujeto al verse a sí mismo en el otro y reconocerse, a partir de la diferencia. Entre los elementos del discurso que nos pueden dar cuenta de la otredad están:

Como me percibo (cp)

Quién soy yo para los otros (qo)

Quiénes son los otros para mí (qm)

A continuación damos un ejemplo del análisis y categorización del texto:

Pregunta: ¿Cómo cuántos amigos tenías ?

Como cuatro o cinco, vivíamos en Peralvillo, usted no conoce \_\_\_\_\_ CE t

Santiago, a un lado de Peralvillo, había como un parque ~~en la~~ CE ho  
glorieta de Peralvillo y se acostumbraba que, como a las

cinco de la mañana, iba uno a correr, a hacer ejercicio. ~~Luego~~ FR es  
nos íbamos a la iglesia donde nos daban por veinte centavos,  
plátanos, tres panes de dulce y chocolate.

Posteriormente se elaboró un cuadro para cada sujeto, en que se ubicó la información pertinente a las categorías, conformado por dos ejes X y Y. En el eje de las X se ubicaron las características de la red en términos estructurales, de funciones, atributos, además de la otredad y en el de las Y, lo temporal en función de la evolución del proceso de la enfermedad: antes de su aparición, durante la enfermedad y finalmente el internamiento.

Adicionalmente se adaptó el mapa de la red utilizado por Sluzki, para representar de manera gráfica los cambios estructurales y funcionales de la red, elaborándose uno por persona.

Cada mapa incluye a todos los individuos que aparecen en el relato de los entrevistados y la interacción que entablan, pueden ser familiares, amistades, relaciones laborales o escolares, con la comunidad, de servicios o credo. El círculo central simboliza al sujeto, al que nos referimos con un seudónimo para salvaguardar su identidad y promover así la confidencialidad.

De ahí hacia afuera se delimitan tres áreas, que plasman el movimiento de mayor a menor intimidad: a) un círculo interior que configura las relaciones entrañables, contactos cotidianos y amistades cercanas afectivamente. La posición de las personas que interaccionan con el sujeto en dicha área, indican mayor o menor cercanía e intimidad, según se ubiquen más cerca o más lejos del círculo que lo representa; b) Círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso, constituyen lazos sociales con contacto pero sin intimidad o cercanía afectiva; c) Círculo externo de contactos o relaciones ocasionales, donde el compromiso se diluye o es inexistente.

A su vez dividimos el mapa en tres cuadrantes que registran el movimiento en los vínculos que establecen las personas, en función de tres tiempos, donde no hay un corte o delimitación estricta, sino una relación dinámica, pero que señalan la disposición de la red personal en: 1) relaciones establecidas antes de que se presentara la enfermedad mental; 2) durante su proceso; y 3) durante el internamiento, hasta el momento de la entrevista.

A partir de los resultados obtenidos, se llevaron a cabo otras etapas en el análisis con una mayor profundidad, en las que se trató de enlazar los resultados obtenidos en cada uno de los sujetos, con los ejes teóricos de los que pertinentes para la investigación en tanto configuración de las redes sociales y las dimensiones de identidad con base en los trabajos de Foucault.

Más tarde se hizo un análisis cruzado entre sujetos, destacando similitudes, enlaces y diferencias entre ellos; como una manera de contribuir a los conocimientos existentes en el área de conocimiento en que se incidió, además de sus implicaciones prácticas, limitaciones y perspectivas para posteriores estudios. A continuación presentamos la información obtenida para su ulterior análisis.



## RESULTADOS

### Características estructurales y funcionales de la red

| Persona 1 (To)                             | Características Estructurales (CE)  | Funciones de la red (FR)   | Atributos de los vínculos (AV)   |
|--|---|--|--|
| <i>Antes de la enfermedad</i>              | Familia reconstruida por la muerte del padre (11 hermanos). Cumple funciones instrumentales. Red homogénea. Casado con tres hijos; un amigo significativo y un hermano  | Familia extensa: apartados. Familia nuclear: con relación distante, poca comunicación. Compañía social: con amigos. Servicios de salud: cercanos. No percibe funciones en su red de guía cognitiva, consejos o regulación social | No hay reciprocidad. Se lleva mal con madre y padrastro. No interacciona con la gente, se aparta. Familia funciona en situaciones de emergencia. Relaciones unidimensionales. Problemas familiares por alcoholismo.                |
| <i>Durante el proceso de la enfermedad</i> | Vínculos con la familia extensa permanecen igual, con la familia nuclear pierde contacto. Con amigos se agudiza el distanciamiento. Hay dispersión en la familia nuclear: mujer e hijos lo abandonan.                       | La ayuda material y de servicios se circunscribe al internamiento (por parte de la familia extensa). No hay apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos desaparecen de las funciones de la red.                                | Funciones prevalecientes solo en caso de emergencia. Unidimensionalidad. Sin reciprocidad en la red. El compromiso de la familia extensa se limita al internamiento. No hubo apoyo de los amigos, ni contacto posterior con ellos. |
| <i>Durante el internamiento</i>            | Composición de la red: 3 personas; 2 empleados y un paciente. Funciones: compañía social, guía cognitiva, consejos, aceptación, apoyo emocional y control de la desviación. Su red es homogénea, sin dispersión geográfica. | Familia extensa lo apoya en el internamiento, después hay distanciamiento. No se cree significativo para la familia. Funciones de la red: guía cognitiva, apoyo emocional y ayuda material.                                      | Unidimensionalidad de las funciones sin reciprocidad. Ha visto a su familia solo una vez desde el internamiento. Al paciente que aprecia lo ve diario, y al personal en la jornada laboral. Percibe a hermano como apoyo.          |

| Persona 2 (Ma)                             | Características Estructurales(CE)  | Funciones de la red (FR)  | Atributos de los vínculos (AV)  |
|--|--|---|---|
| <i>Antes de la enfermedad</i>              | Familia nuclear: 6 integrantes. Extensa: de origen rural. Red social: incluye a vecinos y parientes en la comunidad. Red homogénea. Se percibe mas cercano a su padre, hermano mayor y un amigo. No hay dispersión geográfica. | Familia cumple funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda material y de servicios. Asistencia médica privada cercana y de buen servicio. Con amigos las funciones son de compañía social. Regulación social estricta por parte de los maestros. | Hay multidimensionalidad, reciprocidad de funciones en la familia y con los amigos. Percibe más intensidad y compromiso en la relación que guarda con el padre. A la madre la percibe dura y castigadora. Conviene diario con los amigos y con el tío, con el que trabaja en labores del campo. |
| <i>Durante el proceso de la enfermedad</i> | El tamaño y composición de la red se modifica por la migración. Hay dispersión demográfica. Percibe cercano al padre y al tío. El amigo no aparece como significativo en el relato.  | Las funciones de la red se intensifican por parte de la familia. La red primaria se concentra en la familia. No hay amigos significativos que cumplan funciones de apoyo.   | En la familia las funciones son multidimensionales. Lo apoyan, pero él se vive como culpable por no corresponder al esfuerzo. Se modifica la frecuencia con la que convive con los familiares debido a su estancia en el ejército.  |
| <i>Durante el internamiento</i>            | A partir del internamiento se modifican las características estructurales de la red. Sigue percibiendo a su familia como cercana. Red primaria en el hospital: 3 pacientes y 5 trabajadores.                                   | Sus amigos del hospital cumplen funciones: de apoyo emocional, compañía social y apoyo material. De su familia sigue recibiendo apoyo material y de servicios. Recibe consejos y guía de un primo. Percibe a su padre muerto, aún como apoyo.                             | La intensidad del compromiso de la familia disminuye. El control y regulación social se da por parte del hospital. Percibe cercano a su hermano.  |

| Persona 3<br>(Fe)                          | Características Estructurales (CE)   | Funciones de la red (FR)  | Atributos de los Vínculos (AV)  |
|--|--|---|---|
| <i>Antes de la enfermedad</i>              | Familiar nuclear: de 8 integrantes. Percibe más cercana a su madre y a un hermano. El padre parece ausente. Red primaria: 5 amigos. Red heterogénea en función de los contextos donde trabaja. No hay dispersión geográfica. | Funciones de la red familiar y primaria: apoyo emocional, guía cognitiva, consejos, regulación social, ayuda material y de servicios. Servicios de salud: cerca y de calidad, atención privada. Selecciona a sus amigos en función de ideas afines. | El padre está ausente afectivamente. El paciente cumplía una función parental, por ser el hermano mayor y su aporte económico. Existe regularidad en los contactos con sus amigos. Trabaja desde los seis años                                  |
| <i>Durante el proceso de la enfermedad</i> | Las características estructurales de la familia empiezan a modificarse, por ciclo vital. Padre y madre: sufren enfermedades propias de la edad. Viven en diferentes lugares de la ciudad de México.                          | Mientras vive la madre, la familia se organiza sin su ayuda. A raíz de la enfermedad de la madre, surgen dificultades de relación con los hermanos. La madre durante el proceso de enfermedad lo ayuda. Un amigo le da guía cognitiva               | Si bien para él su familia sigue siendo importante; el sentir ya no es recíproco. El distanciamiento afectivo con sus hermanos, se hace evidente. El vínculo entre él y su madre prevalecen, aún en la enfermedad.                              |
| <i>Durante el internamiento</i>            | A partir de su segundo internamiento en 1991, la estructura y funciones de la red familiar cambian radicalmente. Su red primaria son pacientes y trabajadores del hospital.  | Las funciones de la red familiar: desaparecen. Los amigos no lo visitan. La red del hospital cumple funciones: de apoyo material y emocional.   | Hay reciprocidad en la red social del hospital. Con un paciente existe intensidad de vínculo. Distanciamiento afectivo con los hermanos. No los ve como significativos en su vida. Hay más frecuencia de contactos con compañeros del hospital. |

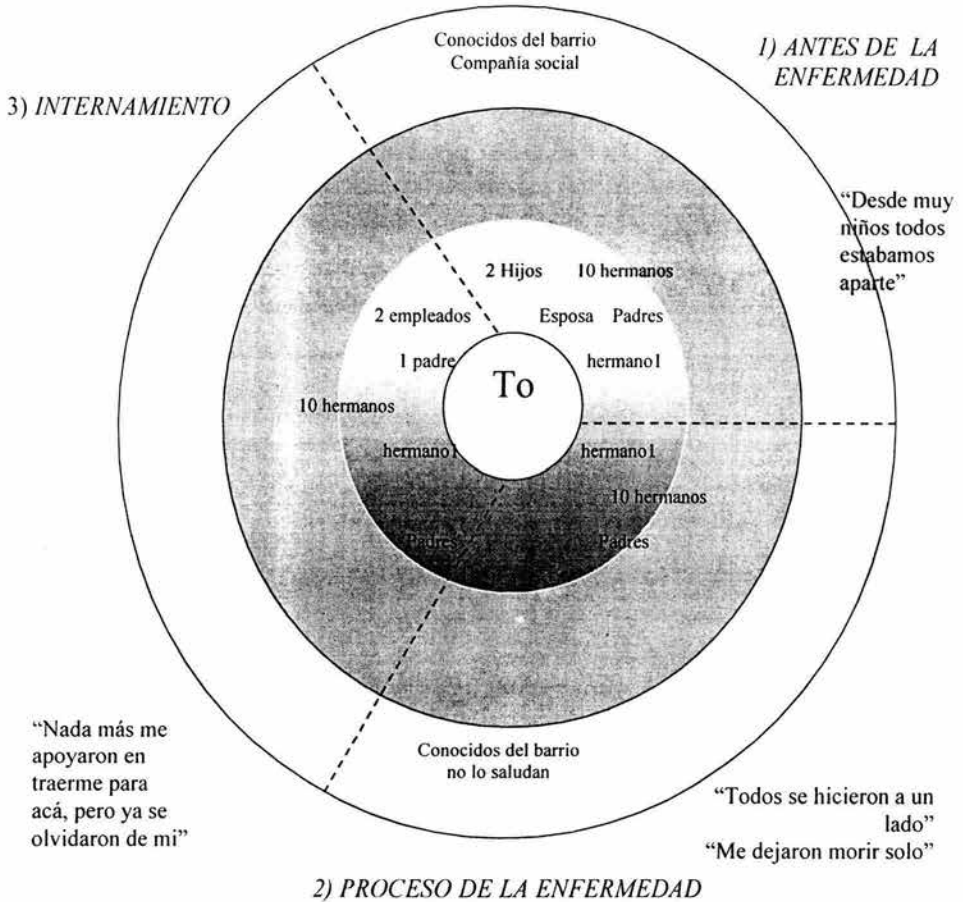
| Persona 4<br>(Te)                          | Características Estructurales (CE)  | Funciones de la red (FR)  | Atributos de los vínculos (AV)   |
|--|---|---|--|
| <i>Antes de la enfermedad</i>              | Familiar nuclear: 9 miembros. Convive con familia extensa. Su red primaria es homogénea, sobresalen tres amigos. Le es significativo un maestro y la madre de un compañero.   | Familia y amigos cumplen funciones: de compañía social, guía cognitiva y consejos. Regulación social: la ejerce la madre, a quien vive como exigente con él. Red familiar e instituciones: proporcionan ayuda material y de servicios. Servicio médico: cercano.  | Se siente cercano afectivamente a su familia. Sobresale el vínculo con el padre. Su grupo principal de convivencia es la familia nuclear y extensa. En su infancia: los niños lo golpeaban y trataban mal. Los maestros significativos le daban consejos.                        |
| <i>Durante el proceso de la enfermedad</i> | Estructura familiar: se modifica por muerte de padres. Una hermana se hace cargo de él. Red homogénea. En la familia nuclear: hay dispersión por casamiento de hermanos. Frecuenta a sus amigos.                    | Las funciones de su red a cargo de su hermana, son: apoyo emocional, material y de servicios; guía cognitiva. Después de un año se agudizan conflictos de relación con hermanos. En 1991 es internado por su hermana.   | La intensidad, compromiso y reciprocidad se ven comprometidos por las dificultades de relación con la familia de la hermana. Las funciones prevalecientes son de cuidado. La frecuencia de contactos con su red en el hospital: se relacionan con actividades de la vida diaria. |
| <i>Durante el internamiento</i>            | La familia mantiene el mismo patrón. Se siente más cercano a 2 hermanos. Hay enojo con la hermana que lo interno. Del hospital reconoce a 3 pacientes y 4 trabajadores como más cercanos a él. Su red es homogénea. | Red del hospital: cumple funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, consejos, regulación social, ayuda materia y de servicios. Un hermano: lo visita y proporciona consejos y ayuda material. Desde 1993 no sale de permiso en días festivos. | No hay multidimensionalidad en la relación con los hermanos. Con sus amigos del hospital hay reciprocidad. El compromiso de los hermanos esta en función de la responsabilidad legal del internamiento, visitas y pago de hospitalización.                                       |

Otredad

| PERSONA | COMO ME PERCIBO (cp)   | QUIEN SOY YO PARA LOS OTROS (qo)  | QUIENES SON LOS OTROS PARA MI (qm)   |
|---------|--|---|--|
| To      | <p>Se reconoce sin capacidad para trabajar y dialogar: 'Yo veo todo igual sin apreciar las cosas, soy diferente, lo que diga o haga no tiene sentido'.<br/>No me puedo defender y por lo tanto los demás abusan de mi.<br/>No tengo derechos y obligaciones.<br/>'Que sí he estado bien.<br/>No me hacen esto'.</p>                                | <p>Soy un desdichado por estar enfermo. Los otros nos perciben con desagrado, como que es algo que no les gusta.<br/>Estar loco es que ya les falla la azotea, desvariar en las ideas, hablar cosas incoherentes; pero cada quien tiene su forma de ser. Si hay diferencias es porque cada quien tiene su por qué; 'sí uno habla incoherencias se debe a algo que le pasó en su vida', 'no nada más habla así, por hablar'.<br/>En el hospital deberíamos tener un trato más justo, digno, como seres humanos; tener ropa mejor. Porque el hecho de que uno esté así 'safado', con harapos se ve peor.<br/>'Yo quisiera que me traten como gente normal'. Que a los pacientes los tapen del frío.</p> | <p>Los buenos: son los que te reconocen, te saludan; los malos son los que te tratan mal, no te reconocen, se manchan.<br/>La familia: sirve para llevársela tranquila y ayudarse los unos a los otros.<br/>Los amigos: sirven para echarte la mano cuando estás en problemas.<br/>Los trabajadores en el hospital: me apoyan material y emocionalmente.<br/>Hay personas muy buenas dentro del hospital. Hay muchos que llegan y saludan a los pacientes, 'se siente uno bien y dices: 'por lo menos valgo algo'.</p> |
| Ma      | <p>Yo era normal como cualquiera, después me enferme: me falló la cabeza.<br/>'Me enfermé por hacer cosas malas'.<br/>'Me enfermé por no hacer caso a mis padres'.</p>   | <p>Yo era para los otros como cualquiera; después me dijeron que estaba sugestionado, 'era yo un poco menso'.<br/>Los trabajadores y la demás gente: creen que no pensamos bien.<br/>La familia: me ve bien así.<br/>Los soldados: eran muy cabrones conmigo, 'me maltrataban porque no me podía defender', me hacían muchas cosas, me pegaban. 'Que sí he estado bien no me hacen nada'.<br/>'Uno está enfermo porque Dios lo quiere así'.</p>   | <p>La familia: es para toda la vida, es un don.<br/>Un amigo: es para ayudarte sin problemas.<br/>'No puedo decir que mi familia me quiera, hasta verío'. Desde que estoy en el hospital, 'no me dicen que me quieren'.<br/>Mi familia me da buenos consejos. 'Yo me porto mal' y mi familia es buena.</p>   |
| Fe      | <p>De joven, 'antes de enfermarme', era alegre pero distinto. Uno se enferma por problemas que no puede resolver. Aunque nadie sabe en realidad por qué se enferma uno.<br/>Yo entiendo cuando me tratan 'como una persona normal', 'como un ser humano'.<br/>'Antes no era yo tan pendejo, porque me gustaba trabajar'.</p>                       | <p>La sociedad: piensa mal del enfermo mental porque no lo conoce.<br/>Un enfermo o discapacitado: puede ayudar en algo sencillo, 'puede trabajar'.<br/>Mi mamá vio mi enfermedad como 'una desgracia'.<br/>S me dijo que no me dejara de ningún hijo de la chingada, 'porque todos somos iguales'.<br/>Antes 'nadie te daba un consejo', porque todos 'te denigraban por ser paciente psiquiátrico'.<br/>El ser humano: tiene miedo a la enfermedad mental, 'porque se pierde uno de la realidad', 'de lo que es la vida', no puede uno 'razonar'.</p>   | <p>La familia: es la base de la sociedad y sirve para no sentirse solo.<br/>Un amigo: es el que está contigo en la buenas y en la malas.<br/>'Es mejor que mi cuñada me insulte y me de un taco a que alguien lo haga y no me de nada'.<br/>Mi padre me decía que fuera a rentar un cuarto, pero yo pienso que estaba mal, la base de la sociedad es la familia, 'qué voy a hacer yo viviendo solo'.</p>   |
| Te      | <p>De niño estaba 'peor que ahora, era como una estatua'; me decían: 'quédate ahí' y ahí me quedaba. 'Yo ya estaba así de mi cabeza'; pero todos me reconocían y me estimulaban, cuando trabajaba.<br/>Estudiaba porque quería ser normal.<br/>Era el más inteligente y trabajador.<br/>'Antes era muy cobarde y ahora sólo tengo que luchar'.</p> | <p>La gente: piensa que somos seres humanos y que nos gustan las viejas, 'aunque estemos enfermos'.<br/>Mi familia: 'no me quiere por que hice cosas malas'.</p>  | <p>La familia: sirve para reunirse, para estar en la sociedad y ser decente.<br/>Un amigo: nos ayuda comprendiéndonos; 'platicas con él, para no estar aislado', para 'estar con alguien', y 'que te enseñe cosas'.<br/>En el hospital: podrían ayudarnos en lo moral 'dándonos ánimo', o sea, 'algo que nos motive para seguir viviendo'.<br/>'Me siento en el hospital como en mi casa', 'ya me acostumbre'.</p>   |

Mapa de la estructura de la red

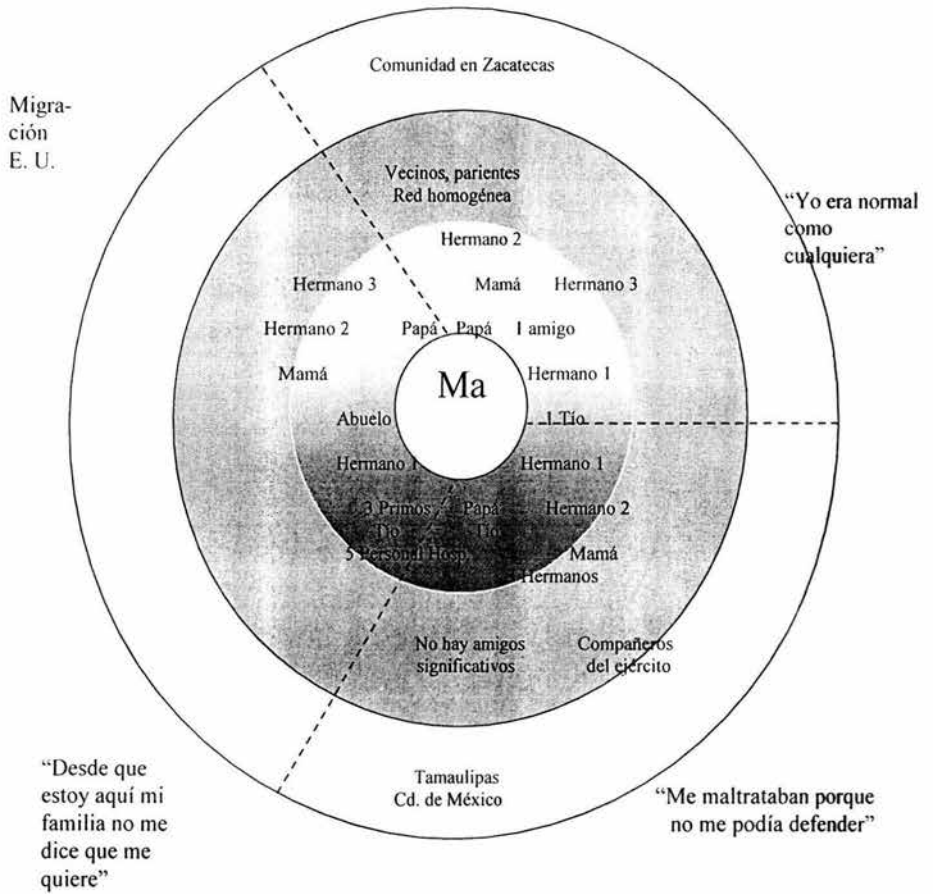
1° To "La familia no existe o está en otra parte"



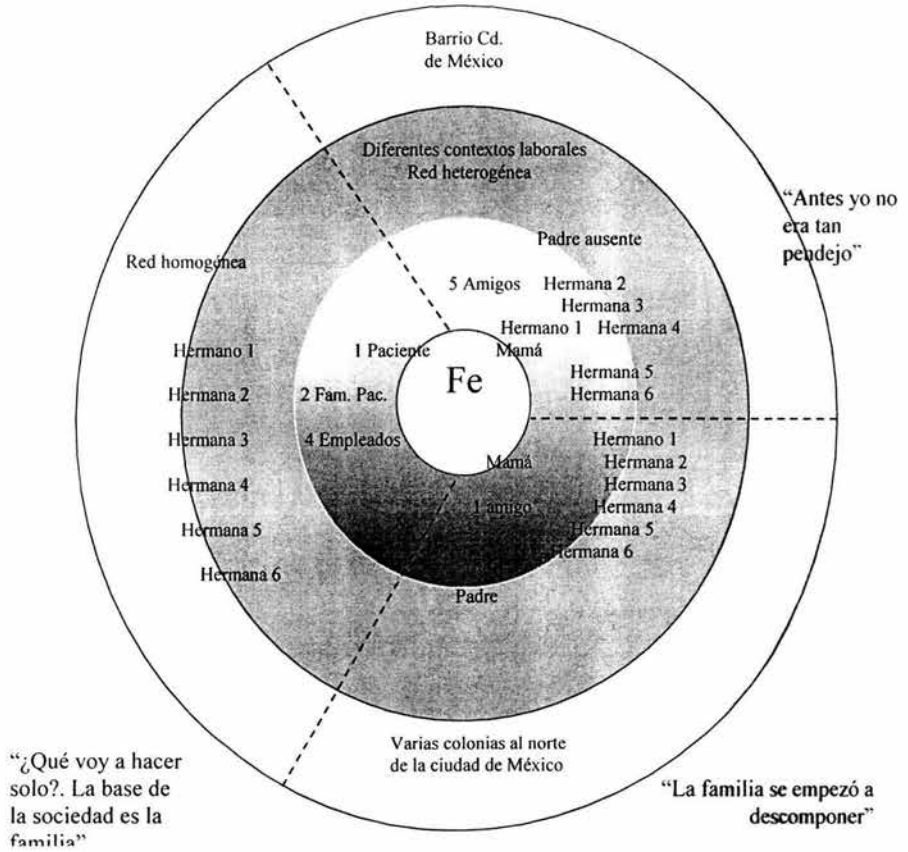
Notas. Cuadrantes = Tiempo: 1) Antes enfermedad, 2) Su proceso, 3) Internamiento.

Áreas:  = Relaciones íntimas,  = Relaciones sociales,  = Relaciones ocasionales.

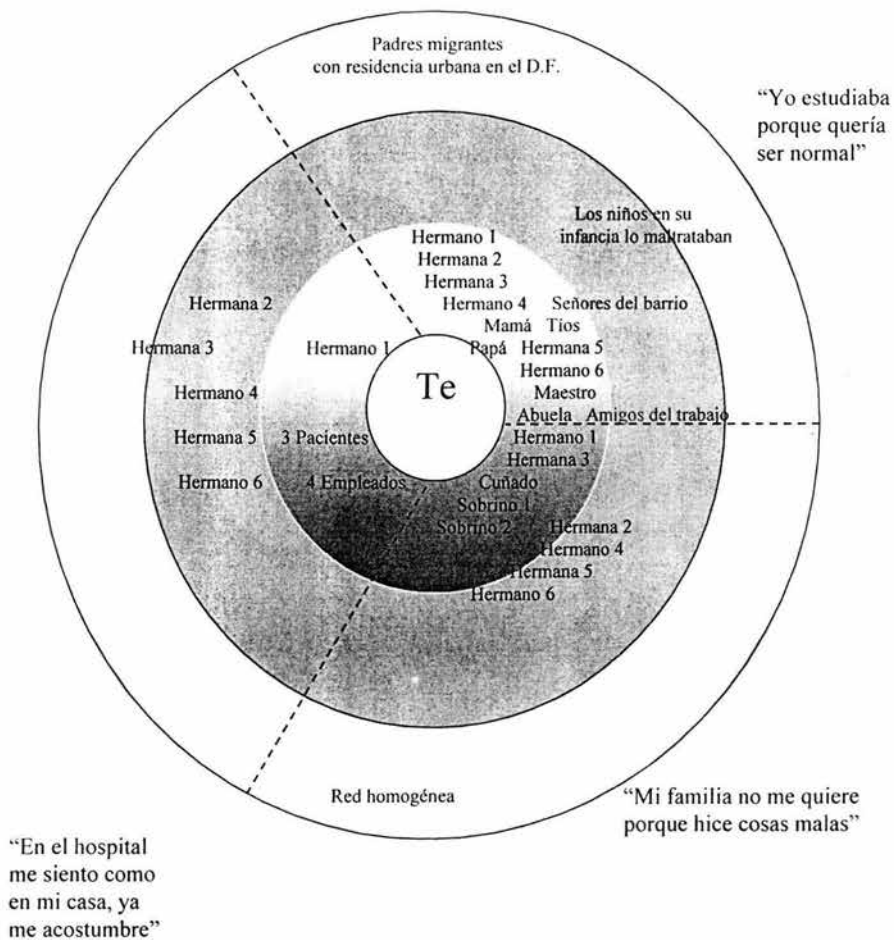
2° Ma "La familia es para toda la vida"



3° Fe "La familia se descompuso"



4° Te "La familia es para estar en la sociedad y ser decente"



### Estructura y función de la red primaria entre sujetos

| Persona   | T | CE |    |    | FR |    |    |    |    | AV |    |    |
|-----------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|           |   | ho | he | dg | cs | ae | gc | rs | as | mu | re | ic |
| <i>To</i> | 1 | ■  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|           | 2 | ■  |    |    | ■  |    |    |    | ■  |    |    |    |
|           | 3 | ■  |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  |    |    |    |
| <i>Ma</i> | 1 | ■  |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |
|           | 2 | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    | ■  |
|           | 3 | ■  |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    |    |
| <i>Fe</i> | 1 |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |
|           | 2 |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |
|           | 3 |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |
| <i>Te</i> | 1 | ■  |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |
|           | 2 | ■  |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    |    |
|           | 3 | ■  |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    |    |

Nota. Las abreviaturas de las filas se refieren a: CE= Características Estructurales de la red social primaria: ho= Homogeneidad, he= heterogeneidad, y dg= dispersión geográfica. FR= Funciones de la Red: cs= compañía social, ae= apoyo emocional, gc= guía cognitiva, rs= regulación social, as= ayuda material y de servicios. AV= Atributos de los Vínculos: mu= multidimensionalidad, re= reciprocidad, ic= intensidad del compromiso. La que corresponde a la cabeza de tronco T= tiempo, definido como (tronco): 1= antes de la enfermedad, 2= durante el proceso de la misma, y 3= durante el internamiento. ■ = está presente la característica.

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se presenta el análisis de resultados por sujeto, entre sujetos y las consideraciones pertinentes para el estudio.

#### *Persona 1° To*

Para la persona a la que llamamos To, encontramos durante su infancia, el proceso de la enfermedad y el internamiento, una constante de relaciones distantes con los miembros de su red primaria; que en su caso estaba conformada por: a) su familia extensa de 9 hermanos, madre y padrastro, b) su familia nuclear integrada por su esposa e hijos, c) y un



amigo con el que los intercambios eran de compañía social, quien es el único que nombra y señala como significativo de esa masa anónima y homogénea de contactos que estableció en su vida antes de que enfermara.

To es el único de los sujetos estudiados que estableció una relación conyugal. La distancia afectiva con los miembros de su red primaria, se intensificó por el alcoholismo presente desde que tenía la edad de 25 años. Los cambios más drásticos en la configuración de su red se dieron con las manifestaciones de la enfermedad mental, ya que desaparece todo intercambio con su familia nuclear. La familia extensa se mantiene igual, más su función tiende únicamente al apoyo instrumental de algunos miembros (hermano, padrastro, sobrinos) para internarlo.

Una vez internado, la familia extensa es la única que responde, en atención a los requisitos legales del internamiento, pero solamente de manera unidimensional, debido a que prestan su apoyo instrumental, sin establecer contacto afectivo, apoyo emocional, etc. Las relaciones con otras personas fuera del hospital desaparecen, no sabe nada de su familia nuclear y en el hospital mantiene pocos contactos sociales en número y forma.

Identifica únicamente a un paciente como cercano a él afectivamente, aunque no se pueden comunicar verbalmente, porque dicho paciente tiene problemas para estructurar el lenguaje oral. Con el personal del hospital tiene relaciones unidimensionales como las tenía desde antes de su internamiento.

El construccionismo social parte del hecho de que el yo se estructura a partir de los intercambios que se establecen con los otros, en ese sentido, se evidencia en el sujeto una pobre estructuración del yo producto de una red social primaria carente de intercambios solidarios, instrumentales y de afecto.

En algunas de las escuelas de psicoterapia conocidas como postmodernas, se pone especial énfasis en la narración dominante en el discurso del sujeto, en el caso de To, tal narración, se caracteriza por la percepción de una carencia de sentido ante los eventos de la vida diaria y de las relaciones que establece con los otros. Señala que no dialogaba con la gente, se aislaba; en general sus escasas relaciones están ausentes de compromiso, intensidad y reciprocidad, por lo que se vive excluido de su red y de todo lazo familiar, hasta el punto de decir: “la familia no existe y si existe está en otra parte”.

Según Foucault la otredad, como elemento de la identidad, se establece a partir de reconocerse en los otros y en que los otros son diferentes de sí mismo.

La exclusión que vivencia el sujeto catalogado como “loco”, haya su argumento en la “sin razón”, que a partir del siglo XVII con René Descartes, es puesta en la frontera de lo humano. El discurso del loco es considerado cercano al sueño; a la luz de la época del raciocinio, carece de sentido y se le inviste de todo aquello que la sociedad oculta, niega, teme y por ende, el encierro y la denominación de “loco”, de “diferente”, “ajeno totalmente a lo coherente” y “lógico”, se vuelve parte de la vivencia íntima del protagonista, al margen siempre de la historia y de la relación con los otros. To se percibe como “diferente”, dando por hecho que lo que diga o haga “no tiene sentido”, que “no tiene capacidad”, derechos, ni obligaciones por “no estar bien”; piensa que los otros lo ven como “desdichado por estar enfermo”. Es interesante que de manera clara distingue conscientemente que los otros al contemplar en él lo peor de sí mismos, lo perciben con desagrado y “como que algo no les gusta” indica.

La gente lo trata como anormal y la exclusión no sólo radica en el encierro, sino en la imagen corporal que tiene de sí, a partir de la mirada del otro, que se refleja en la vestimenta que él define como “harapos”.

La exclusión también despoja al sujeto de su experiencia fenomenológica cuando no es reconocido como persona, que vive, siente, sufre, padece, se relaciona con los demás, como cualquiera y al denotar la clínica al sujeto en la categoría de “enfermo mental” le niega la posibilidad de llegar a ser, de pensar lógicamente. To en su discurso, de manera coherente, y lógica sostiene que “cada quien tiene su forma de ser, sí hay diferencias, ellas tienen su por qué y cuando uno habla incoherencias, siempre se deben a algo, por ejemplo “algo que le paso a uno en la vida” y pide para los que están en la frontera: “que los tapen del frío”. Es decir, con esa demanda, está pidiendo que se tiendan lazos y haya un intercambio recíproco, que lo “diferente” tenga cobijo en una sociedad que es excluyente, como ya lo había delimitado Foucault.

En su historia To no logra diferenciarse ni reconocerse del conglomerado familiar; desde el seno de su familia se vive excluido y diferente. Repite el patrón de relaciones en su familia extensa, que él define como “carente de afecto” y lo lleva al plano de su familia nuclear y a todas las relaciones que permean su vida social. Reconoce que la familia sirve

para ayudarse unos a otros, para “llevarse tranquila” y los amigos para “echarse la mano cuando se está en problemas”, sin embargo, en el plano funcional y estructural de su red, esto no se da. Cabe destacar que para él es importante ser reconocido y desde su punto de vista, ello puede lograrse tan sólo con un saludo, un trato amable.

Podemos concluir que para To, la vivencia de exclusión, abandono, no reconocimiento; es la constante en sus experiencias a lo largo de su vida y que culmina con la certeza de que ya es imposible ubicarse en otro nivel de relación con los otros, de compartir, de crear, de sentirse productivo y prefiere mantenerse en la frontera de la razón, donde no existe la familia. Hay siempre otro lugar al que nunca tendrá acceso.

### *Persona 2ª Ma*

Ma proviene de una familia de origen rural, que a lo largo de su ciclo vital, pasa por una serie de eventos significativos, que determinan su estructura y funciones; entre los que destacan: a) la migración del estado de Tamaulipas a Zacatecas, de Zacatecas al Distrito Federal y de ahí el traslado de algunos miembros a los Ángeles California, E.U.A; b) la muerte del padre, de oficio maestro, y quien tenía un profundo lazo afectivo con Ma; c) y la enfermedad de algunos miembros.

Inicialmente la familia nuclear estaba compuesta por ambos padres, dos hermanos y una hermana; su red primaria de origen rural, se conformaba básicamente por su familia extensa y unas pocas personas de la comunidad. Señala a una sola persona como “muy cercana” afectivamente y con la que compartía los juegos de la infancia. A su padre, hermano mayor y a un tío con el que trabajaba, los ve como más cercanos afectivamente; por ende su red es homogénea, sin dispersión geográfica.

Respecto a las funciones que cumplía su red están: las de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda material y de servicios; existía reciprocidad con relación a los atributos de los vínculos y multidimensionalidad.

La percepción que tiene Ma acerca de su madre es que desempeña preponderantemente la función de regulación social de una manera estricta. Cabe mencionar también el papel de los maestros, quienes siguen conservando en ámbitos rurales, un rol importante como guía cognitiva y control de la desviación al interior de las familias. La imagen del maestro se

acerca a las funciones parentales, con gran influencia en las decisiones que se toman respecto a la educación de los miembros de la familia.

Históricamente en el proceso de la masificación de la educación, entre las políticas educativas en México, se destacaba la investidura del maestro como el personaje que iba a concretar los ideales del progreso y en consecuencia, se convierte en el trasmisor de valores, de principios, conocimientos, conciencia cívica; pero también en una de las principales fuentes represoras del sistema social, regulando la conducta de los educandos casi exclusivamente a base de medios punitivos. En el discurso de Ma, es claro este papel de los maestros, ya que narra situaciones en que el maestro los castigaba de diversas maneras.

Un aspecto que resalta en su historia de vida, está asociado directamente con el “control” y “regulación de la conducta” que los otros ejercían sobre él desde muy pequeño, y que polariza posteriormente a su persona entre lo “bueno” y lo “malo”. Desde que se enferma, se vive como malo por hacer cosas no permitidas y por no corresponder a lo que hace su familia por él, e incluso señala que se su padecimiento se debe a haber tenido experiencias homosexuales.

Su subjetividad, la reflexión de sí mismo; se va perfilando a través los códigos de comportamiento, que se le prescriben en el contexto social donde se desenvuelve, a partir de sus acciones, pensamientos y sentimientos, con sus restricciones, infracciones y sanciones; que lo constituyen como sujeto “moral”, y lo hacen someterse a un control estricto de la experiencia moral, que desencadena sentimientos de culpa.

Durante el proceso de la enfermedad hay eventos que son importantes de analizar bajo el marco de la teoría de las redes sociales: por una parte está el fenómeno de la migración que repercute de manera fundamental en la estructura de la red familiar de Ma y sus funciones. La familia nuclear, a excepción de su hermana, se traslada de Zacatecas a Tamaulipas por motivos de trabajo del padre.

Es importante resaltar que los miembros de la familia que cambian de residencia intensifican sus vínculos entre sí, proceso casi inevitable cuando las implicaciones de la reubicación geográfica conlleva al abandono de varios sectores de la red social personal y existe la prerrogativa de adaptarse a nuevos contextos sociales que pueden vivirse como poco accesibles, hostiles o extraños.

Sluzki (1990) menciona que después de la migración, durante un lapso considerable, la nueva red es de menor tamaño, menor densidad, tiene un repertorio más estrecho de funciones, menor multidimensionalidad recíproca, más intensa, y se tienden a sobrecargar las funciones al interior de la propia familia. Un mayor número de expectativas están centradas en menos relaciones, lo que lleva a tensiones, conflictos o incluso la emergencia de algún tipo de trastorno como un brote psicótico.

En este sentido, la red primaria compuesta por amigos desaparece del discurso de Ma, intensificándose los vínculos con el padre. La relación que establece con su familia es unidireccional, donde los demás le contienen, le proveen lo necesario para su subsistencia, lo cuidan, etc. Incluso la familia se muda a la ciudad de México, con la finalidad de proporcionarle lo necesario para su tratamiento.

El padre cumple la función de apoyo emocional, guía cognitiva y trata de integrar a Ma a otros ambientes para que cree nexos con otras personas, ejemplo de esto es el reclutamiento de Ma al ejército a instancias de su padre, lo que ocasiona a una ruptura temporal con su red familiar primaria, en la que él se reconocía y cobraba identidad. Es rechazado por el nuevo contexto en el que se trata de insertar, ya que desde el inicio es contemplado como diferente y él no puede participar de las reglas y valores por los que se rige el ámbito militar. Él mismo señala que un doctor le dijo que no tenía aptitudes para la vida militar y tiene una experiencia traumática, donde se vive en desventaja y la constante de las relaciones que establece es de abuso, y violencia.

La muerte del padre involucra una nueva modificación estructural y funcional de su red, además, la familia pasa por su ciclo evolutivo y los hermanos se casan. Entonces el cuidado de Ma recae exclusivamente en su madre, quien continúa las funciones de contención y búsqueda de tratamiento, lo que la lleva a internarlo de manera temporal en el hospital psiquiátrico, pero sin romper sus vínculos con él. Posteriormente es nuevamente internado, debido a que la madre tiene que cuidar a su hijo menor en E.U.A, quien se accidenta y requiere apoyo aproximadamente por un año; tiempo durante el que no se rompen los nexos de Ma con su red primaria e incluso sus tíos, primos y abuelo lo visitan de manera regular cada tres meses, destacando su función de guía cognitiva, ya que le dicen "*pórtate bien, toma tu medicamento para que regreses pronto a casa, etc*".

Ya internado el vínculo afectivo es el que se ve afectado por la frecuencia en los contactos con su red, ya que cuando se le pregunta si es significativo para su familia, contesta “*pues hasta ver*”, refiriéndose a que se siente excluido afectivamente de su familia, por la prolongación de su internamiento, y porque desde que está en el hospital nadie le dice “*te quiero*”.

En el hospital aprecia como cercanos afectivamente a tres pacientes y cinco trabajadores. Los vínculos que establece con ellos siguen los patrones de su historia de vida, debido a que las personas que considera significativas son aquellas que le pueden proveer instrumental y afectivamente en una relación unidireccional y unidimensional: los otros le dan cosas, lo defienden, lo cuidan. Expresa que su padre lo sigue cuidando aunque ya murió, lo que muestra que la carga afectiva destinada a los miembros de la red está presente, aún sin la frecuencia de contactos o presencia física, ya sea por la distancia o la muerte.

En el aspecto de la otredad, el discurso de Ma respecto a cómo se percibe cambia, como es de esperarse, en función de los tiempos y los contextos. En un inicio se vive como “*normal*”, producto de un entorno que lo protege y lo reconoce. Para los otros es “*como cualquiera*”, y la familia le da seguridad en función de sus interacciones y una sensación de permanencia, continuidad, pertenencia.

A partir de los 15 años, que él identifica como la edad “*en que se enferma*”, y coincide con cambios importantes de la adolescencia, se empieza a percibir como diferente, “el que se aparta de la senda”, “del camino correcto”, de los “buenos”; y se percibe como “*malo*” por tener deseos y sensaciones que cataloga como nocivas, que lo apartan del amor “incondicional” que le suministran sus familiares. Sostiene haberse enfermado “*por hacer cosas malas. Por no hacer caso a mis padres. Me decían que no hiciera eso y lo hacía*”. El sentimiento de culpabilidad permea a la postre la mayoría de sus relaciones; los soldados abusan de él porque lo veían como “*menso*”, por haberse juntado con “*aquel chico*”, dice que su padre es “*bueno y todos lo quieren, porque no se masturba como los otros*”.

Para él los seres que lo quieren buscan su bien, pero se sabe malo, a pesar de los esfuerzos de los demás por orientarlo, por dirigirlo a partir del castigo y el consejo; más allá de la frontera de la “locura” y “sin razón”.

Dice que los enfermos mentales “no piensan bien” y se enferman “porque Dios así lo quiere”. La exclusión en su experiencia subjetiva, gira en torno del control, la “desviación” y el “castigo”.

Se vive desprovisto de habilidades para relacionarse con los demás. Define su existencia, su personalidad y razón de ser a partir de los vínculos con su familia. En su discurso señala “*la familia es para siempre*”, porque su identidad está en función del cuidado de los demás, de la estructura externa que se le provea. El futuro de Ma es incierto, ya que cuando desaparezca la función contenedora de la familia en relación a la madre, se puede pensar que su internamiento será permanente.

### *Persona 3ª Fe.*

Fe cuenta con una red heterogénea producto de los diferentes escenarios laborales en los que se desenvuelve desde su infancia (seis años). Su familia estaba conformada por sus padres y cinco hermanos: cuatro mujeres y un hombre. En el plano estructural y funcional de su red, cumplía el rol de hijo parental por ser el mayor y aportar, desde temprana edad, para el mantenimiento de la familia. En su discurso el padre no aparece y con la madre tiene una relación muy estrecha hasta el momento de su muerte. De los cinco hermanos siente más cercano a su hermano varón; además identifica cinco amigos con los que convive en su barrio y el trabajo.

Con ellos mantiene funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, de manera recíproca. Hay multidimensionalidad en las funciones, intensidad en los vínculos. Aunque entabla relaciones sociales fácilmente en cualquier ámbito en que se ubique, su red primaria es pequeña en cantidad, ya que las personas que él define como significativas, las elige en función de compartir “*ideas afines*”.

Durante el proceso de la enfermedad, las características de la red comienzan a modificarse en función del ciclo vital de la familia: los padres sufren enfermedades propias de la edad, los hermanos salen a trabajar y comienzan a entablar relaciones estables con otras personas, hasta el punto de dejar la casa para formar sus propias familias. Llega un momento en el que solamente conviven en el mismo espacio él, su madre y la hermana menor, quienes se organizan sin su ayuda material.

Aunque hay conflictos con los hermanos, son contenidos por la madre. A raíz de que ésta enferma, se va a vivir con una de sus hijas, siendo la primera vez que Fe se separa de ella. Desde entonces las pugnas con los hermanos se incrementan, en gran medida debido a que limitan los contactos de Fe con su madre.

Si bien él sigue percibiendo a su familia como significativa, ya no hay reciprocidad con los hermanos. Los vínculos afectivos con la madre se mantienen, y el distanciamiento y relaciones conflictivas con los hermanos, se hacen patentes. En esas circunstancias se da su primer internamiento en 1990.

Es internado nuevamente en 1991 y la madre muere. Momento en el que las funciones de la red desaparecen completamente, la estructura cambia radicalmente. Los hermanos sólo aparecen para asegurarse de que siga internado, y de la red conformada por los amigos, sólo hay uno que le provee guía cognitiva.

En el ámbito institucional su red primaria son pacientes y trabajadores del hospital, y cumplen las siguientes funciones: apoyo emocional y material; existe reciprocidad en relación a los vínculos. Reconoce como más cercano a un paciente al que provee de guía cognitiva, consejos y regulación social. La frecuencia de contactos con su red ocurre en el contexto de las actividades de la vida diaria del nosocomio. Desde su último internamiento, sólo ha recibido una visita familiar, debido a que Fe pidió a una trabajadora social que llamara a su familia y les avisara que estaba enfermo.

Es importante mencionar que Fe ha sido dado de alta en varias ocasiones por mejoría, pero no ha podido dejar el hospital, por no contar con una red que le permita transitar del internamiento a la comunidad.

Con respecto a las características de los vínculos, se repiten los patrones que adquirió en su historia de vida: sigue siendo una persona que entabla relaciones sociales con facilidad, pero con las personas que distingue como significativas, interacciona preponderantemente en un plan parental, es decir, gusta de ayudar y apoyar dando guía cognitiva y consejos. Dialoga con miembros del personal, que laboran en la institución y él considera que le pueden aportar algo, o tienen conversaciones interesantes.

En lo concerniente a los aspectos de otredad, se destaca la visión que tiene de familia que define como: *“la base de la sociedad, y que sirve para no sentirse sólo”*, en este sentido cuando señala cómo se percibe, lo hace solamente en función de su familia, a la que



ansía como permanente en funciones y estructura, sin aceptar los cambios naturales por los que ha pasado.

En su discurso domina la ilusión y el anhelo de mantener a la familia como era antes de que la madre muriera y los hermanos se casaran, y su expectativa actual es integrarse con su hermano mayor, con un rol similar al que tenía antes de la enfermedad incluso dice “*es mejor que mi cuñada me insulte y me de un taco, a que alguien más lo haga y no me de nada*”. Ante la posibilidad de vivir de manera independiente a sus padres y hermanos, expresa: “*mi padre decía que me fuera a rentar un cuarto, pero yo pienso que estaba mal, la base de la sociedad es la familia, entonces, que voy a hacer viviendo solo*”.

En lo referente a como es percibido por los otros comenta: “*la sociedad en general piensa mal del enfermo mental, por que desconoce como tratarlo; no sabe quien es en realidad*”. Este elemento del discurso del paciente se inscribe claramente en los aspectos teóricos que Foucault analiza en *El nacimiento de la clínica*: la mirada del médico despoja al sujeto de toda su experiencia trascendental; para los otros el loco y sus actos no tienen razón de ser. Fe considera que el trato que se les proporciona se debe al desconocimiento de las condiciones en las que han vivido, lo que sienten y lo que piensan, que después de todo es tan humano como lo que hacen y piensan los demás: los “sanos”, los que no están “locos”, “*todos somos iguales*” comenta.

Él se contempla a así mismo como “igual” a los otros: “*yo entiendo cuando me hablan como la gente normal*”. Percibe en él recursos, pues destaca que antes le gustaba trabajar, y que le gusta ayudar a la gente. Alude al hecho de que cualquier persona, incluso con alguna discapacidad, puede apoyar a los demás realizando actividades sencillas. Aquí es importante recalcar que Fe sostiene que “los otros”, ven diferente y no aceptan a los enfermos mentales, por que *no son útiles y productivos*; pero tal atribución dista de la realidad para él, ya que *hasta una persona con significativas carencias físicas e intelectuales puede ayudar en pequeñas tareas* y en consecuencia ser útil como la sociedad, refiere.

En el análisis que hace Foucault de la locura en la época clásica, destaca la transición de una sociedad feudal, al incipiente surgimiento de un nuevo orden social y productivo encabezado por la burguesía en Europa; quien para legitimar su discurso de poder, instaura una ideología basada en el progreso. Lo que lleva a una visión distinta del sujeto y del

orden social, donde la caridad y la mendicidad no tienen cabida, porque desde la visión racionalista son opuestos al orden y al progreso.

El hombre pasa de ser un ente trascendental, es decir, “de Dios”; a formar parte de un engranaje social en función de su “fuerza de trabajo productiva”, por lo que se crean una serie de instituciones destinadas a vigilar y castigar a los que no cumplan los imperativos de esta nueva doctrina. Basta recordar, según Foucault, la aparición de grandes edificios de confinamiento, donde se recluía a todos aquellos que son vistos como desviados, y en Francia llegó un momento en que 8 de cada diez ciudadanos, fueron víctimas de algún tipo de encierro, por ser los desheredados, desposeídos; por constituir parte de la masa anónima, que no tenía cabida en el nuevo orden y estructura social.

Por lo que es esa época en la que a la “locura”, a la “enfermedad”; se les cataloga en el mismo rubro que a la “mendicidad”, la “inutilidad”, “la holgazanería”. Y ocultar, algo así como echar la “basura”, o debajo de la alfombra; es la función de las grandes correccionales, que cederán más tarde su paso a los hospitales psiquiátricos, y demás centros de rehabilitación conocidos en la actualidad.

Dado que la investigación se apunta en un marco fenomenológico, en el que resalta la experiencia de vida del sujeto en los diferentes contextos donde se ha desenvuelto. Es indispensable señalar que el discurso que tiene Fe acerca de la familia, es el resultado de los roles, las funciones, el poder que experimentó en el seno de su relaciones interpersonales. Esta estructura al modificarse repercutió en la visión que tiene de sí. Es entonces que se percibe en Fe la necesidad de mantener la estructura familiar que le parece segura, para preservar los elementos conforme a los que se fue estructurando su personalidad, y repite pautas de interacción pasadas e inoperantes en sus relaciones actuales.

Fe habla de las “razones” de su “sin razón” Al verse como paciente psiquiátrico ubica que la locura es la “*sin razón*”, “*incoherencia*”; pero el discurso del loco también se traza en los límites de la razón, y paradójicamente, sólo podemos hablar de él, desde las reglas imperantes de la lógica, del lenguaje, de la “cordura” con sus significantes y significados, contruidos en determinadas estructuras de poder; ya que no es posible ir más allá del lenguaje, y en consecuencia de las fronteras que hemos construido en torno a la racionalidad. Para Fe estar en la “frontera” significa: “*ser denigrado*”, encontrarse

“aislado” de la relación con los demás, por el miedo de los otros a “*perderse de la realidad*”.

*Persona 4ª Te.*

Te es el quinto de 10 hermanos de los que muere uno al nacer. Desde muy pequeño se caracterizó por ser un niño enfermizo y con problemas de aprendizaje, por lo que tuvo que ir a escuelas de educación especial. Él mismo señala: “*estaba enfermo cuando era niño, era como una estatua, me decían quédate ahí y ahí estaba*”, “*estaba peor que ahora. Me dio temperatura y sarampión, y me afectó el cerebro. A los 8 años me pasó todo; por eso yo ya estaba así de la cabeza*”. Por tal situación, la familia estuvo en contacto continuo con personal que les prestaba un servicio de salud, y ambientes institucionales para niños con problemas de diversa índole. Los servicios de salud eran accesibles y los percibe Te como de calidad.

De su familia, quien de manera constante en su niñez lo apoya, obtiene guía cognitiva y consejos, compañía social. Destaca la relación más significativa con su padre, que lo defiende, lo apoya, le proporciona “felicidad”, le daba consejos, además de dinero. Le gustaba acercarse a los adultos, como su abuela, para escuchar historias y sugerencias. También destacan como parte de su red significativa, los profesores que le proveían de guía cognitiva y consejos. Recuerda especialmente a una maestra de cuarto año, que lo invitó a integrarse a una escuela normal en función de sus avances. A su madre la ubica como menos cercana en su infancia, y destaca que le suministraba regulación social, es decir, era la que castigaba y prescribía lo que debía hacer.

Su grupo principal de convivencia está en función de los contextos donde se desenvuelve: su familia e instituciones educativas y de salud; por ende podemos decir que su red es homogénea. Generalmente se sitúa en una situación de desventaja fuera de esos entornos. Al preguntarle si tenía amigos o personas, que considerara muy significativas en su vida, además de su familia, le cuesta trabajo ubicar a alguna y destaca en primera instancia, que los niños “normales” con los que se relacionaba, abusaban de él, es decir le pegaban y le hacían maldades, por no poder defenderse y no estar en igualdad de condiciones para competir con ellos.

Durante el proceso de la enfermedad, la estructura de su red se modifica en relación al ciclo vital por el que pasa la familia y sus integrantes: se da la muerte del padre que él resiente de manera importante y dice que *“murió por trabajar mucho”*. La relación con su madre se hace más estrecha, y la percibe como más cercana, incluso dice que ella se *“arrepintió por pegarle mucho de niño”*. Es así que las funciones de la red siguen siendo cubiertas predominantemente por la familia y su red primaria. Desde niño se va insertando en ambientes laborales, realizando tareas sencillas e incluso llega a aportar recursos a la economía familiar. Dentro de sus trabajos se encuentran: el elaborar piñatas, trabajar de cerillo en una tienda de autoservicio, y realizar labores de intendencia en la unidad habitacional donde moraba.

En 1990 muere la madre y ello conlleva cambios radicales en la estructura y función de su red. De los hermanos que lo apoyaban mientras viven sus padres, destaca una hermana quién se hace cargo de él, llevándolo a vivir a su casa y por un año sus relaciones son armónicas, indica: *“en un principio mi cuñado se portaba bien padre conmigo, me festejaba mi cumpleaños”*. No obstante, posteriormente se presentan conflictos entre él, su cuñado, sobrinos y la hermana misma; quién decide internarlo en 1991. Entonces, la intensidad, compromiso y reciprocidad en las relaciones con su red se ven comprometidas por los roces constantes que rigen su convivencia. Las funciones que predominan son casi exclusivamente de cuidado.

Te menciona que fue una desgracia haberse ido a vivir con su hermana, ya que debido a ello lo internaron, declara: *“si no me hubieran llevado, andaría en la calle. Hubiera conseguido trabajo por ese rumbo de la casa de mi hermana. Yo ya había conseguido un empleo”*. Por todo lo anterior, él manifiesta que guarda rencor a su hermana, que no la quiere ni ver porque a ella se debe su estancia en el hospital; y señala que la relación con sus amigos y conocidos se perdió por su confinamiento, ya que no les pudo avisar a donde lo llevaban, y su hermana sólo les dijo *“que lo tenían guardado”*.

Esta parte del discurso de Te haya gran similitud con lo que Foucault (1998a) menciona del encierro, que se convierte en una manera de ocultar a los ojos de los habitantes de las ciudades en crecimiento: al diferente, al loco, al mendigo, al enfermo, al leproso, al que ha sufrido una mutilación física, al que se distingue de la masa homogénea; con la finalidad de mostrar una sociedad armónica, sin notas discordantes. La familia se convierte en el primer

guardián del “orden social”, que se pretendía preservar. Hay que recordar que en la época clásica un individuo solamente podía ser internado, por solicitud explícita de la familia ante el rey o las autoridades.

Por ende, la familia se instituye como un reducto clave en un engranaje de varios sistemas, donde el discurso de poder se va articulando a varios niveles; con la finalidad de preservar la estructura social. En el caso de Te, sus hermanos se instituyen como medios para preservar la “homogeneidad” en sus integrantes, y al fallar los mecanismos de “control” en el hogar, la única forma de mantenerse iguales a los otros, es excluyendo al diferente, ocultándolo a los ojos de los demás con el internamiento.

Durante el proceso del internamiento, la red primaria de Te son principalmente trabajadores y usuarios del hospital. Si bien la estructura de su familia de origen se mantiene igual desde la muerte de la madre, los vínculos afectivos entre Te y sus hermanos se han modificado: se siente más cercano a dos hermanos que lo visitan esporádicamente en el hospital (cada tres o cuatro meses). En las visitas que los hermanos realizan se identifican las siguientes funciones de la red: ayuda material, y de servicios, en algunas ocasiones guía cognitiva y consejos. Desde 1993 no sale del hospital de permiso para pasar las festividades con su familia.

La red primaria en el hospital es homogénea, o sea, está circunscrita al espacio del internamiento. Del hospital reconoce a tres pacientes y cuatro trabajadores como más cercanos y significativos para él. Las funciones de la red que se identifican son las siguientes: de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios. Hay multidimensionalidad en los atributos y reciprocidad en los vínculos que guarda con su red en el interior del hospital.

Con relación a la otredad, Te señala que se enfermó desde los 8 años. Se distingue como un niño peor de enfermo que ahora y en desventaja para aprender y relacionarse con los demás. Dadas sus limitaciones, se percata de sí mismo como “anormal”, “diferente” a los otros, y se esfuerza desde niño por entrar en los cánones de la “normalidad”, a partir del estudio y el trabajo. Señala: “yo estudiaba porque quería ser normal. Era más inteligente que mis compañeros, el más trabajador”, “ todos me reconocían y me estimaban cuando trabajaba, era muy trabajador”; “uno de mis amigos me dijo: no se te nota la enfermedad, me entiendes; me dijo que era inteligente, no tenía así la cara como la tengo”. En la

actualidad se ve mejor que en su infancia: es más sociable, no es *tan cobarde*, como indica que lo fue antes, y refiere: *“ahora sólo tengo que luchar”*, y de manera espontánea entona una canción.

Para él, los demás perciben al enfermo mental como ser humano, *“y que sentimos y aunque estemos enfermos también nos gustan las viejas”*. En su discurso destaca el tema de la sexualidad que vive de manera ambivalente: como algo siempre presente e incluso de manera desbordante, pero al mismo tiempo, sus manifestaciones le generan profundos sentimientos de culpa por las connotaciones sociales negativas que se les confiere a las “pasiones” humanas; ya que son vistas como algo “sucio”, “bajo”, que “escapa al control” a la “razón” y por ende tienen que ocultarse, inhibirse, negarse y al mismo tiempo, formar parte del discurso de poder que tiende a desnudarlas, a proveerles de mecanismos de “normalización”, “regulación”, “saber”, “sentido”; a instaurarlas en un mecanismo de poder que pretende controlar y administrar lo cotidiano de la sexualidad.

Su *“sin razón”* la asocia Te al *“haber hecho cosas malas”*, a la vista de la sociedad, es decir, al desahogo de sus deseos sexuales. Él expresa *“me fui con una puta, ese fue mi error”*, *“no me interesan las novelas y películas donde se desnudan, no las puedo ver porque eso es morbosidad, eso es morbo, ¿verdad? y yo tengo mucha decencia”*.

El discurso de la razón pone en la frontera a la “sexualidad”, de manera similar a la “locura”, pero lo hace a partir de incluirla en el habla cotidiana, en el discurso de poder objetivándola, es decir tornándola un “objeto” arrancado del hombre, de su esencia y con ello frenándola, cercándola, instaurando un “saber científico” y “aceptado” en torno a ella.

Para que lo anterior se pueda dar, se instauran mecanismos de control y regulación que parten de la misma familia; donde aprendemos a “hablar de la sexualidad sin hacerlo”, según Foucault, a “vivir la sexualidad sin vivirla”; a experimentar lo que sentimos con culpa; a callar y ocultar.

En el discurso de Te, cuando se le pide explicar el papel o función de la familia, expresa que: *“la familia sirve para estar en sociedad, para ser decentes”*, y la decencia desde esta perspectiva, es prescribir las expresiones de la sexualidad, para asumir un dominio sobre aquellas que puedan comprometer el “orden”, que integren más que “escindan” la experiencia y el sentir humanos.

Si bien Te delimita su subjetividad por las relaciones que guarda con su familia nuclear, no la considera indispensable. Planea en un futuro, cuando sea dado de alta, formar una nueva familia. A la pregunta expresa de que va a hacer cuando salga comenta “ *Yo me casaré y me iré con mi esposa*”.

Es importante destacar en este sentido, que la imposibilidad para relacionarse es una construcción social, es decir, el sujeto no se vive a sí mismo como discapacitado, es la sociedad quien así lo ubica, y opera a través de las instituciones con esta concepción.

Por otro lado, Te comenta que la forma en que los trabajadores pueden ayudar a los enfermos, es dándoles animo para seguir adelante. Te piensa que el hospital no es un lugar para él, en su discurso la idea recurrente es irse, luchar, trabajar, tener su propia familia y reintegrarse a la sociedad como cualquier otro. Sin embargo esto no es posible en una sociedad donde lo diferente es excluido, alejado, borrado.

#### *Análisis de resultados entre sujetos*

Encontramos que la existencia de los cambios estructurales y funcionales en la red primaria están en función de las transformaciones propias del ciclo vital por el que pasa la familia; donde de manera paralela se manifiesta la enfermedad y la búsqueda de independencia de los diferentes subsistemas fraternos.

Según los datos epidemiológicos, la esquizofrenia tiene sus primeras manifestaciones en la adolescencia y vida adulta, en un rango de los 17 a los 30 años; observándose en las personas bajo estudio, que la contención del sistema familiar recae principalmente en el subsistema parental, en el que se recargan funciones de cuidado, guía cognitiva y consejos, regulación, apoyo emocional; y cuando los padres mueren, no siempre hay alguien quien supla todas las funciones que ellos cubrían. En dos de las personas entrevistadas los hermanos inicialmente intentaron apoyarlas, pero sólo por poco tiempo, ya que a los conflictos se sucedió el internamiento, con contactos nulos o muy esporádicos.

Por otra parte, si bien la entrevista estuvo encaminada a tratar de hacer una descripción detallada de la estructura y funciones de la red de las personas entrevistadas, a través del análisis de la información surge lo siguiente: no sólo la enfermedad disminuye los contactos, los vínculos, las funciones de la red de la persona enferma, al parecer el sistema

familiar también se ve disminuido en número y calidad de los contactos que puede tener con otros sistemas sociales como los vecinos, los centros de salud, parentela, etc.

El estigma social de la “enfermedad mental” no sólo toca a la persona que la padece, sino también al subsistema al que pertenece. En esta situación la familia tiene dos caminos a seguir: ocultar a su paciente en el ambiente hogareño, o alejarlo de casa con la institucionalización, tratando de tener el menor número de contactos o vínculos con él. Este aspecto nos recuerda la función que tenían los grandes centros de internamiento en la Europa del siglo XVII, donde el encierro no cumplía una finalidad de rehabilitación, sino una función estética, ya que todos aquellos seres que se consideraban fuera de los cánones impuestos para la armonía social y el ideal de progreso, eran “eliminados” de manera simbólica, es decir, se les quitaba de las calles y lugares de reunión pública; y puestos en un lugar apartado de las miradas de las masas, se creía resuelto el problema de la heterogeneidad, en una sociedad que pugnaba por la homogeneidad como criterio de armonía, estética y progreso.

Además cuando un miembro de la red primaria intenta cubrir todos los requerimientos de tener un miembro de la familia enfermo, la sobrecarga es tal, que la relación en poco tiempo se deteriora, limitando toda posibilidad de ayuda efectiva.

También encontramos que los patrones de relación que las personas mantienen en el seno de su red primaria, se repiten como estrategias de relación en el plano institucional. Otra constante es que los patrones adquiridos en etapas tempranas del ciclo vital de la familia, operan sin adaptación o cambios en momentos posteriores, cuando se requieren otras estructuras de relación.

Es decir, cada uno de nosotros construimos un relato acerca del mundo, de nuestra identidad y relaciones, que opera en el ámbito de nuestras vinculaciones de manera armónica, y tal narración se instaura como el discurso dominante a partir del cual discriminamos los hechos y sucesos de la realidad; dicho relato a su vez va más allá de todo criterio de verdad o falsedad. Si bien es cierto que se instaura dadas ciertas coordenadas espacio temporales, llega un momento en que el relato dominante es vivido como atemporal, sin delimitaciones espaciales y operable en todo momento y circunstancia.

En las personas entrevistadas el relato dominante respecto a su historia de vida subsume la posibilidad de relatos alternativos. En ese sentido, ellos se mueven en el ambiente



institucional con un “ideal” de familia, alrededor del que conceptualizan el pasado, viven el presente y proyectan el futuro. Tal ideal se observa en su discurso, al hacer referencia a su expectativa de retornar al hogar, en la posición estructural y funcional a la que pertenecían antes de que tuvieran lugar las manifestaciones agudas de la enfermedad; lo que constituye una visión estática de sus relaciones familiares.

Esta situación se contempla claramente en tres de las personas entrevistadas, donde expresan que la familia y la red de relaciones que se dieron en sus primeros años de vida, constituyó el nicho básico de su red social; que les permitió cobrar identidad y un sentido de pertenencia, que trascendió a las relaciones posteriores a lo largo de su vida; y los impulsa a buscar constantemente esa estructura, que necesariamente ha cambiado por el ciclo de vida de la propia familia y sus subsistemas, pero ellos la viven como estructural y funcionalmente estática.

En To al parecer sus condiciones de vida no permitieron configurar una historia dominante, donde se percibiera como parte de un núcleo de relaciones afectivas recíprocas; y por consiguiente como parte significativa en el seno de su familia. Se vivió desde temprana edad como excluido de las relaciones cargadas afectivamente.

En la totalidad de las personas entrevistadas el número e intensidad de los contactos con su red primaria después del internamiento ha disminuido significativamente, sin embargo las funciones no han desaparecido ya que se mantienen en el plano institucional y son proporcionadas, por el personal que labora, o los propios internos con los que se asocian de manera más estrecha.

Respecto a lo anterior podemos observar que función y estructura están íntimamente relacionados, ya que los pacientes han sido insertados en una estructura institucional, y se acomodan a ella en función de su historia dominante, en tanto función y estructura de su red primaria de origen; lo extraño y familiar se encuentran para dar origen a un sistema de soporte y apoyo que les permite subsistir en una gran diversidad de condiciones.

En torno a los atributos de los vínculos encontramos que se ven disminuidos a partir de la enfermedad y son activados en situaciones de emergencia, sin embargo cuando tales situaciones se prolongan en el tiempo por el carácter crónico de la enfermedad; comienzan a desaparecer de manera unívoca por parte del que provee el cuidado. En el caso de los

entrevistados los lazos permanecen con igual o mayor intensidad hacia los miembros de su red primaria significativos.

En tres de los cuatro pacientes predominan las relaciones unidimensionales, donde se está en la posición de recibir apoyo. Sólo en uno, la reciprocidad caracteriza sus intercambios: la persona se percibe en la situación de dar apoyo, proporcionar satisfactores a los demás, y de recibirlos tanto en la familia como en el plano institucional.

En tanto al análisis respecto a la otredad, en todos los entrevistados hay un elemento a resaltar: si bien se perciben diferentes en función del relato de los otros, no lo hacen así en su autorrelato. Es decir, la diferencia no se encuentra en sus actos, sino en su ser, que cobra sentido a partir de sus actos, que son catalogados como carentes de sentido para los otros; el sin sentido para ellos no es tal, sus comportamientos tienen una razón, un propósito, en un contexto que ellos identifican en sus relatos personales. La opinión de los otros, el miedo, la discriminación esta en función del desconocimiento de dichos relatos.

Acercarse al otro, escucharlo, tratar de entender la forma en que significan el mundo, es una labor que la clínica ha dejado de lado. La mirada del experto, del médico, del psicólogo, del “cuerdo”, se posa en “el otro” y trata de hallar, en ese cuerpo delimitado espacial y temporalmente, las causas de la diferencia. El “loco” es despojado de su experiencia fenomenológica no importa quién es él, sino encontrar la causa, algo que ver, que tocar o clasificar, que confirme esa diferencia y en consecuencia justifique la exclusión.

En voz del otro el paciente se reconoce sin capacidad para trabajar y razonar. La locura en el siglo XVII ya no forma parte de la razón, ha sido ubicada en una categoría diferente, similar al sueño, según Foucault. Cuando se hace esta distinción se rompe la armonía entre razón- sinrazón, ya no forman parte del mismo continuo, y el diálogo no es posible porque no se reconocen similitudes, sino opuestos irreconciliables.

En el caso de To hay un *Yo* que se define como carente de sentido, a causa de su enfermedad, que es como un estar “mal”, sin capacidad para trabajar y dialogar. Se ubica al margen de los demás, sin recursos para interactuar con los otros y formar parte de la sociedad; que gira en torno de la “productividad” como uno de sus valores máximos, que le dan soporte y garantizan su membresía a un grupo social determinado.

La sociedad tiene sus reglas de juego, basadas en el discurso de poder imperante en un momento histórico- social determinado, y lo que no coincide en dicho discurso es

expulsado, es puesto en el límite de lo humano, es despojado de un nombre, de una historia, de un grupo de pertenencia; y To es sensible a esto al señalar que él está al margen de los imperativos sociales al no tener ni derechos ni obligaciones, y en consecuencia es objeto de abusos.

De manera similar Ma se define como anormal y carente de sentido desde que se enfermó. La familia es uno de los principales aparatos ideológicos del estado a partir del que se configuran las relaciones de poder, que rigen todo entorno social. Es parte del engranaje total de la sociedad, que es reconocida y delimitada a partir de la emergencia de la sociedad burguesa, destinada a establecer y vigilar las reglas y normas sociales que mantienen sus ideales y el “orden social indispensable para el progreso”. Foucault asume que la familia, está destinada a vigilar y castigar a sus miembros que se desvíen de la línea trazada por la sociedad, para mantener ciertas relaciones de poder.

En esa línea, el sentimiento de culpa emerge en los miembros de la familia que son conscientes de la diferencia y no la pueden hacer confluir con la homogeneidad y estructura jerárquica de la familia en su decurso histórico. Ma sabe que para pertenecer a la familia, debe negar aquello que pueda sensibilizar las estructuras imperantes e incluso conformar nuevas. Hay sensaciones, emociones, deseos que no se “debe” permitir, y que él pone como causa de la emergencia de la misma enfermedad. Su vivencia en torno a la sexualidad lo ubica en la frontera de los imperativos familiares, y desencadena según su distinción, el proceso de la enfermedad; cargada de pasiones y deseos que no puede sentir y por lo que ha de ser castigado y excluido de todo grupo social.

Esto indica que el “loco” se sabe “transgresor” de límites que lo aíslan; que han de ser penalizados, y mantienen además las pautas imperantes en su estructura familiar y en consecuencia en la estructura social. Las coordenadas del deseo, la culpa, y el castigo se entretrejen de manera cada vez más compleja en las historias de los despojados de lo humano.

Respecto a la percepción de sí mismo por parte de Fe encontramos similitudes respecto a To y Ma. También se ve a sí mismo como “distinto”, “anormal”, como algo opuesto a lo humano y defiende su pertenencia a la humanidad, que va más allá de un diagnóstico y clasificación.

En el caso de Te, la enfermedad ha sido una **invariable en su vida**, es decir desde temprana edad se vivió con capacidades diferentes respecto a los demás y con limitaciones claras para interactuar con sus pares en condiciones de igualdad.

En lo tocante a cómo se percibe en función de la **mirada de los otros**, concuerda en el hecho de que los demás niegan cualquier elemento que lo acerque a los demás hombres. Los “normales” al posar su mirada en el otro, “el loco”, como si fuera un espejo, refleja todo lo que es desagradable, repulsivo en sí mismos; y tienen que negarlo para poder afirmarse, han de repelerlo para poder aceptarse y configurar su sí mismo; deben separar de sí aquello que resulte incontrolable, no útil y productivo a su “naturaleza humana”. Pero no lo eliminan, sino que palpita y sufre en la frontera como una sombra permanente que es necesaria para conjurar el miedo a lo desconocido, a lo familiar, que puede estremecer las conciencias y cuestionar los valores y preceptos que rigen la sociedad actual.

Los “otros”, para el “loco” le son necesarios para **subsistir**, para reconocerse; pero descubren su miedo a acercarse a él, por temor a perderse de la realidad y lo evidente es lo imperioso de trazar límites. Mientras el despojado de su persona, de su nombre y de su historia, espera que tan sólo los otros *lo tapen del frío*, es decir, sean sensibles a su presencia y lo invistan de la realidad fenomenológica de que ha sido despojado a través de la historia.

## DISCUSIÓN

Del análisis por sujeto y entre sujetos podemos apuntar, que la suma de todas las relaciones que cada individuo percibe como personalmente relevante y que han contribuido a su propio reconocimiento, es la familia nuclear conformada por padres y hermanos. Dicha red familiar en los sujetos, ha sufrido modificaciones estructurales, funcionales y respecto a los atributos de los vínculos durante el curso de su historia. En el momento del estudio las familias habían pasado por la mayoría de sus etapas de desarrollo, junto con la muerte de alguno o ambos padres y la constitución de nuevas familias por parte de los hermanos.

En general los sujetos siempre se mantuvieron en el seno de su familia de origen hasta el momento de su internamiento. Su edad promedio fue de 46 años y el promedio de internamiento a su vez de 6.2 años.

En las características estructurales en sus redes sociales primarias se encontraron modificaciones en el tamaño, debido a que en el proceso natural de independencia del subsistema fraterno, se han conformado nuevos núcleos familiares, que significan la integración de nuevos miembros a la familia extensa. Otra variable que ha influido en el tamaño de la red es la muerte de miembros del subsistema parental.

Existen cambios significativos en torno a la distribución y densidad de la red, gracias a cómo se configuraba la misma antes de la enfermedad, en el momento que se desencadena y se le hace frente, y a partir del internamiento. Hallamos que en cada uno de los sujetos el mapa de su red tiene básicamente la misma configuración antes de la enfermedad y durante su proceso. El cambio más evidente en la distribución y densidad ocurre durante el proceso de internamiento. Los miembros significativos de la red familiar se alejan de los cuadrantes que significan mayor cercanía, y la red primaria conformada por amigos, vecinos, compañeros de trabajo, miembros de la comunidad, etc. desaparecen del discurso de los sujetos y por ende de los cuadrantes señalados para esquematizarlos.

Los factores que pueden explicar esta reconfiguración son los siguientes: los vínculos que mantenemos con los demás requieren de un encuadre, es decir, de ciertas constantes espacio temporales que permitan mantener los lazos que entablamos con los demás y en el caso de las personas estudiadas, la coordenada espacio- temporal se modifica de manera radical durante el internamiento. Los contactos con las personas significativas se reducen drásticamente, lo que conlleva al debilitamiento de los vínculos.

Otro elemento que explica dichos cambios lo podemos encontrar al contemplar a la locura en su devenir histórico. Antes del siglo XVII locura y razón formaban parte de un continuo, eran las dos caras de una misma moneda, que en el discurso de la sociedad estaban presentes; ejemplos de esto se pueden encontrar en textos como el elogio de la locura de Erasmo de Róterdam, del Quijote de la Mancha de Cervantes, entre otras manifestaciones estéticas del hombre.

La ruptura de dicho continuo, Foucault la ubica hacia fines del siglo XVII, enmarcada en el siguiente contexto histórico: el desarrollo preponderante de la burguesía, que sí bien es cierto aparece hacia fines de la Edad Media, es hasta dicho siglo cuando adquiere un papel determinante en el devenir histórico de las naciones en Europa. El cambio de la concepción moral en relación a la caridad y la función del hombre en el proceso de

producción capitalista, lleva a que aquellos hombres que no cumplen los cánones del ideal de progreso; son vistos como fuera del orden establecido, los alienados que deberían ser puestos en la frontera, en los límites de las ciudades, con el fin de preservar la homogeneidad que se pretendía construir para la sociedad.

Al mismo tiempo, los espacios ocupados por los leprosarios dejan las condiciones estructurales para encerrar a los diferentes: los indigentes, los que sufren de algún tipo de enfermedad venérea, aquellos que por su apariencia física parecieran diferentes, los que iban contra el orden establecido, los locos, en fin todos aquellos que no podían integrarse de manera armónica en ese gran engranaje discursivo de orden y progreso.

El siglo XVII redondea estas condiciones y aparece René Descartes, que formaliza el discurso de la razón; locura y razón son separadas. Son evidentes los opuestos irreconciliables como razón- sin razón, orden- desorden, lo eterno- mortal, lo sublime- grotesco, la materia- el espíritu. A la locura entonces se le ubica fuera de la razón y cercana a lo grotesco, e incontrolable y por ende no humano. Esta concepción del racionalismo sigue vigente.

El nacimiento de la clínica se encuentra también contextualizado por todos estos elementos. Un claro ejemplo es el esfuerzo de naturalistas como Lineo quien trata de descubrir el orden en la naturaleza; la clasificación de las especies vegetales sienta las bases para la clasificación del gran zoo lógico. Ahora sobre las personas hay un discurso científico basado en principios aristotélicos de clasificación según semejanzas y diferencias. Los grandes centros de encierro son los lugares donde el ojo experto escrutina cumpliendo el principio de científicidad sobre el cuerpo humano, según Foucault.

Cuando la mirada se posa en el cuerpo humano, se incide en él como objeto, no en su subjetividad. La clínica despoja al sujeto de toda su experiencia vital, esto se observa de manera clara en lo correspondiente a la enfermedad mental, ya que el loco no tiene voz y sus actos están despojados de sentido para la mirada del otro.

El loco no sólo es despojado históricamente del discurso de la razón, y en consecuencia de su identidad colectiva; sino del seno familiar, es decir, a través del internamiento, se le priva de verse en la mirada de aquellos que le dieron un sentido de pertenencia en un momento determinado, incluyendo los amigos, el barrio, la escuela, el trabajo, etc.

Ahora bien el ambiente institucional, el encierro provee al enfermo mental de una estructura que cumple los requerimientos de suministrarle ayuda en un plano instrumental y de servicios para su supervivencia, soporte, y reintegración social. Ese marco a su vez determina un sistema de relaciones que se va configurando a través de la cotidianidad dentro del plano institucional donde convergen diversos actores: personal de salud, área médica, paramédica, administrativa, sin olvidar el papel preponderante de la convivencia diaria de los pacientes entre sí. Las personas que ellos definen como significativas en ese contexto son usuarios del mismo nosocomio y personal que en él labora. Los vínculos en algunos casos son muy estrechos y se dan de manera recíproca.

En este aspecto es importante mencionar que los aspectos que determinan la configuración de la red primaria dentro de la institución no se dan al azar, sino que están en función de los patrones de relaciones previas que el sujeto ha desplegado en su historia de vida.

Cuando subsiste la red familiar como estructura de apoyo y sostén la ayuda se presenta con relación al internamiento. En los casos donde el vínculo con la familia se mantiene, es posible que la red familiar nuclear o extensa los acoja nuevamente fuera del hospital. Ejemplo de lo anterior lo constituye el hecho de que unos días después de terminadas las entrevistas dos de los sujetos bajo estudio regresaron con algún miembro de su familia: madre y hermano.

Los vínculos son una forma de reconocerse y ser reconocido por los otros, que se manifiestan a través de acciones, actitudes, formas características de relacionarse y comunicarse. El estar con los otros, parte de procesos de identificación que ocurren desde la infancia y que proveen de un sentido de pertenencia y de individualidad. Una vez que se instala la enfermedad, los cambios en la forma de relacionarse con los demás, de intercambio, de conducta, y el significado de que todo ello está investido, hace que las otras personas significativas tomen distancia.

Los lazos pueden ser mantenidos al inicio del padecimiento con la esperanza de que la persona enferma se cure, sane; pero como eso no ocurre en los trastornos crónicos, al empeño por hacer algo por enfrentar la enfermedad, sigue la sobrecarga en las funciones que generalmente recae en pocos miembros de la familia. Dicha sobrecarga adquiere la forma de cansancio o agotamiento, que trae como consecuencia el debilitamiento de los

lazos afectivos con la persona enferma. En nuestra sociedad las funciones de sostén se recargan en uno o ambos padres. Y cuando éstos faltan en ocasiones se torna prácticamente imposible que se revitalicen las redes familiares de apoyo para que el enfermo se reintegre a su familia y comunidad de pertenencia.

Se supone que el hospital tiene como misión la rehabilitación del enfermo para que sea posible su reinserción a un núcleo familiar y social específico, más durante el tiempo de internamiento, los programas de salud no contemplan las formas en que se pueden construir y mantener intercambios que revitalicen los lazos entre la institución, los pacientes y los otros significativos; para que el enfermo mental puede retornar al entorno familiar del que se le alejó una vez que fue internado.

Es así que los hospitales fungen como un mecanismo más de aislamiento, de ubicar en la frontera a la diferencia que la sociedad no quiere ni puede ver en el otro por lo que pueda ver en él de sí misma.

En esta línea encontramos que para las personas bajo estudio es importante su familia como principal fuente de reconocimiento y apoyo, aunque no mantengan ningún tipo de intercambio ni contacto con ellos desde el internamiento.

Destaca en su discurso, como el personal de salud como instancia de control social, las familias, y todos los núcleos sociales que son a partir de tener un papel aceptado en el engranaje de la sociedad; han despojado al “loco” de su experiencia fenomenológica, incluso de la posibilidad de tener un nombre, una adscripción temporal y espacial como sujeto social y se le ubica en el límite de lo permitido, de todo aquello a partir de lo que a los sujetos les es dable construir su yo en relación con los demás.

El sujeto así se convierte en un ente que sólo cobra presencia a partir de una nosología que pretende ser científica al ubicar su “mal”, su “desorden”, en una parte delimitada de su cuerpo, donde se recrea la mirada del clínico para confirmar sus categorías preestablecidas.

El “loco” no se ve diferente, dicha diferencia es algo que se ha depositado en él y le permite a la sociedad reconocerse como “homogénea”, más allá de lo que teme o no puede entender de sí misma y de esa manera pueda preservar los ideales en que basa su unidad y los principios que le dan forma.



A su vez, el “loco” inviste de significatividad a las personas que los reconocen con un saludo, que los nombra. Y piden que se les pregunte su opinión en las actividades de la vida cotidiana y se les tome en cuenta en la toma de decisiones.

Lo anterior nos lleva a rescatar lo sostenido por autores que se ubican en la posmodernidad dentro del movimiento de la terapia familiar como: Gergen, Mc Name, Andersen, Tomm, White, etc., en relación a que el yo no es una entidad prisionera bajo la piel, sino que se configura a partir de las relaciones con los otros, mediatizada por el lenguaje. La narración que cada persona hace de sí misma es la apropiación de la narración de los otros, en ese sentido el “loco” hace propia cualquier comunicación que lo invista a sí mismo de relevancia en la mirada de los demás, es decir, que lo reconozcan en su subjetividad.

Más allá de cualquier discurso elaborado sobre el “loco” y sus derechos, la significatividad se da en el contacto, en los intercambios solidarios; en las actividades de la vida diaria, donde un gesto, una palabra, son elementos suficientes para poder reconocerse a sí mismo en la mirada de los demás y con ello se puede contribuir a la construcción de una realidad para el “loco” con los otros.

La rehabilitación en esta línea ha de enmarcarse en promover los intercambios de los pacientes con los diferentes sectores que constituyen la sociedad y ante todo mantener sus redes sociales primarias e involucrarlas de manera activa en los procesos de atención a la salud ya sea ambulatorios o de internamiento. Y al mismo tiempo incidir de manera directa en la creación y mantenimiento de nuevas redes de apoyo a nivel comunitario y que el binomio médico-paciente o institución- familia no sea excluyente de la multiplicidad de relaciones que sean viables para la promoción y cuidado de la salud en todos los niveles de atención.

## CONCLUSIONES

Generalmente se soslaya en ambientes institucionales el papel preponderante que tienen las redes sociales como recurso para arribar a los fines que toda organismo de salud se plantea, entre ellos el procurar el bienestar físico, psicológico y social de los usuarios de los servicios, y en el caso de los pacientes psiquiátricos su reinserción a la sociedad en las mejores condiciones posibles, lo que no es factible si no se cuenta con una red de apoyo

que sirva como nicho social en el que el individuo pueda realizar las actividades para una vida social plena, una vez que ha sido dado de alta.

Por ende las políticas institucionales no deben ser circunscritas sólo a la institución y la red que conforma, sino incluir de manera activa redes cada vez más amplias, sin olvidar, por supuesto, al paciente mismo.

No olvidarlo significa no sólo *hacer para*, es decir, generar recursos para atender sus necesidades en función de su enfermedad; sino *hacer con*, que implica incluirlo de manera directa en las políticas a él destinadas.

Por otra parte no hay que olvidar el espíritu con el que fueron creados los hospitales-granja; lugares que se denominaron de “puertas abiertas” con la finalidad de erradicar la incuria y el encierro predominantes en los modelos psiquiátricos de inicios del siglo XX. Tal designación de “puertas abiertas” no sólo implicaba el que los pacientes pudieran salir y entrar de los nosocomios a partir de su libre albedrío, sino el que la sociedad se permitiera acercarse a un mundo del que se excluyó en el mismo momento que ubicó que había una frontera donde lo otro no cabía. Al mismo tiempo que el loco es puesto en el límite de lo “humano”, la humanidad también se niega a sí misma, se excluye.

Cuando las sociedades puedan ser incluyentes y la diferencia no ponga en peligro el discurso de poder que las mantiene, podremos no pretender curar sino participar de la “sin razón” que no es más que la misma cara de nuestra propia razón; del “sin sentido” que no es más que la misma cara del “sentido” por el que pugnamos.

Uno de los principales alcances del estudio fue que pudimos acercarnos a la realidad única e insoslayable del paciente psiquiátrico, en particular de las cuatro personas que nos apoyaron con la investigación al permitirnos participar de su narrativa y a través de ella, permitirnos hacer una lectura de la misma enlazándola con la nuestra y conocer cómo significan el mundo en función de su historia de vida con la “enfermedad mental” como una constante importante.

## SUGERENCIAS

Acercarse a la forma en que las personas entrevistadas dan cuenta de sus redes sociales primarias y la manera en que el mundo cobra sentido para ellos nos lleva a plantear

interrogantes respecto a los modelos de atención imperantes en México en las instituciones encargadas de promover la salud mental y la rehabilitación del enfermo.

Cabría preguntarse por qué la rehabilitación incluye la reintegración exitosa a la sociedad, si acarreamos en el devenir histórico, con siglos de un proceso de exclusión de enfermo mental cada vez más perfeccionado, ya que se sustenta en el discurso imperante de lo científico, de la “verdad”, y el “deber ser”; y la misión de las instituciones psiquiátricas ha sido la puesta en marcha de la exclusión, del control social.

Es imprescindible tener presente el contexto en el que sobreviven los enfermos mentales y las modalidades de intervención imperantes en los nosocomios; para con ello proponer líneas a seguir, acciones concretas que consideren al paciente y las redes sociales de las que forma parte y puedan llegar a ser una pieza clave en los tratamientos para este importante problema de salud en nuestra sociedad.

A continuación proponemos una serie de elementos que podrían formar parte de las estrategias en la atención del enfermo mental:

- Integrar a la red primaria al proceso de rehabilitación de los pacientes en el momento mismo que se proceda a algún tipo de tratamiento ambulatorio o internamiento.
- Diseñar estrategias para mantener los vínculos existentes del paciente con su red primaria, antes del internamiento y que no se limitan al núcleo familiar, sino que incluyen a las personas cercanas afectivamente en otros ámbitos.
- Intervenir si es necesario, para que la responsabilidad del “enfermo” no recaiga en un solo familiar con exclusión de posibilidades más vastas de apoyo.
- Poder integrar al proceso de rehabilitación los diferentes subsistemas: la institución con su red laboral, los pacientes, la familia y el enfermo; en un plano no solo instrumental sino también de los vínculos a partir de los intercambios solidarios, de aceptación, apoyo, guía cognitiva, reconocimiento, respeto, etc.; destacando y usando recursos propios de cada protagonista para dar cuenta del proceso de la enfermedad y su manejo.

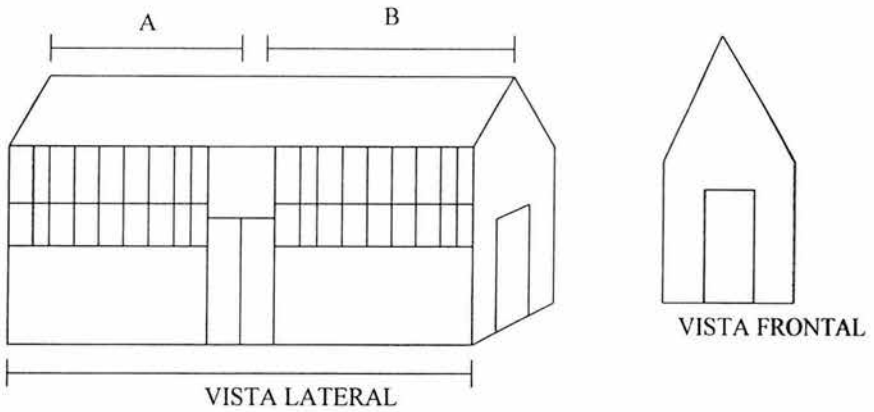
## REFERENCIAS

- Austin, J. L. (1996). Cómo hacer cosas con palabras. Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, Maurizio. (1990). Terapia familiar: un enfoque interaccional. Buenos Aires: Paidós.
- Bateson, Gregory. (1984). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, Gregory.(1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bertalanffy, Ludwig. (1998). Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: FCE.
- Bronfman, Mario. (2000). Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigación Multidisciplinaria, UNAM:
- Dabas, Elina Dora y Najmanovich, Denise (comps.). (1995). Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Barcelona, Paidós.
- Dabas, Elina Nora. (1998a). Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, Elina Nora. (1998b). Redes sociales, familias y escuela. Argentina: Paidós.
- De la Reza, Germán. (2001). Teoría de sistemas: reconstrucción de un paradigma. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. (2001). La teoría sistémica. México: UNAM/Universidad de Tlaxcala/Iztacala.
- Elkaim, Mony. (1989). Las prácticas de la terapia de red. Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, Mony. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?. Psicoterapia y familia, 9, (2), 4-12.
- Foucault, Michel. (1996)El nacimiento de la Clínica: Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1998a). Historia de la locura en la época clásica. (Vols. 1 y 2), México: FCE.
- Foucault, Michel. (1998b). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI.

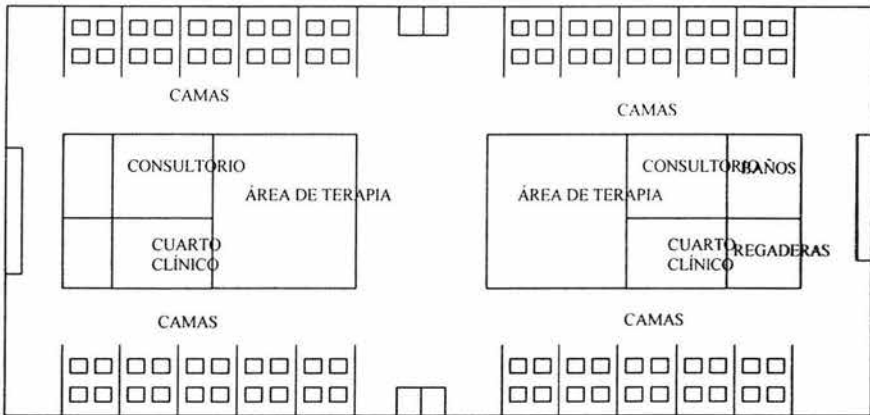
- Foucault, Michael. (2002). Historia de la sexualidad. 1-la voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- Gergen, Kenneth J. (2002). Realidades y relaciones: Aproximaciones de la construcción social. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, Gloria P. y Contreras, Adriana M. (2002). La red social del paciente con diagnóstico de episodio psicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas. Disponible en <http://www.psycologia.com/articulos/argloh01.htm>, 25/06/2002 y <http://www.psycologia.com/articulos/argloh02.htm> 13/02/2003.
- Hoffman, Lynn. (1998). Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistema. México: FCE.
- Klefsbeck, Johan. (1995). Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red. En Elina Dora Dabas y Dense Najmanovich (comps.). Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil (pp. 345-355), Barcelona: Paidós.
- Mac Namee, Sheila y Gergen, Kenneth J. (1996) La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, Gil Flores, Javier y García Jiménez Eduardo. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Maracena, Granada: Aljibe.
- Sluzki, Carlos. (1985). Familia. Redes y otras formas extrañas. (Presentación plenaria ante el Congreso Anual de la American Family Therapy Association in New York, 1984). News Letters, 19, (1), 5-15.
- Sluzki, Carlos. (1989). El proceso de migración: un experimento natural en disrupción y reconstrucción de la red social. Boletín Journal of Berkshire Medical Center, 2 (3), 4-12.
- Sluzki, Carlos. (1990). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, Paul. (1998). Teoría de la comunicación humana: intervención, patología y paradoja. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Watzlawick, Paul; Weakland, John y Fish, Richard. (1998). Cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.

# APÉNDICES

APÉNDICE 1: GRÁFICO DE LOS PABELLONES



VISTA DESDE ARRIBA



## APÉNDICE 2: GUÍA DE ENTREVISTA

### ANTES DE LA ENFERMEDAD

#### *FAMILIA*

- Podrías decirme cómo era tu vida con tu familia antes de que te enfermaras
- ¿Qué miembros de tu familia estaban más cercanos a ti, quiénes más lejanos?, ¿Por qué los ves así, de qué manera te eran significativos?
- ¿Hay alguna cosa que no hubieras podido hacer si no contaras con los miembros de tu familia importantes para ti?
- ¿Qué es para ti la familia, cómo definirías una buena familia?

#### *AMIGOS*

- Antes de que te enfermaras, cómo eran tus relaciones con tus amigos
- ¿Cuántos amigos tenías, de dónde eran, quién era para ti más significativo?
- ¿Con qué frecuencia pasaban tiempo juntos y que hacían?
- ¿Podrías decirme para ti cual crees que debe de ser la función de un buen amigo?

#### *COMUNIDAD/ SERVICIOS DE SALUD*

- ¿Cómo era el lugar donde vivías antes de enfermarte, podrías describirlo?
- ¿Con qué miembros de tu comunidad te relacionabas de manera más frecuente antes de tu enfermedad y qué hacías con ellos?
- ¿Cuándo te enfermabas, adónde acudías para recibir ayuda?, ¿Tenías algún tipo de seguridad social?
- ¿Qué impresión tenías de ese tipo de ayuda?

#### *TRABAJO Y/ O ESTUDIO*

- ¿A qué te dedicabas antes de enfermarte?
- ¿Qué decían de ti tus compañeros de trabajo/ escuela antes de enfermarte?
- ¿Con quiénes te llevabas mejor en el trabajo cuando no estabas enfermo?
- ¿Con qué frecuencia pasabas tiempo con tus compañeros de trabajo/ escuela y qué hacían juntos?

### PROCESO DE ENFERMEDAD Y HASTA EL INTERNAMIENTO

#### *FAMILIA*

- ¿Qué paso en tu familia cuando te enfermaste?
- ¿Por qué crees que te enfermaste?
- ¿De qué manera te apoyo tu familia cuando enfermaste?

#### *AMIGOS*

- ¿Qué paso con tus amigos cuando te enfermaste?
- ¿Quién de tus amigos te apoyo cuando enfermaste, cómo lo hizo?
- ¿Cómo crees que te veían tus amigos?



- ¿Cómo crees que te veían tus amigos?

#### *COMUNIDAD/ SERVICIOS DE SALUD*

- ¿Cuándo te enfermaste, a dónde acudiste?
- Aparte de los servicios de salud, ¿Fuiste a otro lugar para recibir ayuda, con qué servicio te sentiste mejor?
- ¿Qué impresión crees que tenga la comunidad en que viviste acerca de los enfermos mentales?
- ¿Cómo te veían los miembros de tu comunidad una vez que te enfermaste?

#### *TRABAJO/ ESCUELA*

- ¿Qué paso con tu trabajo/ escuela cuando te enfermaste?
- ¿Qué cosas cambiaron en la relación con tus compañeros de trabajo cuando te enfermaste?
- ¿Quiénes y cómo te apoyaron tus compañeros de trabajo cuando te enfermaste?

#### DURANTE EL INTERNAMIENTO

##### *FAMILIA*

- ¿Cómo es el apoyo de tu familia ahora que estás internado?
- ¿Ha cambiado la relación que mantienes con tus familiares desde que estás internado?
- ¿Qué impresión te da tu familia cuando te visita?
- ¿Qué tan significativo crees que eres para tu familia ahora que estás internado?
- ¿Si fueras dado de alta, con quién te irías?

##### *AMIGOS*

- ¿Tienes amistadas dentro del hospital, quiénes son?
- ¿Qué ha pasado con los amigos que tenías desde que estás internado?
- ¿Qué actividades realizas con tus amigos en el hospital y en qué te apoyan?
- Hay alguien dentro del hospital a quién aprecies mucho, a qué crees que se deba.

#### *COMUNIDAD/ SERVICIOS DE SALUD*

- Podrías describirme los hechos más significativos en un día en el hospital?
- ¿Quién de los trabajadores del hospital te apoya a hora que estás internado y quién te es más significativo?
- ¿Cómo piensas que debe ser el apoyo en el hospital a los enfermos?
- ¿Qué crees que piense el personal del hospital de los enfermos mentales?

APÉNDICE 3: GRÁFICO DE PABELLÓN B

