

31966



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

**“RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
M I R E Y A S A L A S O R T I Z**

**DIRECTORA DEL REPORTE
PRESIDENTA: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO**

**JURADO DE EXAMEN
TITULAR: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA
TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
SUPLENTE: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO**



ESTADO DE MÉXICO

2005

m343221



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
<i>1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en que incide el trabajo en Terapia Familiar.</i>	1
1.1. Características del campo psicosocial.	2
Salud	2
Educación	4
Empleo	4
Estrés	6
La familia	8
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	9
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	17
Acciones institucionales	17
La Terapia Familiar como propuesta	20
<i>2. Caracterización de la Entidad y Sedes donde se realizó el trabajo clínico.</i>	22
2.1 Descripción de los escenarios.	22
2.2. Análisis sistémico de los escenarios.	23
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en la Entidad y Sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.	31
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	34
<i>1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.</i>	34
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	34
Teoría General de los Sistemas	35
Teoría de la Comunicación	37
La Epistemología Sistémica en la Psicología: de lo intrapsíquico a lo interpersonal	44
Cibernética	46
Cibernética de primer orden	46
Cibernética de segundo orden	49
El surgimiento del construccionismo social	52
La Terapia Familiar Sistémica	53
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	57
MODELO ESTRUCTURAL	57
MODELO ESTRATÉGICO	72
TERAPIA BREVE ENFOCADA A LOS PROBLEMAS	79
TERAPIA BREVE ORIENTADA A SOLUCIONES	90
ESCUELA DE MILÁN	99
MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO	109
CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	126
<i>1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.</i>	126
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia atendida como terapeuta principal.	126

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.	127
Modelo de intervención empleado	127
Ciclo vital familiar	142
1.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total: observaciones clínicas en los escenarios de trabajo.	148
La terapia familiar sistémica	148
Qué es el sistema terapéutico total	148
La importancia del sistema terapéutico total en la formación de terapeutas familiares	150
El trabajo clínico con supervisión en vivo	151
Durante la sesión terapéutica	152
El sistema de supervisión	154
Relación entre supervisor y terapeuta supervisado	154
El sistema terapéutico	156
Sistema de terapeutas	157
El sistema familiar	159
2. Habilidades de Investigación.	161
2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.	161
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.	167
3.1. Elaboración de productos tecnológicos.	167
Videos: "Técnicas de Terapia Estructural" y "Terapia Estratégica"	167
Manuales: "Terapia Estructural" y "Terapia Breve Centrada en los Problemas"	169
Folleto: "Ciclo Vital Familiar"	170
3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.	171
Taller y folleto: "Prevención del abuso sexual infantil"	171
Terapia de red	175
3.3. Reporte de las actividades de difusión en foros académicos.	177
Significado de vivir la etapa de la vejez, sus eventos adversos y las formas de afrontamiento.	177
Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez.	177
4. Habilidades de compromiso y ética profesional	178
4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.	178
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES	186
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	186
2. Incidencia en el campo psicosocial.	188
3. Análisis del Sistema Terapéutico Total.	189
4. Reflexión y análisis de la experiencia.	190
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.	191
REFERENCIAS	193
ANEXOS	198

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en que incide el trabajo en Terapia Familiar.

Diversas disciplinas se han interesado en el estudio de la familia como, la Sociología, la Antropología, la Historia y la Psicología. Dentro del campo de esta última tradicionalmente ha predominado el esquema psicodinámico con una terapia orientada más hacia el pasado, buscando en la infancia del paciente las raíces de los síntomas actuales. Posteriormente, la terapia Conductual y Gestalt otorgan énfasis al presente, al "aquí y ahora". Más tarde la terapia evoluciona al retomar las ideas de la Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas ofreciendo la posibilidad de asumir una epistemología sistémica para abordar los problemas humanos.

La Terapia Familiar Sistémica parte de una epistemología que concibe a la familia como un sistema abierto, que como tal mantiene una multiplicidad de relaciones e intercambios tanto al interior con los subsistemas que la conforman, como al exterior con los suprasistemas de los que forma parte.

Podemos decir que un terapeuta familiar sistémico se ve a sí mismo como parte del sistema que atiende y no se limita a mirar a la familia como única responsable de sus males sino que toma en cuenta la interdependencia que mantiene con otros sistemas, sin perder de vista su autonomía respecto de los suprasistemas social y cultural. Así, acercarnos a la familia desde una epistemología sistémica nos permite percibir tanto su autonomía como su conexión con los sistemas externos.

Si queremos revisar las diversas situaciones que atraviesa la familia, lo haremos tomando en cuenta los marcos de referencia políticos específicos, que explicitan la organización secuencial de la acción dentro de un contexto social; mismas que estarán organizadas por otras pautas derivadas de la interacción y estructura social; que a su vez estarán determinadas por marcos de significados culturales. A continuación retomaremos el modelo ecológico propuesto por Corsi (2000), que nos recomienda considerar simultáneamente los distintos contextos al estudiar el desarrollo del ser humano. Dicho autor propone la existencia de tres tipos de sistemas:

El microsistema. Se refiere a las relaciones entre el individuo y su entorno inmediato, por ejemplo: la familia.

El exosistema. Que hace referencia a las relaciones entre microsistemas y las instituciones sociales formales e informales, por ejemplo: la escuela o los medios de comunicación.

El macrosistema conformado por las relaciones que existen entre los individuos y las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura.

Si partimos de una perspectiva sistémica es fundamental revisar e integrar, los diferentes sistemas involucrados en la conformación de la problemática familiar. Contextualizaremos en un principio, el ámbito psicosocial del México actual, señalaremos luego las principales dificultades que se presentan en las familias, concluyendo con la alternativa de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como una propuesta para abordarlos.

1.1. Características del campo psicosocial.

Actualmente vivimos en un mundo donde, por un lado, han crecido la desigualdad, el desempleo, la ignorancia, la marginalidad y las migraciones masivas, y por el otro, crece un entrelazamiento sin ley entre finanzas, corrupción política y crimen organizado.

El resultado son ciudades donde una minoría con ciertos ingresos y derechos se siente cada vez más asediada por una mayoría excluida de empleo seguro, de ingresos fijos, de derechos sociales, de educación, de salud y de seguridad creciente.

Es lamentable pero forzoso reconocer que hoy en día la organización política, social y económica de México, así como su rezago cultural y sus formas de socialización, están conformando un contexto que favorece el crecimiento del crimen organizado, de la delincuencia y de la pobreza, que derivan en estilos de vida y convivencia familiar y social poco saludables, caracterizados por accesos limitados en la salud, en la educación y en el empleo.

Salud

Uno de los bienes más preciados con que el hombre cuenta y un derecho fundamental para la subsistencia, es la salud, entendida no sólo como la ausencia de enfermedad sino como la existencia de un estado de completo bienestar biológico, psicológico y social; y que se encuentra determinada por la herencia, la nutrición, el acceso a los servicios de salud de alta calidad, el comportamiento y la interacción entre el ser humano y su ambiente (OMS, 1984).

San Martín (1984) señala que la salud engloba aspectos subjetivos, es decir, la alegría de vivir y sentirse saludable; elementos objetivos, esto es, la capacidad para la función; y aspectos sociales. Además, son indispensables ciertos recursos para conseguir una buena salud, como un nivel satisfactorio en cuanto a ingresos, vivienda, alimentación y educación; el disponer de información y habilidades personales; contar con un entorno que promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades.

A pesar de que en los mexicanos persisten grupos sociales en los cuales siguen vigentes las enfermedades por procesos infectocontagiosos, con mayor afección del grupo infantil y materno y son todavía importante motivo de morbilidad; en nuestra nación se ha gestado una transición epidemiológica en la que predominan muertes atribuibles a enfermedades crónico degenerativas y lesiones tales como el cáncer, enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, enfermedades cerebro vasculares, cirrosis, drogadicción, accidentes y muertes violentas (Secretaría de Salud, 2003).

La exposición de las mujeres a los riesgos de salud asociados al embarazo ha disminuido de manera sustancial, concomitantemente con el descenso de la fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó a 2.0 hijos promedio por mujer a finales de la década de los noventa. El descenso de la fecundidad está estrechamente relacionado con la notable expansión de la cobertura de métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas o unidas en edad fértil y que les resultan efectivos para cristalizar sus decisiones reproductivas (CONAPO, 2000).

No obstante, debe reconocerse que la reducción de los niveles de fecundidad no se ha dado con la misma intensidad en todos los grupos sociales y regiones del país. Los sectores más pobres, con menor escolaridad y residentes en las zonas rurales, todavía muestran un rezago importante. Así, por ejemplo, la población femenina sin instrucción tiene una tasa global de fecundidad de 5.6 hijos por mujer, que resulta superior en dos hijos a las que concluyeron la primaria, y tres hijos mayor respecto a las que cuentan con educación media o más. Como

podemos darnos cuenta, persiste una elevada demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, especialmente entre las mujeres del medio rural y de contextos urbano-marginados.

Lo anterior conduce a una problemática que aunque ha venido disminuyendo, sigue presente: los embarazos no deseados. Acarrea dos consecuencias graves: traer al mundo hijos no deseados y no brindarles todo lo que requieren para un desarrollo integral óptimo, o bien la incidencia de abortos inducidos, puesto que en México no se reconoce el aborto como un método de planeación de la familia y se considera que su práctica generalmente insalubre, pone en riesgo la salud de la mujer, ésto se justifica porque hoy en día, en el país, es la quinta causa de muerte en mujeres al dar a luz.

Los embarazos no deseados también se encuentran estrechamente relacionados con el inicio temprano de las relaciones sexuales dado que los jóvenes de 16 o 17 años de edad, no cuentan con información ni habilidades para programar lo que desean vivir ni prevenir aquello que obstaculiza su desarrollo personal y complica su dinámica familiar (CONAPO, 1998). Las relaciones sexuales precoces son un indicador de la búsqueda de autonomía y reto a la autoridad y a los valores familiares; el embarazo no deseado y la maternidad precoz traen consigo en algunos casos, la inhibición de la identidad y de la personalidad individual.

El embarazo adolescente, es un problema de salud que tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que afectan tanto a la madre como al hijo. Las causas por las que una adolescente puede quedar embarazada son de variada naturaleza y generalmente corresponden a un conjunto de factores como son: el que la familia transite por una crisis, la pobreza en que viven, carencia de orientación y educación sexual, alcoholismo, drogadicción, etc. Con el embarazo, muchos de estos factores pueden llegar a niveles más críticos y empeorar la situación económica, educativa, emocional y de salud.

Existen además factores de riesgo que se presentan en la adolescencia que pueden favorecer el embarazo precoz o se asocian a él, tales como el abandono escolar, la dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, una baja autoestima, la falta de actitud preventiva, las conductas antisociales, los mitos y tabúes acerca de la sexualidad, la ignorancia sobre los métodos anticonceptivos, los mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, la resistencia a adoptar el control de su cuerpo con responsabilidad, el prejuicio de que la responsabilidad de evitar un embarazo le corresponde exclusivamente a la mujer o el temor a la crítica si se usa algún método anticonceptivo o a que la madre o el padre se enteren de su uso (Carrera, 1995).

También existen problemas nutricionales comúnmente más padecidos por las mujeres, tales como, la anorexia o la bulimia asociados a factores culturales o cuestiones arraigadas de género, debido a las cuales se cosifica a la mujer rindiéndole culto a su belleza, aunado al estereotipo de cuerpo ideal que los medios de comunicación exhiben y que lleva implícito el mensaje de que una mujer delgada recibe mayores muestras de aceptación, es sin duda alguna una explicación del porque estos problemas los sufre una población tan específica (Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich, 2000).

Las mujeres enfrentan también problemas típicos con relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) debido a que tienen una mayor probabilidad de adquirirlas de una pareja infectada. Las ETS constituyen una amenaza para su salud y con frecuencia significan un importante deterioro funcional y fuente de morbilidad por las secuelas que provocan, incluidas la infertilidad y los dolores crónicos.

Un problema de salud femenina en ascenso es el VIH/SIDA. Su principal mecanismo de transmisión entre la población adulta es sexual y se ha presentado con mayor frecuencia entre homosexuales y bisexuales. Sin embargo, las tasas han tendido a estabilizarse en estos grupos y a mostrar un aumento progresivo de transmisión heterosexual. Si bien la enfermedad se presenta de manera frecuente entre los hombres (cuatro por cada mujer infectada) y es la quinta causa de

fallecimiento, ésta registra un aumento progresivo entre las mujeres y una tasa de crecimiento mayor que la de los varones. Cabe destacar que estas causas de muerte pueden ser abatidas con la promoción de conductas de autocuidado y la difusión de información básica sobre el ejercicio informado, seguro y responsable de la sexualidad.

En la salud influyen factores de tipo social, económico y cultural, por ende hombres y mujeres presentan demandas distintas en los servicios de salud y acceden a éstos de manera desigual. En el caso de las mujeres hay que señalar que están expuestas a riesgos adicionales causados por su propia fisiología y por aspectos relacionados con la etapa reproductiva, es decir, la salud y nutrición femeninas, además de los riesgos naturales de todo ser humano, se ven amenazadas por los peligros adicionales implicados en el embarazo, parto, puerperio y lactancia. Más aún cuando por diversos factores se obstaculiza el acceso de las mujeres a los servicios de prevención y atención de la salud. En este sentido, se habla de una demanda insatisfecha y de problemas de adecuación de dichos servicios a las demandas y necesidades de niñas, adolescentes, mujeres adultas y de la tercera edad de diversos sectores sociales.

Educación

La población mexicana tampoco cuenta con un acceso homogéneo a la educación. Si bien es cierto que en nuestro país se ha logrado incrementar la cobertura de la demanda de educación básica, la asistencia a niveles de educación subsecuentes decrece conforme avanza la edad. De modo que a partir de los 11 años se comienza a observar deserción y a los 17 años cerca del 50% de la población de esa edad ya no acude a la escuela. De este grupo, son las mujeres quienes ocupan el porcentaje más alto.

Tenemos que cerca del 3% no tiene instrucción escolar, 40% cuenta con algún grado de primaria completa o incompleta, 40% tiene algún grado de secundaria incompleta o completa, 12% tiene algún año de bachillerato y sólo 5% tiene acceso a estudios de licenciatura o posgrado (INEGI, 2000).

En 1995 se registraron en el Distrito Federal 182 185 personas que no sabían leer ni escribir, de las cuales 14 % eran jóvenes de 15 a 29 años; de éstos, 40% eran hombres y 60% mujeres. En 1996 31.58% de la población joven había cursado la secundaria, 36.04% la preparatoria, sólo 2.33% había realizado estudios profesionales medios y 18.72% estudios superiores. Los valores relativos de asistencia escolar de las mujeres con respecto a los de los varones son mayores en los niveles de educación primaria, bachillerato y profesional medio, y menores en secundaria y profesional superior; en éste se registró la participación de sólo 23% con mayor participación femenina.

A partir de lo anterior se vislumbran retos importantes en materia educativa para México, tales como la extensión del acceso y la cobertura en todos los niveles educativos y la presencia de condiciones que garanticen la permanencia tanto de hombres como de mujeres en el sistema escolar que les permitan disponer de mayores oportunidades de desarrollo.

Empleo

Sabemos bien que el tipo de empleo y por ende el salario recibido se encuentra estrechamente relacionado con el nivel de escolaridad de las personas, sobra decir que la población marginada cuyas oportunidades de educación fueron restringidas, tendrá un acceso limitado a una condición laboral que le beneficie, o peor aún, pasará a formar parte de la estadística de desempleo.

La crisis económica severa y prolongada que en el país se ha venido viviendo ha propiciado la participación económica de las mujeres, de los jóvenes que aún no concluyen sus estudios e incluso de los niños pertenecientes a hogares marginales, ya que los ha obligado a obtener ingresos adicionales.

Lamentablemente la permanente segregación genérica entre el trabajo doméstico y el extradoméstico impide la igualdad de condiciones en el acceso al trabajo remunerado de hombres y mujeres, reforzando con ello la desventaja social de estas últimas e incrementando sus dificultades emocionales tanto a nivel individual como familiar (García, 1995).

En términos generales, podemos señalar situaciones desventajosas que limitan a cualquier mujer trabajadora:

- × La desigualdad de oportunidades, la discriminación salarial y el hostigamiento sexual como una vía impuesta para acceder a mejores puestos o condiciones de trabajo.
- × El ejercicio simultáneo del trabajo extradoméstico y doméstico. Esto implica la realización de la doble jornada de trabajo que conlleva la sobreexplotación de la mano de obra femenina y la existencia de conflictos familiares e individuales.
- × La insuficiencia de servicios sociales, entre los que destaca el difícil acceso a guarderías.
- × La dificultad para gozar de los derechos que tiene por ser madre. Por ejemplo: durante su embarazo no realizar trabajos que signifiquen peligro para su salud; descanso previo y posterior al alumbramiento conservando íntegro su salario; descansos extraordinarios durante su jornada laboral por el periodo de lactancia.

No sólo las mujeres adultas se han integrado a las actividades económicas, también lo han hecho los jóvenes y los niños. Desde la década pasada, el 53.9% de la población joven participa en actividades laborales, de éstos la mayor parte, es decir, 71% son varones aunque cada día aumenta el número de mujeres jóvenes que se insertan al mercado laboral. 55% de los hombres y 70% de las mujeres tienen un trabajo asalariado como empleados u obreros; mientras que cerca del 10% trabajan por su propia cuenta. Son las personas jóvenes quienes sufren el mayor nivel de desempleo en el país, el 4.3% corresponde a los varones y el 6.6% a las mujeres. De nuevo el grupo de mujeres resulta más afectado debido probablemente a sus responsabilidades domésticas o a los roles de género estereotipados que les impiden obtener un empleo de tiempo completo o de alta responsabilidad.

La tasa de desempleo entre la población joven del Distrito Federal es del 12.2%, la cuarta parte de ella cuenta con estudios profesionales, situación que se agudiza entre las mujeres, pues a pesar de que 25.5% de las jóvenes desempleadas cuentan con estudios profesionales y sólo 18.6% de los hombres se encuentran en esta condición, son ellas quienes menos oportunidades tienen de acceder a un trabajo remunerado.

De acuerdo con UNICEF (1999), en las calles de la capital del país trabajan 13,373 menores (68.5% hombres y el resto niñas), de los cuales 1,850 (13.84%) viven en la calle y "han roto el vínculo con sus familias", mientras que el resto (11,523) solamente laboran. El 60% del total desertó de la escuela, sobre todo por problemas económicos. Aunque se considere que el fenómeno de los niños de la calle es esencialmente adolescente, esto no es así, ya que cuatro de cada seis niños declararon haber iniciado su vida en la calle entre los cinco y los nueve años de edad y seis de cada diez, entre los diez y los catorce años.

Los niños trabajan con bajos salarios y sin ninguna prestación social y muchas familias sobreviven con lo que aportan los menores y las madres. El 85.76% se enferma frecuentemente, el 6.44% come una vez al día, y 44.75% realiza dos comidas diarias, por lo que UNICEF (1999) infiere "algún déficit nutricional", sobra decir los deterioros en otras áreas como la psicológica. Las niñas de la calle fundamentalmente se dedican a la venta de productos (67.43%), mendicidad (11.78%), limpiaparabrisas (2.94%), payasitas (2.33%), pepenadoras (1.64%) y prostitución

(1.57%). Todo esto, aunado con frecuencia a la responsabilidad del trabajo doméstico y el cuidado y crianza de hijos y hermanos (UNICEF, 1999).

Según cifras del Colectivo Mexicano de Asistencia a la Niñez (COMEXANI, 1999), los hijos de las mujeres en pobreza extrema presentan un riesgo 2.5 veces mayor de morir antes de cumplir un año, en comparación con los hijos de las mujeres que no son pobres. Además, informa que una de cada diez niñas que viven en la calle son madres de entre uno y tres hijos antes de los 18 años, y advierte: "Existe una segunda generación de niños de la calle", es decir, es la reproducción generacional de la pobreza.

En general, estos menores provienen de familias numerosas, constituidas en el 70.17% de los casos por entre cinco y nueve miembros, mientras que las familias de 11.86% se integran por diez o más personas. El 22% de estas familias son sostenidas por la madre; 13.98%, por el padre; 9.68%, por padre y madre; 7.53%, por la madrastra y/o el padrastro. El 13.98% reportó que "cada quien se mantiene" y 18.28% dijo que el sostén de su casa se divide "entre todos", 24.75% de los niños entrevistados, dijo que sus propias familias los mandan a la calle a trabajar (<http://www.df.gob.mx2002>).

Ante todo ello surge la pregunta: ¿qué va a pasar con los niños que viven en la calle cuando se conviertan en adultos?. Dado que la situación es muy compleja, pues no es un problema lineal, podemos suponer que una parte de los niños de la calle terminará de indigentes, limosneros o en el mejor de los casos terminaran como taqueros, ambulantes, voceadores, estibadores, cuidacoches, boleros, lavacoches, canasteros, aguadores, billeteros, diableros, etc.

La condición de marginalidad ya no debe pasar inadvertida, es mejor asumir la tarea de concentrar recursos y esfuerzos en el sector infantil que representa la parte más débil de la nación y que es una generación que en el futuro reproducirá o agudizará una serie de fenómenos sociales de alta incidencia en la actualidad.

Resulta impostergable, en efecto, un cambio en la orientación de la economía nacional, dirigido a crear empleo, elevar paulatinamente salarios e ingresos del trabajo, y a absorber las enormes bolsas de marginalidad que la falta de educación, el acceso limitado a los servicios de salud, la desprotección social y la caída salarial han producido. Es ineludible en México, un cambio de raíz, que ataque y rompa los fuertes lazos entre corrupción política y crimen organizado, y que fortalezca una cultura democrática y equitativa que nos permita desarrollarnos bajo condiciones que promuevan la calidad en nuestro diario vivir.

Estrés

Además de la contribución de las estructuras económicas, sociales y culturales para conformar los contextos y la realidad de los seres humanos, también reconocemos que la vida cotidiana de las familias en la ciudad de México y zona conurbada, es una creación de sus habitantes: en su trabajo, en sus hogares, en sus desplazamientos, en sus momentos de descanso o de diversión, en los centros de estudio o de cultura, en todos los lugares donde tiene lugar el complejo metabolismo de la convivencia urbana en el que las variables individuales, familiares y sociales se entrelazan para construir la realidad.

Dentro de esta realidad cada vez es más común que en las conversaciones entre familiares, amigos o compañeros de trabajo se hable de estrés, lo cual de ningún modo es sorprendente dadas las condiciones ambientales, económicas, políticas y sociales a las que nos enfrentamos día con día y en las cuales en mayor o menor medida se hacen presentes diferentes eventos que pueden considerarse como estresantes.

En el ambiente mismo ocurren situaciones que pueden llegar a ser estresantes para los individuos, entre ellas están: el ruido, la contaminación, el tráfico, las aglomeraciones, las temperaturas extremas, etc.

Otra de las principales fuentes de estrés, la encontramos en el ámbito laboral, en el que pueden acontecer conflictos con superiores o compañeros, presiones y/o exceso de trabajo, el peso de una gran responsabilidad o en el peor de los casos, la pérdida de empleo.

Dentro del plano social también encontramos múltiples situaciones que pueden generar estrés, tales como, conflictos que se dan al interior de la familia por diversas razones, cambios a nivel de pareja dentro de los que se incluyen el matrimonio, divorcio, viudez, llegada de los hijos, embarazos no deseados, etc. Además de las dificultades en la familia, pueden presentarse problemas con las amistades y aunada a las anteriores, la enfermedad o muerte de cualquiera de las personas cercanas al individuo puede ser otro factor estresante.

Ortiz y Zavala (1998) señalan que en el ámbito académico también pueden presentarse situaciones que pueden evaluarse como estresantes, ya que los estudiantes se encuentran sujetos a toda una serie de presiones como son: la entrega de trabajos, los exámenes, las calificaciones, la dificultad de los contenidos, la adaptación a los sistemas de aprendizaje, toma de decisiones con relación a la carrera que han de estudiar, la presión de los padres, etc.

Estudios realizados en México, para evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés que emplean los estudiantes han indicado que las mujeres tienden a utilizar más que los hombres, estilos evasivos y de búsqueda de apoyo social; el predominio de este último en las mujeres puede atribuirse al papel que juega la cultura en la socialización del individuo, ya que desde temprana edad a las mujeres se les inculca expresar sus sentimientos y buscar el apoyo de otras personas, mientras que en los hombres es mal visto socialmente, que demuestren sus emociones como lo hacen las mujeres (llorar o pedir ayuda), lo anterior deja ver el importante papel que juegan los patrones de crianza y nos permite inferir, su repercusión negativa en los hombres puesto que la utilización de este estilo de afrontamiento ha resultado efectiva para la reducción del estrés (Navarrete, Salas y Soto, 1998).

Por otra parte la presencia del estilo de evasión en las mujeres puede atribuirse al hecho de que son ellas quienes presentan mayor reacción emocional ante el estrés. Esta condición permite suponer que las mujeres emplean la evasión debido a que el uso de este estilo resulta efectivo para regular la respuesta emocional que aparece como resultado de la situación estresante. El uso del estilo de evasión puede resultar negativo si consideramos que Desatnik y Franklin (1992) encontraron también en estudiantes, que este estilo conduce al desajuste socioemocional en distintas áreas: relaciones familiares, ajuste a la realidad, estado de ánimo, estabilidad emocional, conformidad y relaciones sociales.

El género es una característica personal que influye en la percepción de un evento como estresante, por ello se dice que existen fuentes de estrés propias para cada género. Las mujeres más que los hombres pueden enfrentarse a situaciones tales como trabajar y ser ama de casa al mismo tiempo y/o prejuicios sexistas en el ámbito laboral, además de hacer frente a eventos difíciles propios de su sexo, como son: embarazo, ciclo menstrual o menopausia. En el caso del género masculino las situaciones que podrían resultar más estresantes serían: la responsabilidad de sostener económicamente a la familia, la preocupación por conservar o mejorar su puesto laboral y las presiones sociales tanto con la familia como con los amigos.

Cuando una persona se enfrenta a una situación que evalúa como estresante, su funcionamiento fisiológico y psicológico se ve afectado. Entre las principales alteraciones que señala Fontana (1992) se encuentran las siguientes: deterioro en la memoria, aumento de la distractibilidad, velocidad de respuesta impredecible, aumento de la frecuencia de errores en las tareas cognitivas y de manipulación, deterioro en la capacidad de organización y planeación,

aumento de la tensión física y psicológica, aumento de la hipocondría, aumento de los problemas de personalidad (ansiedad, sensibilidad, defensibilidad, hostilidad, etc.), pérdida repentina de la autoestima, aparecen sentimientos de incompetencia y autodevaluación y la tendencia a la depresión, aumento de los problemas de habla, disminución de los intereses y el entusiasmo por metas y pasatiempos, descenso e inestabilidad en el nivel de energía sin ninguna razón aparente, alteración de los patrones de sueño, e ideación suicida.

Un número cada vez más elevado de personas sucumbe a la tensión y al estrés diarios, perdiendo el control del equilibrio interno, el cual no se recupera si no es con ayuda especializada. La educación recibida, los valores transmitidos, las dificultades en el desarrollo armonioso de la persona y la interacción humana en sí, son factores que pesan de forma decisiva en la salud del ser humano. Es indudable que las condiciones familiares en las que se desarrolla un individuo, contribuyen de manera relevante en la conformación de los conflictos personales, de pareja y familiares; debido a que la familia es la institución primaria más significativa que da forma y orienta el desarrollo biopsicosocial del ser humano. Por lo anterior es importante explorar el ámbito familiar y las transformaciones estructurales que en él se han dado.

La familia

La familia mexicana en la década de los cuarenta se caracterizaba por tener una estructura nuclear tradicional, la presencia autoritaria del subsistema parental generalmente del padre y los rígidos roles familiares creaban una atmósfera represiva y asfixiante para todos, especialmente para las hijas y la madre, las primeras vigiladas eternamente en el cuidado obsesivo de su virginidad. Al interior de esta dinámica familiar resulta evidente el escaso márgen de autonomía concedido a los hijos, principalmente a las mujeres; además su estructura rígida y autoritaria minimiza los intentos de comunicación afectiva y efectiva, razón por la cual ésta tiende a ser muy deficiente. A lo largo del ciclo vital en esas familias se destacaba el temor y distanciamiento entre los miembros de la familia y la figura paterna impregnada de una irracionalidad machista.

Nuestro actual contexto socioeconómico, ambiental, cultural, histórico, y político tan lleno de vicisitudes, desigualdades y diversidades aunado a las problemáticas psicosociales que ha traído consigo, sin duda han tenido una gran repercusión sobre la composición, estructura y dinámica de las familias mexicanas.

Espinosa (2001) señala que las familias mexicanas en la actualidad tienden a funcionar como sistemas amalgamados en ciertas fases de su desarrollo vital, por ejemplo en la etapa de crianza con la relación madre e hijo; o en el matrimonio y crianza de los hijos, cuando la familia extensa se encuentra muy próxima para el apoyo. En nuestra nación dicho amalgamamiento no es catalogado como disfuncional sino como parte de la idiosincrasia mexicana.

Por otra parte podemos destacar por ejemplo que ha disminuido la tasa de natalidad y por ende en algunos hogares ha decrementado el tamaño de las familias, es decir, el número de miembros que la conforman.

Aunque el matrimonio sigue prevaleciendo como forma de afianzar un vínculo y concretar un proyecto común, también ha sido muy bien aceptada la denominada cohabitación o unión libre entre hombres y mujeres para conformar una familia, incluso mínimamente entre parejas homosexuales.

La edad promedio para unirse en las mujeres es de 20 años, mientras que en los hombres es de 23 años. Pero ante el incremento del nivel educacional que las personas consiguen, se incrementa asimismo la edad en que deciden formar una pareja o familia. No obstante muchos jóvenes se desempeñan como jefes del hogar y encontramos incluso jovencitas de entre 15 y 19

años, asumiendo tales compromisos. Es preciso señalar que no todas las parejas que se unen a temprana edad están destinadas al fracaso, pero si constituyen una población de riesgo.

También han aumentado los divorcios y rupturas en el concubinato debido quizá al debilitamiento de la idea: "hasta que la muerte nos separe" y al refuerzo del pensamiento: "nuestra unión perdurará si hay entendimiento, de lo contrario será preferible romper el vínculo".

Lo anterior ha favorecido el surgimiento de nuevos tipos de familia, dentro de las cuales podemos resaltar esa que se intensifica día con día: las familias monoparentales o dirigidas sólo por un progenitor que generalmente es la madre, pues frecuentemente la ruptura conyugal implica la pérdida del padre como sostén económico. Si volvemos al análisis sistémico podemos darnos cuenta que esta situación afecta en mayor medida a las mujeres jóvenes pues quizá tengan menor nivel educativo y por ende limitadas oportunidades para emplearse; así como también a las mujeres más pobres que muy seguramente carecerán del apoyo económico que la familia de origen o su red social pudiesen brindarle, peor aún si por ignorancia no planificaron su familia y se encuentran con muchas bocas que satisfacer a nivel educativo, de salud y recreación (López, 1999).

De esta forma se han incrementado las familias dirigidas por mujeres ya sea como familia nuclear monoparental o compartiendo el espacio físico con la familia de origen, es decir, como familia extensa. Esta situación ha favorecido la mayor participación de la mujer en el ámbito laboral extradoméstico. Aunado a esto cada vez es mayor la contribución por parte de los hijos, al ingreso familiar, sin importar su edad.

En cuanto a las mujeres no sólo trabajan doble jornada sino que su actividad la llevan a cabo en el sector informal de la economía, ello las ubica como población vulnerable a situaciones de pobreza, marginación y estigmatización. Actualmente vivimos procesos de desintegración y recomposición de las familias. Por lo cual la familia típica en nuestro país, coexiste junto con una diversidad de familias.

1.2. Principales problemas que presentan las familias.

Debido a que en México la mayoría de las familias monoparentales son dirigidas por un adulto de sexo femenino y puesto que son ellas quienes más acuden a terapia, hablaremos de la problemática que atraviesa la mujer, previo señalamiento de que también el varón la padece, pero bajo otro matiz. Como hemos venido mencionado las oportunidades y necesidades de hombres y mujeres son diferentes en México, por ejemplo en el acceso a la salud, el empleo, la educación, o bien con respecto a los riesgos debidos a su fisiología o a la crianza diferenciada entre ella y el varón, por cuestiones de género.

Todos los cambios económicos, sociales y culturales que acompañan a la modernidad de México han repercutido enormemente, principalmente sobre el sexo femenino, ahora su identidad no se define solamente por la maternidad, sino también por su inserción al mercado de trabajo.

La presencia cada vez mayor de las mujeres en la actividad económica, que se concentra principalmente en algunas ramas manufactureras, en el sector de servicios y en el mercado informal; las expone a factores específicos de riesgo laboral, que se traducen en accidentes y enfermedades femeninas; todas estas condiciones de vida pueden conducir las a experimentar mayores niveles de estrés y prácticas mejores o peores de estilos para afrontarlo y ajustarse o desajustarse socioemocionalmente en diversas esferas de la vida. Asimismo, los múltiples papeles que desempeñan las mujeres, que con frecuencia se expresan en la doble jornada de trabajo, aunada a la nula o mínima presencia de un hombre en el hogar que le apoye en las tareas

parentales, es decir, la sobrecarga y el conflicto femenino tienen efectos sobre su salud y se reflejan en fatiga y fuerte desgaste físico.

La evolución demográfica y los ajustes macroeconómicos han tenido graves costos económicos y sociales, por ello cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Es frecuente que la mujer ama de casa con edad madura haya sentido en algún momento que la vida se le escapa de las manos mientras ella se encuentra haciendo siempre lo mismo, conforme pasa el tiempo quizá añore su bienestar pasado y lo eche de menos consciente de que él nunca volverá pero continuará presente para recordarle lo miserable de su vida. Lo anterior sólo es uno de los diversos factores que pueden alterar significativamente la autoestima de las mujeres que se encuentran en una sociedad como la nuestra, marcada por el éxito que la predispone a pensarse y sentirse estancada y en desventaja con respecto a su marido que adquiere mejores sueldos, posiciones, relaciones y poder (Castilla del Pino, 1994).

Aunque la depresión puede afectar a cualquier persona, en cualquier momento de su vida, incluso a niños en edad escolar y ancianos, a veces estos decaimientos son más intensos y duran más tiempo en las mujeres, ya que llega a niveles elevados, en comparación con la depresión en hombres que se encuentra por debajo de la mitad de la cifra del sexo femenino (Díaz, 1995, citado en: Apuntes del Taller: "Antidepresivos en la Práctica Diaria", 2003).

Desafortunadamente la depresión no siempre se diagnostica, debido a que muchos de los síntomas mimetizan una enfermedad física, con síntomas tales como, trastornos en el sueño y/o apetito, dolores de cabeza o musculares constantes, tendencia a enfermar, baja autoestima, poca aceptación de sí mismas, ambivalencia afectiva, y agresión manifiesta o inhibida, vivencia de una sexualidad conflictiva por la doble moral, relaciones interpersonales insatisfactorias, dificultad para expresar alegría, entre otros. En sí la depresión causa cambios en el pensamiento, la sensación, el comportamiento y el bienestar físico; razón por la cual se dice que su funcionamiento es peor que el de personas hipertensas, diabéticas o que padecen artritis. La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 45 años, período que coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo así como con los años de maternidad. Los acontecimientos estresantes preceden con mayor frecuencia los primeros episodios de depresión después de los cuales, la mujer resulta vulnerable a sufrir fases posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso sin factores externos, por ello es muy probable que se muestre irritable y maltrate a las personas que están a su alrededor o bien manifieste apatía o desinterés hacia sí misma y hacia los demás.

Dentro de sus familias estas mujeres perciben distanciamiento afectivo y poca tranquilidad, viven en un ambiente de inseguridad, conflicto, ansiedad y depresión. Piensan que su rol como esposa y madre no es reconocido y que no juegan un papel importante dentro del grupo familiar. Pareciera como si las mujeres no fueran conscientes de las condiciones opresivas en que viven y consideraran su fracaso y malestar como un problema de carácter individual propio de su condición natural, lo que dificulta la posibilidad de cambiar y modificar los factores relacionados con sus malestares. Podemos atribuir el predominio de la depresión en las mujeres, a las desigualdades en la economía, el empleo, el número de hijos con los que viven, los niveles de intimidad en cuanto a relaciones familiares, conyugales o de red social y el número de roles que desempeña (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991).

Cabe destacar que las personas (hombres, mujeres, adolescentes, niños) que viven con depresión presentan más enfermedades médicas que aquellos que no padecen este trastorno y hacen uso de los servicios médicos en mayor proporción, lo que ocasiona en el ámbito laboral, mayor número de incapacidades médicas, inasistencias y bajo rendimiento laboral.

Las fuertes depresiones, las sobrecargas de estrés, los sentimientos de soledad y de poco amor de parte de sus seres significativos; se han relacionado con el suicidio y las ideas suicidas. De esta forma el suicidio es desde luego un peligro para cualquier persona que sufra depresión.

El Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), señala que en México durante 1997, ocurrieron 340 intentos de suicidio, de los cuales el 42.1% fue realizado por hombres y el restante 57.9% por mujeres. En el mismo año hubo 2,456 suicidios, de éstos el 83.6% fueron cometidos por hombres y sólo el 16.4% por mujeres. Los datos referentes a edad de la población que ha intentado suicidarse, muestra que hay una mayor frecuencia de intentos en la población de 15 a 29 años (68.3%).

El 42% de los intentos de suicidio pueden relacionarse con problemas familiares. Para el caso de población femenina, el disgusto familiar representa el 51.3%, es decir uno de cada dos intentos se debió a esa causa, el 11% por problemas amorosos. Para los hombres en el 36% de los casos se ignora la causa, y el 29% declararon disgustos familiares, es decir, casi la tercera parte cometieron intento de suicidio por problemas familiares. Otra característica que es importante mencionar es el estado civil de las personas que intentaron suicidarse. Las estadísticas, también muestran que la mayor parte se concentra en la población casada (46%), le siguen los solteros (41%) y los que están en unión libre (13%) (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Es rara la vez que alguien decide suicidarse sin pensarlo de antemano. Durante las horas y los días antes de que una persona se quite la vida, generalmente hay signos y advertencias, cuanto más señales da una persona, mayor es el riesgo del suicidio. Los signos más fuertes e inquietantes son verbales: "no puedo seguir adelante", "ya nada me importa" o incluso "estoy pensando en acabar con todo". Los comentarios de esta índole hay que tomarlos siempre en serio. Las advertencias comunes incluyen: estado de depresión o abandono, comportamiento temerario, poner orden en los asuntos y regalar posesiones de valor, un cambio radical en el comportamiento, actitud o apariencia, abuso de drogas o alcohol, sufrir una pérdida importante o cambio de vida (<http://www.suicideinfo.org/spanish/suicidal.htm>).

Dentro de las principales situaciones que pueden desencadenar las ideas o intentos suicidas se encuentran los siguientes: abuso sexual o físico, historial familiar de suicidio o violencia, fallecimiento de un amigo íntimo o miembro de la familia, divorcio o separación marcando el fin de una relación, pobres resultados académicos, exámenes próximos o resultados insatisfactorios de los mismos, pérdida del trabajo o problemas en él y procesos legales inminentes.

Los cambios físicos, comportamentales, cognitivos y emocionales que nos pueden indicar la presencia de intentos o actos suicidas son: llantos, peleas, irreflexiones, auto herirse, escritos acerca de la muerte y suicidio, falta de energía, desequilibrio en el sueño (aumento o pérdida), falta de apetito, aumento o pérdida repentina de peso, aumento en las enfermedades leves, cambio en el interés sexual, cambio repentino en la apariencia, falta de interés en la apariencia, pensamientos hacia el suicidio, soledad, profunda tristeza o culpabilidad, incapacidad de enfocar las cosas, soñar despierto, ansiedad y estrés, sentirse inútil, pérdida de autoestima, percibir que la familia y amigos lo rechazan y no le dan apoyo, sentirse marginado.

De cada cuatro intentos de suicidio, tres son realizados por mujeres; sin embargo, son más los hombres que se suicidan pues de cada cuatro suicidios consumados, tres son de hombres. El hecho de que el intento de suicidio sea mayor en las mujeres ha sido interpretado como una

mayor necesidad de buscar apoyo o de comunicar sobre situaciones que no puede manejar por la imposibilidad de incidir en su entorno (Renan, 2003).

Mientras en las mujeres predomina la depresión y los intentos de suicidio, en los hombres es más frecuente la ansiedad, el alcoholismo, el consumo de drogas y el homicidio. El uso, abuso y adicción a las drogas constituye uno de los problemas psicosociales más graves en México así como también un problema de salud pública por su alta incidencia y por las ya conocidas consecuencias físicas, emocionales y sociales que provoca tanto para la persona consumidora como para su familia y la comunidad. Por ejemplo el alcoholismo en la persona adicta, reduce las posibilidades de desarrollo profesional, académico, laboral, económico y de pareja y encierra a la familia en un círculo reproductor de patrones de consumo, que sólo es posible romper cuando acceden al apoyo integral, de lo contrario pueden desencadenar cirrosis hepática que igualmente desemboca en la muerte del individuo.

Las adicciones son amenazas serias para la juventud, por ende los adolescentes son una población en riesgo y en este sentido, si en un contexto determinado, por ejemplo, en el académico, se encuentran personas adictas, los demás jóvenes no adictos presentes en el mismo contexto se vuelven más vulnerables de caer en la adicción. En este caso la institución educativa se ve perjudicada tanto en el rendimiento escolar de los alumnos que tienen este tipo de problemática y en la situación de riesgo en la que están los demás estudiantes.

De acuerdo con Papalia y Olds (1990) la adolescencia puede entenderse como una fase de duelo por la infancia que se deja atrás, por el propio cuerpo, por los padres que hasta entonces se habían idealizado. Los adolescentes se encuentran en un período de intensa reafirmación de la identidad, la cual se construye en la relación con su grupo de pares, e inician la despedida de sus padres; por ende sus inquietudes van encaminados a esa área teniendo como prioridad las relaciones interpersonales con sus contemporáneos, las adicciones y las relaciones familiares.

La drogadicción y la adicción al alcohol suelen originarse durante la adolescencia, los problemas de identidad que caracterizan esta etapa de vida y la necesidad de autoafirmarse hace que el consumo les parezca una conducta propia de su crecimiento por imitar la actitud de los adultos, y les confiere un mayor estatus para relacionarse socialmente y/o afirmar su rol de género (Stanton y Todd, 1990).

En los últimos años se ha incrementado el número de jóvenes que consumen droga debido a problemas de depresión relacionada con problemas familiares, sociales y económicos; que derivan en intoxicación aguda, dependencia psíquica y/o fisiológica y sus consecuencias sociales.

Según el Centro Estatal Contra las Adicciones, más de 200 mil jóvenes entre los 12 y 22 años consumen bebidas alcohólicas y el 38% de ellos lo hacen hasta embriagarse. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que la primera causa de muerte entre los jóvenes de 14 a 17 años son los accidentes automovilísticos y el 50% de ellos están asociados con el alcohol (INEGI, 2002).

Con relación a la drogadicción la fuente antes señalada indica que el 54% de los consumidores de marihuana tiene entre 12 y 18 años y la mayoría de los menores que consumen inhalantes iniciaron a los 10 años, lo que en general les ocasionó daños cerebrales irreversibles. La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1993 demostró que del total de usuarios de drogas ilegales de la zona Metropolitana de la Ciudad de México 87% iniciaron su consumo entre los 15 y los 28 años, aunque los inhalables y la marihuana comenzaron a usarse a edades más tempranas. La misma encuesta reportó 13 516 388 personas bebedoras de las cuales 42.3% refirió haber iniciado el consumo entre los 15 y 28 años; 51% corresponde a población del sexo masculino mientras que el 49% restante pertenece a las mujeres.

Los índices delictivos, los grados de violencia y adicciones del país tienen su origen en la profundización de la desigualdad, la pobreza urbana, el deterioro de los vínculos familiares, la pérdida del mutuo respeto y la falta de cooperación social (GDF, 2003). Las conductas conflictivas son más frecuentes en los hombres, quienes en ocasiones, con el objeto de satisfacer los problemas de identidad, se agrupan en bandas o grupos que realizan acciones violentas y consumen drogas. En la actualidad es cada vez más común encontrar también mujeres adolescentes agrupadas como "chicas banda".

Stanton y Todd (1990) señala que el 80% de los jóvenes que agreden a su familia son farmacodependientes, asimismo el abuso de sustancias se relaciona con pérdida de empleo, violencia, robos, arrestos, períodos de desesperada ansiedad, estados depresivos, insomnio, desinterés, autodevaluación y muerte por sobredosis. El alcohol también se emplea como recurso de fuga ante dificultades cotidianas.

Las adicciones al tabaco, al alcohol o a algún tipo de droga generalmente se presentan como un síntoma, entre otros, o producto de una convivencia familiar que no ofrece mejores alternativas pues se caracteriza por violencia en los diversos subsistemas, alteraciones en la conducta y/o dificultades escolares de los hijos, comportamiento antisocial de los hijos adolescentes, embarazos precoces, abuso del alcohol principalmente del padre, desempleo o subempleo de ambos o algún padre. Así gran parte de las crisis que giran alrededor del adicto son un desvío para no enfrentar otros problema familiares habitualmente relacionados con los padres.

Pick, Aguilar, Rodríguez y Montero (1989) enfatizan que los conflictos de los padres y sus jóvenes regularmente giran en torno al desacuerdo e inconformidad con las labores domésticas, la hora y frecuencia de salidas o llegadas al hogar, el rendimiento escolar, la vida social con los amigos, la expresión de la sexualidad, el uso del tiempo libre, el uso de sustancias tóxicas, o con su arreglo personal: aseo y vestimenta.

La adolescencia es una etapa durante la que los jóvenes tratan de averiguar quiénes son, cuáles son sus intereses, independientemente de lo que los demás les digan; les surgen nuevas inquietudes, comienzan a asumir una manera de concebir el mundo y trabajan en el diseño de proyectos, vocación y plan de existencia desarrollando un estilo de pensamiento y acción que muchas veces es contrario al de los adultos; situación que puede confrontar los modos de pensar de la familia y de la sociedad (Pick y Vargas, 1992).

De acuerdo con el Programa Especial: de joven a joven (2000), generalmente los jóvenes solicitan asesoría psicológica por desacuerdos con sus papás al presentar comportamientos como bajo rendimiento o deserción escolar, arreglo personal moderno, llegadas nocturnas, ingestión de bebidas alcohólicas, que pueden culminar en conductas delictivas o violentas. También consultan por somatizaciones, estados depresivos e ideas suicidas.

Además piden apoyo por conflictos parentales, principalmente con su padre de quien perciben un ejercicio exagerado de la autoridad, principalmente las jóvenes hacen referencia a las constantes prohibiciones de sus padres para salir de casa, negación de permisos para tener novio o amigos, asistir a fiestas, trabajar o estudiar, indiferencia de parte de sus padres, así como presiones y amenazas para abandonar la escuela o terminar una relación de noviazgo.

Los motivos de consulta con respecto al área familiar por parte de los jóvenes reflejan la afectación que sufren por las discusiones que sostienen sus padres, sus separaciones o el divorcio, sus segundos matrimonios, así como también las enfermedades o estado de ánimo de algún miembro de la familia.

En ocasiones buscan apoyo para saber cómo ayudar a su familia, principalmente a su madre, con respecto de las agresiones sufridas por su padre que recurre con mayor frecuencia a actos violentos como, golpes, limitación del gasto, amenazas, agresión verbal, gritos, insultos,

burlas, comparaciones, groserías, encierro doméstico, prohibiciones, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos, a las amenazas de muerte y a los homicidios. Incluso refieren agresiones verbales y/o físicas, tales como, empujones, golpes con las manos y las piernas, o agresiones sexuales; así como falta de apoyo para continuar sus estudios o exigencias constantes de contribución al ingreso familiar. Las experiencias de violencia pueden tener repercusiones en el estado emocional, ello generalmente provoca pérdida de la autoestima, sentimientos de soledad y abandono, miedo, depresión, enojo u otros trastornos.

Como podemos darnos cuenta los jóvenes son protagonistas de las historias cotidianas de violencia, principalmente como receptores aunque sea indirectos, de la misma. De acuerdo con el documento *Los jóvenes en la Ciudad de México* (1999) en más de 40% de los casos de violencia familiar registrados las víctimas son jóvenes de 13 a 29 años de edad de los cuales 85% son mujeres. Según la PGJDF, 27% de las agresiones sexuales contra mujeres se concentra en adolescentes de 13 a 17 años, y 24%, en menores de 13 años. En los últimos seis años, 40,000 mujeres fueron atacadas, con un promedio anual de 1,000 niños víctimas de maltrato o abuso sexual dentro de su familia.

La violencia es definida en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal (1999) como: "Aquél acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases: maltrato físico..., maltrato psicoemocional..., y maltrato sexual" p.31.

En México la violencia de género es un problema social de gran impacto, que afecta a un considerable número de personas independientemente de su edad, estrato socioeconómico, religión o nivel educativo; es señalada como una causa de muerte e incapacidad entre mujeres en edad reproductiva, tan grave como todos los tipos de cáncer y una causa de mala salud, mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados. Según estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva (Lori, Pitanguy y Germain, 1994).

Dado que el origen de la violencia se encuentra en la construcción cultural de la identidad de género, es decir, en el conjunto de creencias, actitudes y comportamientos sobre lo femenino (sumisión, debilidad, dependencia) y lo masculino (control, fuerza e independencia), al ser contrapuestos, establecen un desequilibrio de poderes y colocan los comportamientos masculinos por encima de los femeninos. Estas formas asimétricas de vinculación entre hombres y mujeres se extienden a otras relaciones entre adultos y niños, padres e hijos, esposos y esposas, hermanos y hermanas también se le observa en las calles, en los lugares de trabajo y en las escuelas (Goldner, Penn, Scheinberg, y Walker; 1990).

La familia, al ser la célula básica de la sociedad, representa un factor primario de protección ante la violencia, no obstante bajo un contexto de pobreza, la familia actúa como elemento perpetuador de la violencia y expulsor del joven o del niño a la calle. El censo realizado en 1995 mostró una tendencia a mayor maltrato familiar mayor impacto de arrojar al menor a la calle, aunque éste permanezca ahí para satisfacer sus necesidades primordiales.

Las agresiones en el seno de las familias mexicanas, se incrementan día con día, se estima que 50 % de ellas sufre o ha sufrido alguna forma de violencia y convierte a los niños en víctimas de una sociedad que se muestra cada vez más agresiva con ellos. Se calcula que en América Latina 85 mil menores mueren por violencia y seis millones sufren agresiones severas.

Según el UNICEF (1999), de los niños que viven en la calle 44.09% salieron de sus casas por maltrato. Así que no sólo es la necesidad laboral la que lanza a los niños a la calle, y los obliga a dejar la escuela, sino que la violencia familiar es otro de los principales factores.

Debido a que en 1995 2,045 niños fueron víctimas de algún delito, al albergue de la PGJDF ingresaron 763 niños con lesiones severas, en el año siguiente se habían iniciado 245 averiguaciones previas que involucraban a 425 menores como víctimas de algún tipo de maltrato y se incrementaron los casos denunciados de maltrato y los de abuso sexual, en 15% y 20% respectivamente; en abril de 1996 se aprobó en el Distrito Federal la Ley de Asistencia y Atención para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, pero la sanción es precaria: "Se multará hasta por 180 días de salario mínimo y arresto administrativo hasta por 36 horas a quienes maltraten física, emocional o sexualmente a las personas con las que tengan algún vínculo familiar". En gran desventaja se encuentran los códigos civiles de 14 estados del país pues mantienen el "derecho a la corrección", que implica que los padres pueden castigar a sus hijos "siempre y cuando las lesiones ocasionadas por el castigo no tarden más de 15 días en sanar".

A mediados de abril pasado, en el Seminario Contra la Explotación Sexual de Niños y Adolescentes en América, en Brasilia, el UNICEF (1999), calculó en 2 millones los niños explotados sexualmente en el mundo. Un estudio presentado ahí reveló que Estados Unidos es el mayor consumidor de pornografía infantil y de la llamada "violenta" y que México es uno de los principales productores de esa pornografía .

La Investigación Demográfica del Consejo Nacional de Población estimó en 10,000 el número de niños muertos por violencia, negligencia y abandono en el sexenio pasado. Ese mismo año, la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud reportó 699 menores asesinados o muertos por lesiones infligidas por terceros; otros 195 murieron por envenenamiento accidental; 199, por quemaduras; 287, por actos violentos no clasificados; 382, por caídas accidentales, y 277, por lesiones en que no se estableció si fueron accidentales o intencionales.

El maltrato infantil se da, sobre todo, dentro de la familia. Esta situación representa 82% de los casos, según un reporte de UNICEF-COVAC, en 1993 se reunieron estadísticas oficiales y no gubernamentales de 24 estados y el DF, que reportaron 29,000 casos de maltrato y abuso sexual al menor entre enero de 1990 y julio de 1991.

Actualmente en México, 90% de los casos de maltrato hacia niños son cometidos por los padres de familia y principalmente por las madres que agreden a bebés, niños sin instrucción escolar y de primaria. Las madres-esposas son los siguientes miembros de la familia, susceptibles de ser agredidas, seguidas de otras mujeres, por ejemplo, cuñadas o primas. Los pequeños son expuestos principalmente a maltratos psicológicos, emocionales, abuso sexual, abandono, omisión de cuidados, negligencia, explotación laboral y hasta explotación sexual comercial; todas las formas en diferentes grados de severidad. La violencia generada por y en la familia se encuentra relacionada con programas televisivos y la situación de desempleo en el país. Ambas situaciones, se dice, están provocando una multiplicación de conductas violentas en el seno familiar mexicano (Aranda, 2003).

La violencia familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido. El estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar.

Sí bien es cierto que el ejercicio de la violencia puede ocurrir en el contexto de cualquier relación interpersonal, cuando se encuentra incorporado en la vida cotidiana de las personas, ya sea de forma sutil o de manera evidente, se producen daños emocionales graves en quien la sufre: reduce el nivel de autoestima, altera su sentido de seguridad personal y disminuye su confianza en el entorno.

Así pues la violencia afecta la integridad física y psicosocial de las personas pues desencadena consecuencias en la salud física (lesiones y desarrollo de enfermedades psicosomáticas) y en la salud mental (síndrome postraumático y desarrollo de trastornos emocionales), puede dañar su desempeño social, laboral o escolar, así como también puede convertir a la víctima en generadora potencial de violencia.

Un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) muestra que 63 % de los hijos de familias donde se ejerce violencia intrafamiliar, repiten años escolares y dependiendo de su estrato socioeconómico, abandonan la escuela en promedio a los 9 años de edad, frente a una escolaridad hasta los 12 años en los hijos de mujeres que no sufren maltratos graves (http://www.imes.gob.mx/html/2_5_sa_m.htm).

Tal vez la consecuencia más grave de estos problemas durante la infancia, se refleje en el contexto educativo, específicamente en el bajo rendimiento escolar, puesto que los ámbitos de los niños pueden reducirse al familiar y académico y su función primordial aprender. Los alumnos que reprueban de manera repetitiva se enfrentan a las reacciones de los demás, que generalmente les ofrecen una imagen devaluada de sus capacidades. Es común que se les califique como: flojos, burros, desmotivados o problemáticos. De continuar así, a estos estudiantes, tarde o temprano les convendrá abandonar el sistema escolar para integrarse a la esfera de la producción y de los salarios mal remunerados.

Los problemas que generalmente presentan los niños son: dificultades en el aprendizaje o rendimiento académico por debajo del nivel correspondiente al grado, que no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, o de la salud; incapacidad de formar o mantener relaciones interpersonales con los compañeros y profesores; estado general de descontento o depresión; tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con los problemas personales o colegiales; incapacidad para atender y concentrarse; tendencia a la impulsividad; agresiones y autoagresiones; retraimiento o desinterés por iniciar intercambios con los demás; el retiro de los intercambios sociales; berrinches, temores o ansiedades excesivas; inmadurez reflejada con llanto en ocasiones inapropiadas, desobediencia de las reglas familiares y escolares (Niñotel, 2000).

Podemos darnos cuenta que la violencia familiar juega un papel primordial en el proyecto de vida de muchos niños y jóvenes mexicanos que sí salen de sus casas o permanecen en ellas en estas mismas condiciones, existe alta probabilidad de que se conviertan en delincuentes, adictos, agresores, desempleados, abandonen la escuela, o presenten algún tipo de desajuste socioemocional, reflejado con depresión, baja autoestima, pensamientos o ideación suicida, etc.

Por todo esto, es de crucial importancia que en la atención a la salud de la mujer, de los niños y en general de los seres humanos, se tomen en cuenta los aspectos emocionales y psicológicos en las distintas etapas de su vida y se contemplen tanto la atención de tipo preventivo y de apoyo como la de tipo curativo.

Hoy en día se reconoce que todos los miembros de la familia necesitan apoyo, más aún si en las relaciones familiares, ha habido un evento difícil de afrontar por ejemplo, un divorcio o separación de la pareja, ya que se pueden ocasionar conflictos si hay reticencia de uno o ambos progenitores a que los menores puedan convivir con el padre o con la madre, de una manera regular y ordenada.

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

Acciones institucionales

La preocupación de los países por garantizar servicios de salud a los grupos poblacionales que los integran, especialmente a los más desprotegidos, les ha llevado a diseñar y aplicar servicios acordes a las necesidades y recursos disponibles para cada nación; la atención primaria es parte integral del Sistema Nacional de Salud y se vincula con el desarrollo social y económico de la población.

El interés nacional por los problemas existentes ha permitido que se enfoque a la institución familiar como un asunto de interés público, ello ha traído consigo, en la última década, diversas reformas en el marco legal y la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia desde diversas disciplinas y en diferentes niveles de atención: prevención, intervención y rehabilitación.

Por ejemplo, en 1989 se establecen las agencias especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales de violación y atentados al pudor, estas agencias existen en trece estados de la República y en dos se cuenta con mesas especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal: el Centro de Terapia y Apoyo y el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar. Asimismo, se conforma la Unidad Especializada de Atención y Orientación Legal a las Víctimas del Delito y sus Familiares.

En México existen en la actualidad programas de muy diversa índole para atender a la población, todos ellos tienen como eje rector el Programa Nacional del Sector Salud. En dicho programa se tiene como propósito general elevar el nivel de salud de la población y se establecen como prioridades la cobertura de servicios de salud a toda la población, con mayor calidad y eficiencia, la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo hacia los grupos más vulnerables y la óptima utilización de los recursos disponibles y de la capacidad instalada.

El Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa), que depende del Gobierno Federal, es sin lugar a dudas la principal estrategia instrumentada para combatir de manera integral, continua y a largo plazo la pobreza que aqueja a nuestro país y con ello los problemas de salud que desencadena. Dicho programa tiene como objetivo principal lograr que las familias más pobres puedan desarrollar sus potencialidades y aprovechar al máximo las oportunidades sociales, económicas y culturales en el futuro próximo (Ulloa, 1997). No obstante a la fecha, el impacto de Progesa no es del todo satisfactorio, ya que se estima que el 60% de la población se encuentra en la miseria (Robles, 2000).

También se ha diseñado el Programa de Prevención del Delito con una orientación social e integral. Sus objetivos principales son: frenar el empobrecimiento, reconstruir el tejido social y comunitario, recuperar los espacios públicos, prevenir la violencia social, de género y la desintegración familiar, reducir las adicciones y la descomposición social, construir una relación de confianza de los habitantes de la ciudad hacia los servidores responsables de la seguridad pública y la procuración de justicia, fomentar los valores cívicos y democráticos y la cultura de la legalidad, promover la educación para la paz y la práctica no violenta de conflictos.

Otra estrategia implementada desde julio de 1999 en las 16 delegaciones del D.F. ha sido la creación de los Servicios Comunitarios Integrados (SECOI). Se trata de un conjunto de servicios que se orientan a que los individuos, las familias y las comunidades en situación o en riesgo de marginación se habiliten y organicen para resolver sus propios problemas, desarrollen capacidades para mejorar su calidad de vida y consoliden valores como el respeto, la tolerancia y

solidaridad. En estos centros se cuenta con facilitadores en medicina preventiva, nutrición, salud mental comunitaria, deporte, recreación, educación, cultura, y con espacios deportivos, talleres, ludotecas y otros servicios. Este programa brinda sus servicios en 85 Centros de Desarrollo Comunitario, de los cuales 45 pertenecen a las Delegaciones y 40 al DIF-DF.

Desde 1990, con la reforma del Código Penal en materia de delitos sexuales, se consideró de suma importancia incluir en las leyes, el establecimiento de normas que prevengan y protejan a las víctimas de la violencia familiar, promoviendo la participación de representantes de nuestro país en eventos en los que se ha abordado este tema, como la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, la Convención de Belem do Pará, la Convención de los Derechos de los niños en 1992 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de Beijing en 1995 (Gobierno del D. F., Secretaría de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, 1997).

Es en 1996 cuando se presenta por primera vez una propuesta de modificaciones legales en materia penal, civil y de procedimiento sobre el tema a los legisladores, la cual fue aprobada el 13 de diciembre de 1997 y a partir de este momento se crea la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, que impulsó el establecimiento de un Consejo, dos Unidades de Atención y un Albergue Temporal para Mujeres Víctimas de Violencia Familiar. Esta ley fue reformada en junio de 1998, donde cambió su nombre para establecerse como Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, ampliando así su marco de atención, ya que se trata de una ley de carácter administrativo que tiene por objetivo la asistencia y la prevención del problema.

En esta última reforma, la ley facultó, entre otros puntos, a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal para diseñar el programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, operar y coordinar las 16 Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF), fortalecer la prevención de la violencia familiar, y seleccionar y capacitar al personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia de la ley. En las UAPVIF fueron atendidas 1 245 víctimas, mientras otras 1 089 fueron canalizadas a 7 instituciones de protección sin fines de lucro.

En este mismo período, el Gobierno del Distrito Federal dentro del Programa para la Participación Equitativa de la Mujer en el Distrito Federal (Promujer), creó 16 Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM), uno en cada delegación. En ellos se dan asesorías en temas como adicciones, salud reproductiva, conflictos emocionales, autoestima, problemas de pareja o familiares. En 1 465 casos se atendieron también problemas de despido laboral. En casos más dramáticos, como el de las tres jovencitas violadas en el cuartel policial de Tláhuac, Promujer cumplió una función fundamental de apoyo material y psicológico. Durante los primeros seis meses del año Promujer atendió a un total de 59 000 personas.

A medida que es conocida la existencia de estos apoyos, más personas que sufren maltrato familiar acuden a solicitarlos. Tanto CIAM como UAPVIF sensibilizan a la población en el sentido de que la violencia familiar no es un problema privado, sino una cuestión de cultura pública y de convivencia entre los vecinos de la capital. Dentro de esta visión el Servicio Público de Localización Telefónica ha desarrollado una serie de programas especiales para brindar atención telefónica a niños, mujeres y jóvenes.

El gobierno de esta capital tiene a su cargo una red de centros de atención infantil para menores de seis años, especialmente de familias de escasos recursos. Estos centros reciben a 24 425 menores, a través de 423 unidades en las 16 delegaciones. El DIF-DF tiene a su cargo 49 Centros de Atención al Desarrollo Infantil (CADI) y 154 Centros de Asistencia Infantil Comunitaria. En éstos últimos, los niños quedan a cargo de madres educadoras a las cuales se da apoyo y capacitación para su tarea. En ellos se recibieron más de 7 500 niños de tres a seis años.

Por otra parte, en los mercados de la ciudad funcionan 149 CENDIS, donde se recibe a los hijos de los locatarios de cada mercado, menores de seis años. En colaboración con UNICEF, se desarrolla actualmente un proyecto para mejorar los modelos de atención y la cobertura en estos centros.

Sobre el otro problema grave de la geografía urbana, los niños de la calle, se han puesto en ejecución cuatro tipos de acciones: la prevención a cargo del DIF que atiende cada mes como promedio, a 4 300 menores en riesgo de calle con servicios de alojamiento, alimentación, atención médica y psicológica e higiene; la atención por medio de una relación directa del Fideicomiso de los Institutos para los niños de la calle y las adicciones con 600 niños en situación de calle, con un equipo multidisciplinario para trabajar con ellos, en los centros de día y los albergues, además de la colaboración que mantiene con instituciones especializadas de asistencia privada; la mesa interinstitucional para coordinar los esfuerzos que para atender este problema realizan varios organismos del Distrito Federal; y una nueva relación con los organismos de seguridad pública para eliminar el hostigamiento y la agresión.

Todas estas vicisitudes y sus derivaciones, requieren de la intervención de diversas disciplinas, a fin de que cada una de ellas incida en la dimensión que define su propio campo disciplinar. En el caso de la Psicología, abren un vasto campo de acción para el profesional, quien de una u otra forma en su práctica clínica en instituciones de salud privadas o públicas puede participar en los programas prioritarios de salud, tales como:

- Promoción y fomento a la salud: salud familiar, ejercicio para la salud, nutrición y salud; salud infantil y escolar.
- Salud reproductiva: Planificación familiar, salud reproductiva en los adolescentes, salud de la madre y el recién nacido, disminución de riesgo preconcepcional, detección y control de cáncer cervicouterino y mamario, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA; detección y control de la hipertensión arterial y prevención y control de la diabetes mellitus.
- Otros programas de salud para la población general: salud mental, salud ambiental, programas contra las adicciones, programa para prevenir el estrés, aprender a manejar el dolor, para desarrollar la asertividad, la autoestima, las habilidades sociales, la solución de problemas, la toma de decisiones, manejar el coraje, la frustración, la depresión, la comunicación con la familia, la comunicación en la relación con la pareja; la ansiedad y/o el temor a los procedimientos médicos, los sentimientos de culpa, aceptar las limitaciones y desarrollar alternativas a dichas limitaciones, entre otras.

Sin embargo, aún cuando los servicios aumentan, es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades de salud y los recursos humanos y materiales disponibles para hacerles frente. Más aún si se considera que lograr la salud ante patologías sociales y ambientales no resulta tan sencillo, pues el origen de las enfermedades no proviene de desórdenes intrínsecos en el funcionamiento del organismo, sino que procede de la exposición al medio ambiente y de cambios acelerados en las condiciones sociales (violencia, uso de drogas, alcoholismo, etc.). La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados.

Todos debemos hacer conciencia de que el presente y futuro de los niños y mujeres maltratadas, jóvenes adictos, personas provenientes de hogares desintegrados o con graves dificultades emocionales, está asociado con las condiciones culturales, sociales y familiares en las que se desarrollan.

La Terapia Familiar como propuesta

Puesto que la familia es el sistema primario fundamental del individuo, que le suministra la satisfacción de sus necesidades básicas a nivel biológico, psicológico y social, y le provee un sentimiento de identidad o pertenencia y otro de separación e individuación; resulta comprensible la trascendencia que tiene esta institución básica en la conformación de la personalidad e identidad del ser humano. Por ende las estrategias basadas en tratar al paciente de modo individual, desapareciendo síntomas para después reintegrar al sujeto a su familia, ya no son funcionales.

Cada vez con mayor intensidad, los comportamientos de la familia respecto de la salud están siendo identificados como importantes factores de riesgo o protección con relación a diversas enfermedades y problemas de salud y psicosociales. La dinámica familiar juega un papel importante en las posibilidades de cambio en factores actitudinales y comportamentales de riesgo.

Así pues el sistema familiar tiene un papel importante en la conservación de la salud y la recuperación después de una enfermedad y progresivamente está siendo considerado e incorporado como campo fructífero de interés teórico y como identidad clínica, es decir, como unidad de trabajo para la promoción de la salud. Por lo tanto, la atención se proporcionará al paciente, supongamos adicto o rebelde, trabajando en conjunto con la familia, de una forma integral, multidisciplinaria y humanista. La Terapia Familiar Sistémica, sin lugar a dudas, ha cambiado de forma marcada el tipo de prácticas realizadas en el campo de la Salud.

Dado que la familia es el núcleo de desarrollo más importante de cualquier ser humano y por lo tanto de cualquier sociedad, es de vital importancia que este núcleo se desarrolle lo más sanamente posible para que sus miembros puedan ser más productivos, más seguros de sí mismos y adquieran más probabilidades de éxito en todas las actividades que desempeñen.

Entender que la problemática que un individuo reporta se origina al interior de la familia y mantiene relación con un contexto social más amplio, constituye un trascendental y revolucionario logro útil para atender con efectividad la problemática humana de nuestros días y es un gran y decisivo paso para la conformación de una nueva epistemología: la Sistémica.

El fortalecimiento de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, a nivel teórico-epistemológico, de investigación, educación y sus excelentes aportaciones logradas con los modelos de intervención -Estructural, Estratégico, de Terapia Breve, enfocada a Problemas y orientada a Soluciones, la Escuela de Milán, y los modelos derivados del Posmodernismo-, para abordar problemas personales, de pareja y familiares; la han convertido en una alternativa viable y concreta para atender con alto grado de eficacia a la familia a lo largo de su ciclo vital mientras enfrenta sus deberes y obligaciones y resuelve los problemas específicos de cada etapa persiguiendo una mejor calidad de vida.

La relevancia de la Terapia Familiar Sistémica y la incidencia efectiva de ella en los problemas señalados, funcionan como el contexto propicio que enfatiza la necesidad de formar terapeutas familiares competentes, capaces de delimitar y detectar las variables asociadas a los problemas psicosociales y proponer alternativas de prevención efectivas para evitar la enfermedad, así como también alternativas de promoción de la salud y tratamiento. Es decir formar profesionales capaces de evaluar, planear, intervenir y diseñar alternativas para la conservación de la salud individual y familiar dispuestos a participar, ética y responsablemente en grupos interdisciplinarios.

Es en este contexto donde se inscribe como alternativa viable la formación de terapeutas familiares sistémicos con habilidades en distintos campos, tales como el clínico, el de

investigación y la docencia a fin de que desarrollen las herramientas adecuadas para que las familias puedan beneficiarse.

- ☐ Investigación: Está orientada a cuestiones que atañen el mantenimiento de la salud y la prevención de los trastornos emocionales generados en el sistema familiar. Los resultados obtenidos de las investigaciones facilitaran la implementación de medidas adecuadas de parte de los terapeutas familiares sistémicos.
- ☐ Clínico: Los Terapeutas Familiares Sistémicos podrán desarrollar nuevas estrategias de intervención en dificultades específicas, comprobar la eficacia de las existentes y ampliar su cobertura de atención para fortalecer las acciones encaminadas a prevenir y tratar las problemáticas y en consecuencia, abatir su incidencia.
- ☐ Docencia: Con respecto a la formación, los psicólogos especializados en Terapia Familiar podrán participar en la educación y el entrenamiento en marcos académicos de pregrado y posgrado.

Se torna necesario estar mejor preparados a fin de tener una participación efectiva en la consecución de los objetivos familiares con soluciones prácticas y a corto plazo. La labor preventiva y de tratamiento que ejercen los terapeutas, conlleva la responsabilidad de una preparación exhaustiva y consciente del papel que desempeñan en la sociedad mexicana.

El terapeuta nunca debe dejar de lado la premisa de que cada familia tiene características propias y muestra diferencias culturales dependiendo de las condiciones socioambientales en las que se desarrolla, por ello aunque los principios terapéuticos que guíen la atención sean los mismos para todos los casos, su aplicación será diferente en cada uno de ellos.

Todas estas condiciones embonan con los objetivos primordiales de la Universidad Nacional Autónoma de México: la formación de Profesionales capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana, que se reflejan en muy diversas áreas, entre ellas, la Salud Mental, pues es claro que la crisis puede disparar con mayor probabilidad las situaciones de estrés, agresión, violencia, alcoholismo, desintegración familiar, etc.

Esta coincidencia junto con el desarrollo de los modelos de intervención psicológica permiten proponer a la Terapia Familiar Sistémica como una alternativa útil para coadyuvar a la solución de la problemática actual. Y la UNAM por su larga historia como formadora de cuadros profesionales capacitados, funciona como la institución idónea para entrenar a los especialistas que se aboquen a la docencia investigación y servicio para resolver la problemática de la Salud Mental en el país.

El programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, presentado por la Facultad de Psicología, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, mismo que fue aprobado por el Consejo Universitario y los Consejos Técnicos respectivos.

El programa de la Residencia tiene como objetivo general capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político, económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

Puesto que el objetivo del programa es desarrollar en los estudiantes competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio, el programa comprende 1600 horas de práctica supervisada durante dos años; basando su

formación en dos ejes fundamentales: las asignaturas teórico metodológicas y la práctica supervisada en escenarios clínicos, lo cual integra su formación y le permite proporcionar servicios a la comunidad.

El currículum de la Maestría en Psicología se conforma por 145 créditos de los cuales 42 se cubren en tronco teórico metodológico y 103 con las actividades de la Residencia. El plan de estudios consiste en cursos formales escolarizados organizados en tres ejes temáticos: métodos de investigación aplicada; medición y evaluación; y teorías y modelos de intervención. Y un programa de residencia caracterizado por actividades de enseñanza práctica supervisada en escenarios de ejercicio profesional. La organización de las actividades académicas y el número de créditos asignados para cada actividad están determinados en el Plan de Estudios de Maestría de la UNAM (Programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

2. Caracterización de la Entidad y Sedes donde se realizó el trabajo clínico.

El programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica se puso en marcha en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). En dicha entidad académica se cuenta con las aulas, biblioteca, laboratorios de cómputo, base de datos; así como también con el equipo y los recursos humanos necesarios para impartir los cursos formales escolarizados y personal docente altamente capacitado para formar Terapeutas Familiares Sistémicos. La planta docente de la residencia en la mayoría de los casos también pudo fungir como tutor y/o supervisor.

El entrenamiento en el trabajo clínico bajo la epistemología Sistémica con supervisión en vivo, lo realizamos en la entidad académica señalada y en dos sedes externas: el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en su Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla (CMF) y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) en el plantel Azcapotzalco (CCHA).

2.1 Descripción de los escenarios.

La Clínica de Terapia Familiar en la FESI

La FESI está ubicada en Avenida de los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala, Municipio de Tlalnepantla, Estado de México y al interior de ella, la Clínica de Terapia Familiar, que se encuentra en el primer piso del edificio de Endoperiodontología.

La clínica cuenta con dos salas vinculadas entre sí por un espejo de visión unilateral; la más grande (4X3mts.) se acondicionó para atender a la familia, con 7 sillas cómodas, un escritorio pequeño, una televisión de 25 pulgadas, una videocasetera, una cámara de video, un micrófono y un teléfono. La sala pequeña (3X3mts.) con 12 sillas movibles, un teléfono y un aparato de sonido unidireccional, sirvió para que tanto terapeutas en formación como supervisores, nos reuniéramos para efectuar las pre y postsesiones que se explicaran a detalle más adelante; desde este espacio, pudimos observar, escuchar y analizar, la interacción entre el terapeuta principal y la familia que atendía en la sala contigua.

Cabe destacar que el espacio asignado para la Clínica constituyó un logro del Programa de la Residencia.

La Clínica de Terapia Familiar en el CCHA

En el CCHA ubicado en la Avenida Aquiles Serdán N° 2060 Exhacienda del Rosario, nos ofrecieron un salón bastante amplio (9X6mts.) que contaba con una gran cantidad de sillas, un pizarrón y equipo técnico: televisión y videocasetera; la cámara de video fue llevada por los terapeutas. En dicho espacio y con el equipo se instaló un circuito de videograbación.

Como un logro del trabajo realizado en dicha institución, se construyó un escenario clínico amplio para uso exclusivo de Terapia Familiar y con todas las características requeridas para ello.

La Clínica de Terapia Familiar en el ISSSTE

La CMF de Tlalnepantla ISSSTE se encuentra ubicada en la calle de Xalapa N° 68 Col. Valle Ceylan, Tlalnepantla, Estado de México. Al principio de nuestra práctica contamos con 2 cubículos de 6X5 mts. cada uno, ambos con un escritorio y sillas suficientes, en uno de ellos se atendía a la familia y por ello fue acondicionado con una cámara de video; el otro sirvió para que el sistema de terapeutas pudiera llevar a cabo la pre y postsesión y presenciara la interacción terapeuta cliente a través de un circuito cerrado pues los cubículos no tenían espejo de visión unidireccional; este cubículo contó además con una televisión de 20 pulgadas, una videocasetera y un pizarrón pequeño.

Posteriormente las autoridades del ISSSTE nos ofrecieron como escenario clínico, un cubículo, el perteneciente a la Psicóloga, el cual tenía las mismas características, mobiliario y equipo técnico requerido. Dicho espacio fue compartido por los miembros del Sistema Terapéutico Total, es pertinente aclarar que el equipo de supervisión, se colocó a espaldas de la familia que recibía atención y frente al terapeuta principal.

2.2. Análisis sistémico de los escenarios.

Los miembros que conforman la comunidad de la FESI, el CCHA y el ISSSTE, como todos los seres humanos, se encuentran inmersos en diversos contextos y por ende expuestos a múltiples eventos y circunstancias adversas que en algunos casos dependiendo del manejo que se les de, pueden generar desordenes fisiológicos y psicológicos que interfieren en el funcionamiento normal del individuo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve.

Esto se debe esencialmente a la influencia que las personas tienen, de los diversos contextos en los cuales participan y que trae consigo consecuencias alarmantes en los diferentes sistemas o áreas de interacción.

Con estos trastornos se vuelve más probable el desencadenamiento de bajo desempeño académico o laboral y desajustes socioemocionales, consecuencias que si no son atendidas oportunamente, pueden impedir por un lado en los adolescentes y adultos jóvenes que concluyan satisfactoriamente sus estudios en un período determinado, o bien acumulen materias reprobadas de las cuales nos percatemos cuando ya resulta muy difícil de resolver y en ocasiones cuando el problema es prácticamente insalvable. O bien en la comunidad en general, que pierdan el empleo, que creen malas relaciones tanto en su familia nuclear como extensa y todas sus derivaciones: adicciones, violencia, depresión, suicidio, somatismos, delincuencia, entre otras.

Para tratar las consecuencias graves que podrían desencadenarse, se propuso la Terapia Familiar Sistémica como una forma de intervención que permite identificar, prevenir y dar tratamiento a los diversos problemas que se presentan en los sistemas, tanto a nivel individual, de

pareja, familiar, escolar y organizacional. Analizando las características e interacciones que se dan entre los actores del proceso educativo o de salud y los contextos en las que éstas acontecen.

La Terapia Familiar Sistémica tiene implicaciones de interacción humana, vivenciales y emotivas, aprender a hacerla no significa solo aprender un conjunto de destrezas y aplicarlas, pues como ya dijimos involucra humanos -tanto a la familia consultante como al terapeuta-; puesto que el vehículo del cambio terapéutico es una relación social en la que el terapeuta es el principal instrumento de cambio, éste debe encontrarse en las más óptimas condiciones personales para brindar una atención sensible y humana a quien lo solicite.

Además de acuerdo con la epistemología sistémica los actos surgen dentro de un contexto interactivo y lo que ocurre en cualquier sistema: individual, familiar, terapéutico, institucional, etc., estará matizado por el contexto y las múltiples relaciones que dicho sistema mantenga tanto al interior como al exterior.

Las instituciones en las que llevamos a cabo el trabajo clínico, se beneficiaron con la presencia de nuevos elementos, a saber: los terapeutas en formación, los sistemas familiares que acudieron a consulta y los supervisores. Esto es valioso sí se considera que con la sola presencia, los individuos influyen en su contexto y éste a su vez también influye en ellos.

Los alumnos que formamos parte del grupo de formación de terapeutas familiares y quienes nos supervisaron, conformamos lo que se denomina el sistema de terapeutas. Por otra parte cada terapeuta con la familia que atendió conformó el sistema terapéutico. Los terapeutas y los supervisores detrás del espejo formaron el sistema de supervisión. Con estos dos últimos sistemas en conjunto se constituyó lo que se ha denominado el sistema terapéutico total (Aurón, 2000).

En las instituciones en las que colaboramos siempre recibimos un trato cordial, amable, nos dieron la bienvenida, recorrimos las instalaciones, fuimos presentados al resto del personal, establecimos los horarios de atención, nos asignaron espacios definidos, favorecieron la conformación de alianzas en pro de un mejor servicio, la comunicación fue directa, y los límites quedaron bien definidos.

De trascendental importancia resultaron los diferentes contextos institucionales en los que nos fuimos desempeñando, dado que se enmarcaron interacciones específicas, entre los miembros del equipo de salud.

El ejercicio de nuestra práctica clínica sistémica, fue efectuado en tres instituciones públicas, dos de ellas académicas y una de salud. Las diferencias existentes en los escenarios, repercutieron de forma diversa en nuestro quehacer como terapeutas, debido a que variaron los espacios y dimensiones físicas otorgadas para desarrollar la terapia, el mobiliario, el equipo técnico, la ventilación, la buena audición, la privacidad, los miembros que conformaron los sistemas y subsistemas, y por ende las características de éstos, los roles que se desempeñaron, las interrelaciones (comunicación, alianzas y fronteras) entre los miembros de los sistemas, las fuentes de referencia, las áreas o departamentos con los que estrechamos vínculos por ser nuestra red de canalización, los motivos de consulta atendidos, la constancia en cuanto a asistencia y puntualidad de los clientes, los modelos de intervención empleados aunque todos partieron de una epistemología sistémica, y las deserciones, altas y bajas de los consultantes. Todas esas características marcaron diferencias importantes que repercutieron en el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como también en la atención a los clientes y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

La Clínica de Terapia Familiar en la FESI

La FESI es un sistema dentro del cual se pueden identificar muchos subsistemas constituidos por elementos diversos: alumnos, docentes, personal administrativo y de intendencia; que aunque se desenvuelven de manera independiente, se comunican entre sí, convergen y se mantienen interrelacionados, para conformar una estructura integral, funcional y organizada que como tal persigue metaestructuras ya preestablecidas.

La institución tiene como objetivos: formar profesionales útiles a la sociedad, promover la investigación y difundir la cultura en el área de la salud. Otra de las funciones de la FESI consiste en vincularse con la sociedad haciendo extensivos los conocimientos, a partir de las prácticas escolares que son desarrolladas en cada una de los curricula (FESI, 1982). Cabe aclarar que el servicio a la comunidad no sólo ha estado a cargo de los estudiantes de licenciatura en Medicina, Odontología, Optometría y Psicología sino que también han tenido participación los investigadores de algunos proyectos y los estudiantes de posgrado, como fue nuestro caso.

En este sistema existen relaciones jerárquicas en donde el Director es la máxima autoridad y por tanto es el responsable de supervisar, junto con sus colaboradores, el cumplimiento de las funciones de docencia y administración a fin de que tanto alumnos como docentes, alcancen los objetivos de excelencia trazados por la institución. El personal que conforma la FESI está organizado en Programas, Unidades y Coordinaciones (Ver Anexo 1).

Nos insertamos a través de la Dirección General de Estudios de Posgrado de la UNAM, específicamente en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología concretamente en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica de la FESI que nos ofreció la formación académica y a partir de la cual pudimos ofrecer el servicio a la comunidad.

La clínica de Terapia Familiar trabaja como un ente relativamente autónomo pues los beneficios que ofrece a la comunidad son autorregidos por el programa y coadyuvantes de los servicios clínicos de la FESI como institución.

Desarrollamos estrecha alianza con el personal de la CUSI -que es una unidad docente, asistencial y de investigación, fundada en 1977 para apoyar los curricula de las diferentes carreras de la FESI- y específicamente con el Programa de Psicología Clínica a nivel licenciatura. Las secretarías de este programa funcionaron como fuente de referencia, ofrecían una solicitud a los interesados e incorporaban la misma debidamente llenada a una lista de espera que se entregaba a la Dra. Suárez (profesora de la Maestría) quien realizaba oportunamente, la distribución entre las supervisoras y éstas a su vez entre los terapeutas.

Otra fuente de referencia fue la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala (UEPI) a cargo de la Mtra. Aragón (profesora de la Maestría) quien junto con sus colaboradores derivaban a los clientes a las instancias más convenientes para atender su motivo de consulta después de la evaluación psicológica realizada.

Una fuente reciente es la recomendación del servicio por clientes que acudieron al mismo anteriormente y por personas de la propia comunidad universitaria que aunque no han hecho uso de la Clínica de Terapia Familiar saben de su existencia. Del mismo modo la comunidad en general que acude a otros servicios de salud, deportivos o recreativos que ofrece la FESI o bien asiste a colegios cercanos a la Facultad, ha servido como medio de difusión del servicio de Terapia Familiar que ahí se ofrece.

Los sistemas y subsistemas de la FESI mantuvimos una comunicación directa, con límites claros, respeto a la estructura jerárquica -que está bien delineada- y entendimiento del objetivo de desarrollo humano integral, por ende laboramos en conjunto para ofrecerlo a la comunidad estudiantil y externa. La apertura, confianza y aceptación que tuvieron los subsistemas de la FESI con relación a la Clínica de Terapia Familiar nos permitió conformar relaciones

respetuosas, colaborativas, con buena comunicación y alianzas definidas, lo cual propició un clima de trabajo cordial, armonioso y efectivo; así como también la difusión de nuestros servicios oportunamente, la alta demanda de la Terapia Familiar y nuestro buen desempeño.

Con respecto al espacio físico que se nos proporcionó para el ejercicio terapéutico, es preciso señalar que en un inicio, antes de la inauguración de la Clínica de Terapia Familiar, nos facilitaron un cubículo reducido sin espejo de visión unidireccional y por tanto ocupado por el sistema terapéutico total, es decir, por 14 o 17 personas aproximadamente. Esto fue un inconveniente para nuestro proceso de enseñanza-aprendizaje, pues al compartir todos el mismo espacio físico, los terapeutas no pudimos conversar entre nosotros ni con los supervisores o plantearles dudas y comentarios sobre las intervenciones efectuadas por el terapeuta principal. No obstante al terapeuta principal le ayudó esa condición, pues propició el desarrollo de la comunicación analógica entre los sistemas y el terapeuta pudo descifrar con sólo un gesto sugerencias que beneficiaban el ritmo de la terapia.

Del mismo modo en algunas familias impactó positivamente ver a tantos terapeutas responsables de su caso, se sentían privilegiados por el entendido de que doce cabezas piensan mejor que una; en otras familias la repercusión de nuestras condiciones de trabajo fue negativa cuando por ejemplo la decisión de asistir a terapia había costado trabajo, participar con un grupo tan grande y ser videograbados, retaba su valentía y complicaba las cosas por tener que hacer pública su intimidad celosamente guardada.

Ahora bien la Clínica de Terapia Familiar conseguida en la FESI después de un año, nos ofreció óptimas condiciones de trabajo y enseñanza. Pues está conformada por dos cubículos que se encuentran comunicados entre sí por un espejo de visión unidireccional libre de ruidos e interrupciones; con un teléfono para transmitir ideas al terapeuta principal; con micrófono para que todos pudieran escuchar perfectamente lo acontecido y para que las videograbaciones fueran nítidas y audibles para poder analizarlas. Todo ello ayudó a que nuestro desempeño terapéutico fuera mejor y más cómodo, con mayor soltura incluso para la familia pues contamos con un espacio propio para la misma y el terapeuta; con lo que no se alteró la privacidad y el ambiente confortable. Así pudimos contar con un espacio definido para el equipo de supervisión, ello nos permitió conversar sobre el caso atendido con libertad y confianza, así como también aprender a partir de él.

La FESI como institución académica, persigue la transformación de los alumnos que ingresan, ello nos da a entender que se tiende a percibir "procesos" en vez de estados, déficits, síntomas o enfermedades. Esta idea facilitó la comprensión de los motivos de consulta como una transición presente ocurrida en un contexto particular y catalogada sólo como un punto dentro de un continuo. Además otorgó al solicitante del servicio, la capacidad de colaborar en la resolución del proceso que atraviesa; para referirnos al usuario utilizamos el término "consultante", empleamos un lenguaje que planteó el motivo de consulta como algo dinámico en lugar de estático y adquirimos el compromiso de cocrear una nueva realidad más satisfactoria.

Los denominados clientes o consultantes nos liberaron de la tarea de cargar solos con la responsabilidad del éxito o fracaso terapéutico y nos brindaron la oportunidad de colaborar de manera conjunta para conseguir los objetivos planteados, no obstante nuestra juventud y condición de aprendices, los consultantes se mostraron confiados del cambio y satisfechos por el proceso terapéutico. Yo percibí gran oportunidad para manejarnos libremente en el servicio de terapia familiar pues no contamos con un diagnóstico previo de parte de algún médico general o psicólogo.

La población que nos consultó pertenece al nivel socioeconómico medio y medio-bajo. El rango predominante de edad de los solicitantes de Terapia Familiar osciló entre los 19 y 26 años. Ellos viven una etapa de vida en la que existen mayores autoexigencias y exigencias de parte de

los padres o pareja respecto de su contribución al hogar a través de diversos medios: económico, doméstico, parental, etc. Al mismo tiempo estos adultos jóvenes se preocupan por conformar una relación de pareja estable o estabilizarse en algún empleo para definir su proyecto personal y profesional.

Con respecto a la población adulta que también nos consultó podemos decir que expresaron demandas en cuanto a las estrategias para relacionarse mejor con sus hijos principalmente adolescentes, o bien para establecer acuerdos y límites tanto en su relación parental como conyugal. En la dinámica familiar de los sistemas que atendimos predominó la violencia y sus derivaciones, bajo rendimiento escolar, rebeldía, dificultades en la comunicación, en la sexualidad, alcoholismo, depresión, entre otros. Además hubo algunos casos de insomnio, obesidad y pérdida de algún familiar.

Cabe señalar que en la FESI, no sólo se ofrece terapia a la comunidad que la conforma, es decir, a alumnos, personal docente, administrativo o de intendencia; sino también a sus familias y los servicios de salud están abiertos a la comunidad en general que requiera el servicio. Otra precisión que debe hacerse es que en esta institución existe un costo simbólico por la terapia, que varía en función de las posibilidades económicas de los clientes y que probablemente mantenga relación con el compromiso que se adquiere en la terapia.

La Clínica de Terapia Familiar en el CCHA

El CCHA es un sistema escolar conformado por diversos subsistemas de los cuales la Dirección es la encargada de supervisar el funcionamiento académico y administrativo del personal que se estructura en Secretarías: Particular, General y Administrativa y en Departamentos (Ver Anexo 2). Las diferentes áreas mantienen estrecha interrelación y persiguen una meta común: dar servicio a los alumnos, facilitando que éstos aprendan a aprender, a ser y a hacer, para ello cuenta con dos turnos.

El objetivo general del CCHA es formar académica y culturalmente a sus alumnos a través de su participación activa en el aprendizaje dinámico a fin de que sean capaces posteriormente, de cursar con éxito estudios de licenciatura o bien incorporarse a la sociedad productiva con las mejores herramientas intelectuales, sustentadas en una sólida formación científica y humanística (CCHA, 1995).

En este sistema educativo, encontramos:

- Elementos de entrada, recursos tanto humanos como no humanos que ingresan al sistema para ser transformados o para contribuir a que esta transformación se realice.
- Los procesos o elementos de acción que permiten la transformación de lo que ingresa al sistema
- Elementos de salida o resultados de dichos procesos de cambios

En el CCHA el programa de Terapia Familiar Sistémica ingresó como un agente externo, y tuvo que integrarse a sistemas y subsistemas ya estructurados sobre la base de roles consolidados, por ende nuestro desempeño se sujetó a las expectativas, necesidades y normas establecidas y tuvo gran poder de convocatoria.

Como Clínica de Terapia Familiar, nos insertamos en la Secretaría de Asuntos Estudiantiles, conformamos una fuerte alianza específicamente con los miembros del Departamento de Psicopedagogía cuya función principal es colaborar en la formación académica y desarrollo integral de los alumnos; con tal fin las psicólogas y pedagogas que conforman esa

área, implementan conferencias, cursos, talleres, diaporamas, exposiciones, visitas guiadas y asesorías individuales de tipo académico, vocacional o personal, entre otras.

Así pues los demandantes del servicio de Terapia Familiar entregaban las solicitudes al Departamento de Psicopedagogía y éste a la supervisora de dicho escenario, quien las distribuía entre los terapeutas para que nos pusiéramos en contacto con los solicitantes vía telefónica, en todo momento creando un ambiente cálido, de confianza, recopilando la información sociodemográfica necesaria y todo lo significativo relacionado con el motivo de consulta a fin de conformar una hipótesis y un plan de trabajo proponiendo estrategias de intervención.

Las buenas y estrechas relaciones establecidas con la Secretaría de Asuntos Estudiantiles, el Departamento de Psicopedagogía e incluso con el departamento de Audiovisual facilitó nuestro desempeño como terapeutas desde la recepción de los clientes, su oportuna canalización, la amable facilitación del equipo técnico requerido y la entrega oportuna de constancias, justificantes o citatorios a padres y alumnos, todo con el fin de realizar un eficiente trabajo terapéutico.

El espacio que ocupamos en el CCHA, antes de la Clínica de Terapia Familiar fue un salón muy amplio que por lo mismo dispersaba las voces y las volvía inaudibles en las videograbaciones, ello dificultaba las transcripciones de actas y ocasionaba la pérdida de material importante para la intervención. El salón estaba lleno de sillas, carecía de espejo de doble visión y por ende el Sistema Terapéutico Total debía permanecer en el mismo espacio físico, lo cual limitaba la expresión verbal de dudas y comentarios, a veces superábamos esto, a través de la comunicación escrita y esperando el momento de la pausa para compartir ideas. Lo anterior no fue un factor inconveniente sí consideramos que al terapeuta principal le ayudó en gran medida el compartir el mismo espacio que el equipo pues se sentía más apoyado. Por otra parte a algunos clientes también les pareció afortunado contar con tantos terapeutas pero otros en cambio se sintieron incómodos por ser continuamente interrumpidos por gente extraña, debido a que el lugar de la terapia era un salón que conducía al audiovisual y a otras oficinas y salones.

En el CCHA ya en la recta final de nuestra formación se conformó la Clínica de Terapia Familiar, muy cómoda, amplia y con el equipo técnico necesario para llevar a cabo una atención terapéutica de calidad.

La Clínica de Terapia Familiar en el CCHA ofreció servicio exclusivamente a la población del colegio (alumnos, docentes y administrativos) y sus familiares; de manera gratuita, debido quizá a dicha situación, los consultantes del CCHA dieron poco valor a la terapia comparado con la importancia que los usuarios le dieron en la FESI, lo anterior reflejado a través de su casi total asistencia, puntualidad en sus citas y conclusión de la terapia. Obviamente las personas que culminan con su proceso terapéutico logran muchos más cambios que las familias que dejan de asistir al servicio, por ello consideramos que sí la población del CCHA no valora la terapia como importante para su desarrollo integral sólo por ser gratuita, continúan desertando; ello debe obligar tanto a los responsables de la maestría como de la institución educativa a desarrollar un plan de acción que promueva en los clientes el sentimiento real de compromiso para continuar con el proceso de cambio que solicitan.

La población que predominó en el CCHA fue en su mayoría del sexo femenino en la etapa adolescente con un rango de edad de 15 a 19 años y estado civil solteros, aunque también asistieron algunos casados. La mayor parte de la población tiene como lugar de residencia el Distrito Federal, principalmente en la Delegación Azcapotzalco y su nivel socioeconómico medio bajo -ya que la mayoría de los clientes desempeñan oficios con baja remuneración-, en más de la mitad de los casos la ocupación fue estudiante de primer o sexto semestre.

De la población usuaria muy poca fue docente o administrativa y sólo en dos casos los hijos de éstos eran también alumnos del CCHA, al servicio no asistió algún miembro del personal de intendencia.

Cabe aclarar que en su mayoría los adolescentes mismos eran quienes solicitaban la atención pero finalmente accedían a invitar a su familia o ésta se mostraba interesada por participar en la terapia; no obstante en otros pocos casos, los padres o las autoridades del plantel fueron quienes solicitaron el servicio.

La población joven presentó una gama de necesidades y demandas muy amplias. Las temáticas de mayor frecuencia en la consulta del CCHA fueron las relaciones familiares, las adicciones, violencia familiar y la reprobación académica. Fue evidente el interés de los jóvenes por mantener relaciones interpersonales satisfactorias con la gente de su entorno, principalmente su familia y su pareja; así como también por superar malestares generalizados con ellos mismos o con otras personas, por ejemplo, depresión, soledad, trastornos alimenticios, violación, o para comunicar alguna decisión importante a sus padres. A muchos también les preocupó la relación entre sus padres y reflejaron afecciones por las discusiones, violencia o divorcios.

Por otra parte las demandas de los adultos se caracterizaron por trastornos emocionales como depresión, infidelidad o dependencia a relaciones de pareja dañinas para su integridad física, emocional y psicológica. También manifestaban preocupación por sus hijos, especialmente en lo referente a la escuela, sus amistades, su desempeño académico y los cambios en su comportamiento calificados como rebeldía. Además expresaron deseo de mejoría en la comunicación con sus hijos para conseguir buenas relaciones familiares.

La Clínica de Terapia Familiar en el ISSSTE

El ISSSTE es una institución de Salud pública que se encuentra constituido por subdelegaciones médicas que a su vez se componen por Clínicas de Medicina Familiar (CMF), nuestro trabajo lo realizamos en la CMF Tlanepantla en la que hay niveles jerárquicos claros, cuya autoridad máxima es el Director. Existen dos Subdirecciones: Subdirección Médica y Subdirección Administrativa, hasta aquí se compone la estructura orgánica de dicha institución. También se encuentran cuatro Coordinaciones y tres Jefaturas, conformadas por médicos, odontólogos, laboratoristas, enfermeras, trabajadoras sociales y una psicóloga, así como también por personal administrativo y de intendencia. Todos trabajan en conjunto, con espacios físicos bien definidos y límites claros entre los subsistemas que les permiten un óptimo intercambio comunicativo y crea un ambiente que favorece el servicio de calidad a los derechohabientes (Ver Anexo 3).

Como institución de salud pública de primer nivel, la CMF Tlanepantla ofrece los servicios de: Medicina Preventiva y Salud Reproductiva, Odontología, Laboratorio Clínico, Ultrasonido, Trabajo Social, Radio-diagnóstico, consulta externa y urgencias médicas; a sus derechohabientes generalmente habitantes del área circunvecina de todas las edades y mayoritariamente de clase social media y media baja. Además contribuye de manera importante en la comunidad por los servicios que ofrece, tales como, vacunación, planificación familiar, cursos y talleres que engloban temas de salud integral, aerobics, talleres para los adultos en plenitud, conferencias a público en general sobre problemas de gran incidencia, tales como, cáncer cervicouterino, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

La operatividad que sigue el ISSSTE al dar sus servicios se encuentra estrechamente relacionada con su estructura, misma que se fundamenta en el modelo biomédico de salud-enfermedad, razón por la cual no puede desprenderse de los símbolos normativos que como institución le caracterizan, y le otorgan mayor jerarquía con relación a los pacientes; me estoy

refiriendo al uso invariable de bata blanca, carnet para asignación de citas, rubro destinado a la firma del doctor, prediagnóstico determinado por algún médico familiar, formato de expedientes que recaba datos sociodemográficos del paciente y su RFC, entre otras.

En el ISSSTE la psicóloga y las trabajadoras sociales fungieron como red de vinculación entre nosotros y las personas que requerían el servicio, siempre a través de un expediente que contenía los datos necesarios para que nos pusiéramos en contacto con los derechohabientes vía telefónica, así como también, estar al tanto del diagnóstico y tratamiento previo. La solicitud del servicio de Psicología podía hacerse directamente en esa área por decisión propia o bien por canalizaciones del departamento de Medicina Familiar.

El contacto directo que tuvimos con la Psicóloga facilitó nuestra labor pues ella pudo aclarar dudas al momento y realizar sugerencias. También con el personal administrativo tuvimos interacción pues las personas encargadas del archivo otorgaron a nuestros consultantes, las licencias médicas para evitar dificultades laborales.

El espacio proporcionado en el ISSSTE en un primer momento, se constituyó por dos consultorios, comunicados a través de un circuito cerrado. Esta condición de trabajo fue muy buena y efectiva pues el terapeuta principal podía tener mucha autonomía en su desempeño, y sólo comentar con el equipo y obtener retroalimentación cuando la terapia estaba por concluir. Para los demás terapeutas, esta condición también fue favorable dado que tuvimos mayor libertad de expresión, cuestionamientos y propuestas a nivel de intervenciones terapéuticas. Lamentablemente en la fase última de nuestra formación el espacio se redujo a un sólo consultorio y ello trajo consigo las ventajas y desventajas de compartir el mismo lugar con la familia.

El objetivo general del ISSSTE es elevar el nivel de salud de los derechohabientes basándose en métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptables, bajo criterios de calidad uniforme. Los propósitos no son sólo diagnosticar y "mejorar" o "corregir" aquellas áreas débiles o "malas", es decir, los síntomas o enfermedades de quienes solicitan sus servicios -denominados pacientes- a través de una instrumentación determinada, sino también llevar a cabo acciones de promoción y prevención pues se considera que la salud y la enfermedad son fenómenos dinámicos determinados por factores físicos, psicológicos y sociales, por ello la atención se dirige al individuo, a la familia y a la comunidad. Así pues todo el personal cuenta con una función específica para conseguir los objetivos de salud del derechohabiente, por ejemplo en el área de psicología la prioridad con un paciente diagnosticado como depresivo, sería disminuir o eliminar la depresión, es decir que el paciente logre no ser depresivo.

Ahora bien los denominados pacientes se asumirán como tal, es decir, como sí fueran personas desviadas o perturbadas que por necesidad o incomodidad acuden con los expertos para que le eliminen o corrijan el mal y generalmente reflejaron en la terapia una postura de receptor pasivo de la sabiduría y consejos oportunos del terapeuta. Esta conformación de pacientes, creada a partir de la cultura a través de algunas instituciones como la de salud a la que hemos hecho referencia y reforzada mediante la práctica terapéutica; representó un gran reto a vencer, dado el carácter con el que ingresamos a las instituciones, es decir, como estudiantes, como terapeutas en formación.

Los objetivos y normas institucionales del ISSSTE tuvieron un gran peso en nuestro desempeño, así como también la presencia de la Residencia como agente externo adquirió gran relevancia no sólo para los departamentos o áreas en las que nos insertamos sino para la institución en la que colaboramos.

La población que solicitó el servicio en el ISSSTE, en su mayoría fueron adultos de sexo femenino, con estado civil casado o unión libre, con diferentes grados de escolaridad que fueron

desde secundaria hasta licenciatura, predominó el nivel técnico y bachillerato, desempeñando puestos de secretarías, enfermeras y en su mayoría amas de casa. Las principales áreas problema reportadas por las usuarias fueron: relación de pareja, relación sexual y violencia familiar; también malestares consigo mismas, tales como, angustia, depresión, intentos suicidas, enfermedades psicosomáticas, adicciones, alcoholismo. Asimismo preocupación por sus hijos principalmente en edad escolar, por abuso sexual, bajo rendimiento escolar y reprobación, conflictos del hijo con la familia por desobediencia, enuresis y encopresis, entre otros. Es importante destacar que las parejas de las solicitantes así como sus hijos, sólo en casos excepcionales mostraron interés por asistir a la terapia.

Considero que en los tres escenarios que participamos, nunca perdimos la meta común: aprender trabajando con familias, adoptando roles definidos pero flexibles. Siempre existió una estrecha colaboración entre el personal administrativo y profesional respetando las jerarquías; con esta cohesión y la oportunidad que la epistemología sistémica otorgó a la familia para tomar un papel activo y tener voz y voto en el proceso, se logró que las familias obtuvieran mejores resultados.

La idea general fue la colaboración de todos los micro y macro sistemas. Practicar las ideas ecosistémicas en los escenarios de trabajo clínico fue de suma importancia para que tanto supervisores como alumnos y familias atendidas llegáramos a formar parte del sistema y el sistema institucional mismo se incluyera en el proceso.

En resumen puedo decir que el entrenamiento en Terapia Familiar Sistémica con equipo de supervisión es un proceso dinámico que no sólo tiene lugar en la interacción entre supervisor y terapeuta en formación, sino en muchos otros niveles que incluyen: el estilo terapéutico del supervisor, sus estrategias didácticas, sus habilidades de integración y manejo grupal, su capacidad de ser flexible, el modelo teórico metodológico que se estuviera aprendiendo, los patrones organizacionales de las instituciones en las que trabajamos, la composición y la dinámica del grupo, las familias solicitantes y sus motivos de consulta, todos estos niveles con interdependencia.

Lo anterior queda claro si consideramos que a partir de la ideología, de la práctica institucional y de la práctica terapéutica sistémica (entiéndase Sistema Terapéutico Total) se crean los sujetos solicitantes del servicio por ende los motivos de consulta, necesidades que a su vez participan en la creación de los objetivos terapéuticos, los planes de intervención y las estrategias para llevarlas a cabo y contribuyen así en la conformación y dinámica del Sistema Terapéutico Total, que de una u otra forma impacta en la institución.

2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en la Entidad y Sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.

El Programa de Residencia en Terapia Familiar, impartido en la FESI, ha sido consciente de la importancia que tiene la formación de terapeutas a través de la práctica clínica supervisada en vivo y la adoptó como parte del modelo de trabajo en los distintos escenarios que sirvieron para realizar el trabajo clínico.

Asimismo se ha preocupado por ofrecer una atención comunitaria a diversas poblaciones razón por la cual ha establecido un sistema de rotación para que los terapeutas en formación tengamos la oportunidad de aprender y desempeñarnos en diferentes escenarios clínicos que nos permitan obtener mayor contacto y experiencia a partir de los diversos problemas característicos de las diferentes poblaciones atendidas.

Este sentido de rotación nos permitió contemplar las distintas combinaciones en cuanto a la organización institucional, el personal que labora para cada institución, el espacio físico con el

que se cuenta para trabajar, las diferentes supervisoras y por tanto los diversos estilos en la supervisión, el modelo de intervención que se está enseñando, la comunidad atendida, los motivos de consulta característicos, la dinámica del sistema terapéutico total, etc. La posibilidad de esta multivisión nos ayudó a crear ideas nuevas y dinámicas con respecto a la terapia y el sistema terapéutico total que sin duda nos enriquecieron como personas y como profesionales.

A continuación escribiré sobre el sistema de rotación del que fuimos partícipes, aclarando que los supervisores fueron dos en cada escenario de trabajo.

En el primer semestre tuvimos la oportunidad de trabajar como equipo de supervisión en la FESI, durante un período de septiembre a diciembre de 2001. En un inicio las autoridades del plantel nos proporcionaron un salón que no cubría con las condiciones requeridas, es decir un espejo de visión unilateral; posteriormente nos dieron acceso, sólo en algunos horarios, a dos salones con cámara de Gesell. Las deficiencias en cuanto a espacio, fueron superadas gracias a que contamos con el equipo técnico suficiente, para tener una buena supervisión y posterior análisis, me estoy refiriendo a un buen micrófono y aparato de sonido, una videocámara, así como sillas para el sistema terapéutico total.

En el segundo semestre nuestra práctica la llevamos a cabo en el ISSSTE en su CMF de Tlalnepantla. Se proporcionó terapia sistémica a 15 familias, todas fueron filmadas, para un posterior análisis. El tiempo de permanencia en esta sede abarcó el período comprendido del 26 de febrero al 27 de junio de 2002. Al ingresar a esa institución, se nos dió la bienvenida formal por parte de las autoridades del hospital: el Director, el subdirector y el jefe de la Unidad de Enseñanza, luego nos presentaron con todo el equipo de salud y administrativo; médicos, enfermeras, secretarias, trabajadoras sociales y el área de psicología. Con estas dos últimas áreas mantuvimos estrecha vinculación, nos sirvió como red de canalización o asignación de pacientes, asimismo nos facilitaron todo el material que requerimos, a saber, televisión, videocasetera, sillas, y dos espacios amplios, uno para el sistema terapéutico y otro para el equipo de supervisión. Realizamos reuniones interdisciplinarias y análisis-discusión cuando el paciente faltó.

Durante este período el trabajo que efectué fue primordialmente como terapeuta principal, este rol consistió en tomar a mi cargo, la responsabilidad terapéutica de dos familias, comunicándoles los mensajes del equipo, ofreciéndoles el seguimiento de su caso y discutiendo con el equipo de terapeutas las líneas de intervención más idóneas para la familia. Participar como Terapeuta principal también implicó realizar una entrevista telefónica a cada una de las familias asignadas, elaborar sus expedientes, entregar reportes de los clientes a las instancias de servicio de la que provenían, elaborar un registro y planeación de horarios de atención a familias e instalar los aparatos de audio y video.

También me desempeñe como terapeuta observador al conformar parte del equipo de supervisión contribuyendo en la elaboración de mensajes y tareas para las familias atendidas, sugiriendo líneas de intervención futuras y ofreciendo al terapeuta principal una crítica constructiva que destacará sus habilidades terapéuticas y señalará respetuosamente sus áreas de oportunidad.

En el período de septiembre a diciembre de 2002, es decir en el tercer semestre, mi función como terapeuta principal ante dos familias, la lleve a cabo en la FESI, conjuntando la atención brindada en mi participación con el equipo, se proporcionó terapia familiar sistémica a 13 familias, todas fueron filmadas para su posterior análisis. En todos los casos atendidos, contamos con el material suficiente, para tener una buena supervisión.

En el cuarto semestre, de enero a junio de 2003, el ISSSTE de Tlalnepantla, y el CCH Azcapotzalco funcionaron como escenarios del trabajo terapéutico directo con dos familias, así

como también para mi desempeño como parte del equipo de supervisión. Se proporcionó terapia familiar a 16 familias.

En el CCH Azcapotzalco establecimos buena y estrecha relación con el Departamento de Psicopedagogía, la Secretaría de Asuntos Estudiantiles y el Departamento de Audiovisual. Las autoridades del plantel nos proporcionaron un espacio fijo que en algunas ocasiones sin previo aviso nos pidieron desocupar por tener programadas ahí otras actividades, dicho espacio no cubría las condiciones requeridas para dar terapia familiar, es decir un espejo de visión unilateral, de tamaño medio para que la conversación del sistema terapéutico fuera escuchada y audible en las videograbaciones, espacio privado para que el personal no estuviera entrando, saliendo y alejado de los demás edificios y aulas por el ruido de los alumnos y sus clases; todas esas condiciones alejadas de nuestro propio control perjudicaron la atención. A pesar de lo anterior, contamos como ya dijimos con el apoyo oportuno en cuanto a la canalización de casos por parte del departamento de psicopedagogía; la colaboración amable en cuanto al préstamo y funcionamiento de los aparatos requeridos para la terapia, por parte del personal de audiovisual; y la entrega oportuna de constancias, justificantes o citatorios a padres y alumnos por parte de la secretaria de asuntos estudiantiles.

Es importante anotar que los supervisores fueron cambiando tres veces durante los períodos señalados para las prácticas clínicas a fin de que los estudiantes contáramos con un espectro amplio con respecto a la forma de supervisar, con lo que se enriqueció el grupo, no obstante los supervisores mantuvieron la base teórica y filosófica que sustenta la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.

Durante mi formación dentro del programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, desarrolle habilidades, conocimientos y competencias, todos ellos sustentados por una Epistemología Sistémica, que me permitió durante la práctica clínica, valarme de los diferentes modelos de intervención.

Por ello en la primera parte de este capítulo escribiré sobre las bases de la Epistemología Sistémica originada por la interinfluencia de diferentes teorías, tales como, la Teoría General de Sistemas y de la Comunicación, la Cibernética y los desarrollos epistemológicos que ésta originó en un principio representados por los trabajos de Gregory Bateson y luego delineados por Warren McCulloch, Humberto Maturana, Francisco Varela, Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld, señalaré también la contribución del constructivismo y del construccionismo social en el campo de la Terapia Familiar Sistémica de nuestros días.

En la segunda parte analizaré los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, que se iniciaron con el movimiento del Mental Research Institute (MRI) y que con el tiempo, casi simultáneamente y con ciertas diferencias y convergencias dieron lugar a diversos modelos de intervención, a saber: los Modelos Estructural, Estratégico, de Terapia Breve, enfocada a Problemas y orientada a Soluciones, la Escuela de Milán, y los modelos derivados del Posmodernismo.

Esperando que al término de este escrito el lector obtenga una visión unitaria de la epistemología sistémica que le abra nuevos horizontes tanto en lo personal como en lo profesional y teniendo en cuenta la dificultad de un análisis exhaustivo de las múltiples variables que configuran tanto los presupuestos del paradigma sistémico cibernético como los principios teórico metodológicos de los diversos modelos de intervención, a continuación retomaré en ambos puntos, los conceptos más representativos y los aportes de los científicos renombrados cuyas ideas constituyen los cimientos de la Terapia Familiar.

1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

Dentro de la gran variedad de modelos terapéuticos dirigidos a atender al grupo familiar, se encuentra la Terapia Familiar Sistémica, que no sólo hace referencia al tratamiento psicológico dirigido a los sistemas familiares sino también alude a un modelo teórico y epistemológico particular.

Es preciso señalar que al referirme a epistemología hablo de la forma en que las personas conocen cosas, así como la manera como ellos piensan que conocen esa misma realidad (Keeney, 1994).

Este modelo tiene su origen en la epistemología cibernética, cuyo desarrollo comienza en la segunda mitad del siglo XX. Cuando la Ciencia en diversas disciplinas, como la física, la biología, las matemáticas, entre otras, se fundamentaba en una epistemología lineal cuyos postulados principales eran los siguientes:

La realidad es estática e inmutable.

La realidad persiste sin necesidad de un observador.

La realidad requiere de un método científico para acceder a ella.

El conocimiento proviene de los sentidos.

Lo observado debe definirse y cuantificarse.

La realidad se puede predecir con alto grado de certeza.

El cuestionamiento de las formas tradicionales de pensamiento (determinismo y causalidad) sobre el mundo incrementaba día a día y con él la insatisfacción hacia esas formas de explicación de la Ciencia que la epistemología lineal clásica planteaba; se tornaba necesaria una revolución epistemológica que permitiera la aparición de un nuevo paradigma, un modelo más realista para el estudio de la naturaleza, incluida la humana.

Se avanzó entonces hacia a una nueva manera de captar el mundo, una nueva forma de pensar sobre él, unas nuevas leyes para darle sentido, una nueva forma de conocerlo y definirlo, es decir, una nueva epistemología, llamada recurrente, ecológica, cibernética o sistémica y cuyo concepto central fue la idea de la circularidad.

La nueva epistemología fue posible gracias a la conjunción de diferentes teorías que abarcan diversos campos del saber: la cibernética, la comunicación, los sistemas, la antropología, la lingüística, la lógica matemática. Algunos de los científicos, cuyas ideas constituyeron los cimientos del nuevo paradigma, fueron: Ludwig von Bertalanffy, Norbert Wiener, Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela, Gregory Bateson, entre otros.

Debido a que la epistemología cibernética se convirtió en la piedra angular de la Terapia Familiar Sistémica, a continuación, describiré el desarrollo de esta nueva alternativa para la investigación científica; mostrándolo a través de la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Comunicación y la Cibernética.

Teoría General de los Sistemas

Ludwing von Bertalanffy ofrece una nueva filosofía de la naturaleza dentro del pensamiento científico con su Teoría General de los Sistemas presentada alrededor de 1945, nació en Viena en 1901, estudió biología en su ciudad natal y se vio influenciado por el positivismo lógico y por el materialismo histórico-dialéctico, dichas influencias le permitieron plantear una explicación científica sobre los "todos" y las "totalidades" que hasta entonces se habían considerado cuestiones metafísicas.

En 1954 Bertalanffy junto con Anatol Rapoport, Kenneth Boulding y Ralph Gerard fundan la Sociedad para la investigación general de los sistemas dicho proyecto tenía los siguientes objetivos:

- Encontrar las correspondencias entre sistemas de todo tipo, es decir un modelo de sistema general compatible con los modelos de disciplinas diversas.
- Buscar principios y leyes aplicables a sistemas generalizados o a sus subclases, sin importar su particular género, la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o fuerzas prevaletentes entre ellos.
- Encontrar un modelo de sistema general compatible con los modelos de disciplinas diversas.
- Encontrar un lenguaje común y mejorar la comunicación entre los científicos para favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria y unificar el conocimiento científico.
- Impulsar el desarrollo de sistemas teóricos, aplicables a diferentes áreas del conocimiento.
- Fomentar provechosas transferencias de un campo a otro.
- Estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos.
- Minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos.

El concepto básico del modelo teórico de Bertalanffy (2001) es el de “sistema”, según el mismo autor dicho término ya existía; como filosofía natural remontándolo a Leibniz; a Nicolás de Cusa con su coincidencia de los opuestos; a la medicina mística de Paracelso; a la visión de la historia de Vico e Ibn-Kaldun, como sucesión de entidades o sistemas culturales y a la dialéctica de Marx y Hegel. Dentro de la definición de sistema Bertalanffy incluye a “todos” los fenómenos así como también a los diversos elementos que los componen y las interrelaciones que se generan entre ellos, cabe aclarar que hace referencia a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta, así el sistema se define como “complejos de componentes interactuantes”; entendiendo por complejidad, el conocer los elementos, su número, su clase y las relaciones entre ellos, es decir, las características sumativas y constitutivas del sistema. Utiliza la organización como elemento importante para comprender la complejidad de los sistemas vivos y toma de la cibernética el concepto de retroalimentación y sus mecanismos de control positivos y negativos, que amplifican y corrigen la desviación respectivamente, para mantener al sistema dentro de un equilibrio dinámico.

Bertalanffy (op. cit.) establece una distinción entre sistemas cerrados y abiertos.

Considera que todos los sistemas vivientes están abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno, en ellos existe un equilibrio dinámico u homeostasis entre las entradas y las salidas, lo que permite que en el sistema haya cambios continuos así como también condiciones relativamente uniformes; y señala que en estos sistemas existe una tendencia hacia niveles de mayor heterogeneidad y organización (entropía negativa o neguentropía).

En cuanto a los sistemas cerrados sostiene que éstos se encuentran dentro de la física y la química y no llevan a cabo ningún tipo de intercambio con el medio que los rodea, es decir, no dan ni reciben energía sino que se mantienen de cierta forma en aislado ello hace que predomine la homeostasis, se mantenga inmodificable el sistema y con tendencia a la desorganización o destrucción del orden (entropía).

Señala las siguientes propiedades de los sistemas:

- ❖ Totalidad o sinergia pues si alguna de sus partes es examinada de manera aislada, no explica ni permite predecir el todo, es decir, las características sumativas son distintas a las constitutivas o cualitativas. Esta característica obliga a que los sistemas como objeto de estudio, sean investigados con un método más abarcativo, dado que también incluye las relaciones existentes entre las partes del todo.
- ❖ Equifinalidad o equipotencialidad ya que es posible que el sistema logre un mismo resultado a pesar de que el punto de partida sea diferente; ésto complejiza la tendencia a buscar una causa única.
- ❖ Equicausalidad puesto que el sistema tiende a tener un mismo punto de partida y alcanzar estados terminales diferentes.
- ❖ Recursividad pues implica una diferenciación progresiva en los sistemas que van de una organización relativamente simple a otra más compleja y avanzada; dado que un sistema se vincula con otros sistemas tanto mayores (suprasistemas) como menores (subsistemas), éstos se encuentran dentro de los mayores que a su vez se incluyen en otros de mayor tamaño, cabe aclarar que cada sistema tiene sinergia. Esta propiedad se relaciona con conceptos, tales como, evolución, diferenciación, organización y jerarquía en dos niveles: de función (orden del proceso) y de estructura (orden de las partes).

- ❖ Retroinformación por su capacidad de autorregularse mediante mecanismos de retroalimentación positiva y negativa, se refiere a la capacidad para automodificarse cuando ocurren cambios significativos en el entorno, aprenden y cambian su organización o estructura interna a un nivel más alto de complejidad.
- ❖ Contextual ya que estudia al organismo como totalidad es decir, tomando en cuenta el contexto más amplio en el que éste se desenvuelve.
- ❖ Evolución de los sistemas debido a dos procesos aparentemente contradictorios que se equilibran mutuamente: la morfostasis o tendencia a la estabilidad del sistema a través de la retroalimentación negativa y la morfogénesis o tendencia al cambio mediante la retroalimentación positiva. A partir de estos mecanismos, los sistemas incorporan y eliminan materia sin lograr un estado de equilibrio pero manteniéndose en un estado uniforme.

Teoría de la Comunicación

Otra de las aportaciones importantes para el desarrollo de la nueva epistemología ocurrió en el área de la comunicación. En 1949, Claude Shannon y Warren Weaver proponen la teoría matemática de la comunicación con formas de explicación simples y mecánicas que no toman en cuenta la retroinformación, a pesar de eso, estas ideas influyen de manera importante en diversos campos del saber (Eguiluz, 2001).

Desde diversas disciplinas, algunos científicos se interesaron por el estudio de la comunicación en su sentido amplio y desarrollaron modelos complejos incorporando el concepto de retroinformación de Norbert Wiener (1975) y fundamentándolos en una epistemología circular. De esta forma se fue creando la nueva teoría de la comunicación.

Se reconoce al antropólogo inglés Gregory Bateson como uno de los iniciadores de esta nueva teoría. Él nació en 1904, estudió la carrera de zoología y luego se formó como antropólogo, su compleja riqueza en el pensar lo condujo a abordar diversos temas de estudio, con la finalidad de desarrollar una teoría general de la comunicación derivada de las ideas cibernéticas (Brockman, 1977. En: Jutoran, 1994).

Desde joven se interesó por averiguar la pauta que controla la segmentación social pues consideró que existía una congruencia entre las leyes que gobiernan diferentes tipos de acontecimientos. En 1927, como antropólogo investigó las interacciones en la cultura iatmul de Nueva Guinea, en las que no existía una autoridad superior o sistemas jerárquicos, prestó atención especial a la ceremonia de Naven que ahí ocurría, dicho ritual reflejaba una inestabilidad social, es decir, la expresión de conflictos y divisiones dentro del grupo; a través de gestos, los aborígenes exageraban el comportamiento masculino y femenino hasta ridiculizarlo. Esta ceremonia popular divertía y bajaba la tensión entre las diferentes clases rivales y competitivas asimismo fortalecía el nexo entre la tribu y contrarrestaba la tendencia al rompimiento; de esta forma empezó a percibir las relaciones entre personas como algo dinámico y para explicar dicho entendimiento, empleó el término esquismogénesis. En 1936 publicó los resultados de su investigación en la tribu, en un libro que tituló: *Naven* en el cual hace referencia al término esquismogénesis que definió como un proceso de diferenciación de las normas de comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos, señaló que dichos procesos se distinguen por el hecho de que se desarrollan por reacción mutua, exponencialmente. Consideró que en las interacciones se presentaban ciclos autorreforzantes, es decir, la acción de A desencadenaba respuestas en B que a su vez generarían una reacción intensa en A y así sucesivamente.

Dichas interacciones podían ser simétricas y complementarias, las primeras implican responder con más o menos del mismo comportamiento, por ejemplo, rivalidad-rivalidad; mientras que las segundas consisten en una respuesta contraria pero mutuamente apropiada, por ejemplo dominio-sumisión. Así, en tales procesos se presenta una secuencia con ascenso y descenso que es autoestabilizadora, también llamada contrarrestante de desviación. Consideró que la doble necesidad de producir tensión, intensificaba la relación simétrica que era seguida de una reducción de la tensión llevando la relación a un punto de equilibrio. Señaló que el único factor que impide una “escapada” puede encontrarse en la naturaleza de la relación entre dos bandos. Si existe suficiente dependencia mutua entre dos bandos complementarios, uno de los cuales es más fuerte que el otro, la diferenciación nunca llegará más allá del punto en que las tendencias esquismogénicas son contrarrestadas por las necesidades de la dependencia mutua. De manera similar una escalación simétrica puede ser contenida por acuerdos recíprocos basados en los intereses de ambas partes, como un acuerdo de trueque.

Reconoce que en ambas interacciones puede presentarse una escalada simétrica que origine la ruptura o cisma dentro de un sistema social cualquiera, la misma puede conducir a la desaparición total del sistema o bien promover un ciclo más complejo de comportamiento (Bateson, 1998).

En este sentido aportó la idea de que en los grupos sociales puede haber algún acuerdo interno, equilibrador que mantiene bajo control los movimientos esquismogénicos y los tipos simétricos y complementarios de esquismogénesis pueden operar en formas mutuamente contrarrestantes. Esto contribuyó enormemente a su ulterior pensamiento acerca de los procesos sociales.

Junto con Margaret Mead su pareja, realiza investigaciones en la isla de Balí y retoma el término cismogénesis para dar cuenta de un tipo de interacción característica entre madre e hijo, propone la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, es decir, señala que el fenómeno objeto de estudio no debe aislarse de su contexto pues sólo este permitirá dar sentido a la información recabada. Concibe la comunicación como un proceso de interacción y ante la necesidad metodológica de su estudio incorpora términos de la cibernética y de la teoría de los tipos lógicos.

Bateson fue uno de los promotores de la conferencia “Macy”, cuyo objetivo era generar un espacio para reunir a los científicos de diferentes disciplinas a fin de repensar la práctica de la Ciencia, estas reuniones se llevaron a cabo en Nueva York (1942-1953) y estuvieron organizadas por la Fundación Macy. La primera de ellas se efectuó en 1942 y los científicos que asistieron fueron: von Newman, Arturo Rosenbluth, Walter Pitts, Warren McCulloch, Margaret Mead, Gregory Bateson, Heinz Von Foester, Norbert Wiener, John Weakland, Jay Haley. En dicha reunión se tocaron temas tales como, inhibición cerebral (hipnosis), retroalimentación, modelos matemáticos para modelar el cerebro y surgió el interés por la inteligencia artificial. Su participación en esas conferencias le permitió incorporar el modelo cibernético, en específico lo referente a los sistemas autocorrectores en el comportamiento humano en un sentido metafórico, y trazar un puente entre la máquina y el hombre (Brockman, op.cit.).

En 1948, interesado por la psiquiatría colabora con Jurguen Ruesch en una clínica de San Francisco manteniendo de manera consistente su modelo de explicación del comportamiento, las investigaciones realizadas en este campo junto con Ruesch las publica en 1951, dándoles el título de: *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*, en él sostienen que la comunicación es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas, establecen distintos niveles en la transmisión de la comunicación: verbales lingüísticos y extralingüísticos, no verbales y contextuales además postula un segundo nivel de abstracción, la metacomunicación o comunicación acerca de la comunicación (Bateson y Ruesch, 1965).

Las ideas de Shannon, Wiener y otros teóricos de la cibernética condujeron a Bateson a reexaminar su concepto de la esquismogénesis en términos de los ciclos de retroalimentación activados por el error, ciclos que encontró en los sistemas que se gobernaban a sí mismos. La analogía que le resultó más útil fue la de una máquina de vapor con un regulador automático. Toda la disposición depende de un rizo en que, cuanto más hay de una cosa, menos hay de otra. Por contraste cuando la situación es tal que cuanto más hay de algo, más hay de cualquier otro elemento, se obtiene una cadena de retroalimentación positiva o una “escapada”. En una máquina de vapor si el regulador automático estuviese construido de tal modo que cuanto más divergieran los brazos, más aumentará el abasto de vapor, ésto haría que la máquina funcionará más y más rápidamente, hasta agotar la cantidad disponible de vapor o romper el volante. Una tercera posibilidad sería alguna forma de freno externo: por ejemplo representantes del siguiente sistema (los maquinistas) llegaron a impedir una descompostura deteniendo la máquina (Hoffman, 2001).

El antropólogo vio el potencial de este modelo al explicar los comportamientos que había observado mientras se encontraba estudiando la cultura iatmul. En particular pudo analizar ahora la desconcertante ceremonia de Naven como si fuese un rizo de comportamientos que mantenían dentro de sus límites ciertas variables del sistema social.

Hasta entonces había visto dos formas en que podían operar los procesos de desviación; una secuencia autoestabilizadora, tipificada por el naven y en cambio una intensificación que conducía a la destrucción del sistema. Pero existe una tercera posibilidad, a saber, que una escapada o intensificación ponga en acción un salto que pueda transformar a todo un sistema. Bateson estaba buscando factores que controlaran las potenciales escapadas de la esquismogénesis, pero comprendió también que los procesos esquismogénicos podían ser útiles para romper una estabilidad inapropiada, caduca o enfermiza (Bateson, op.cit.).

Retomó las ideas de Ashby (1977) con respecto al cambio en los sistemas de su estado estático, dicho autor llamó cambios de primer orden a las respuestas correctivas o a las fluctuaciones menores y cambios de segundo orden a las respuestas, a las diferencias radicales del medio. La analogía empleada más a menudo para ilustrar esta distinción es el conocido termostato casero.

Bateson (op.cit.) aplica estas ideas en la sociedad iatmul, en la cual una variable de importancia crucial era una rivalidad intensa. A falta de toda estructura jerárquica para resolver conflictos, había de permanecer relativamente parejo el equilibrio del poder entre clanes. Si uno de los clanes obtenía una ventaja, así fuese pequeña, ésta había de ser contrarrestada antes de que comenzara una intensificación que pudiera salirse de todo control. La ceremonia total de Naven podía verse como cambio de primer orden, que sustituiría los cambios complementarios por intensificaciones simétricas. Como los primeros son incompatibles con las segundas, bloquearían eficazmente el desarrollo de escapadas simétricas, manteniendo el statu quo.

La escisión es un cambio de segundo orden que brota cuando los temas complementarios son incapaces de contener la intensificación de una beligerancia mutua. Entre los iatmul, un grupo se apartará a formar su propia aldea siempre que las tensiones lleguen a cierto punto. Ellos mostraran tendencia a extenderse mediante una proliferación de pequeños brotes, cada uno semejante al cuerpo parental, pero no conectado con él. De esta manera sobrevive la sociedad iatmul. Por desgracia el efecto contrarrestante de la desviación en un circuito autoestabilizador que creara un cambio de primer orden es de doble filo. La ceremonia de Naven confirma al grupo en sus modos antiguos y establecidos y al hacerlo tiene implicaciones de gran escala para el debilitamiento del grupo, debido a la falta de flexibilidad y el riesgo de error.

La fundación Macy le financia el proyecto denominado “Paradojas en la comunicación” (1952-1962). La libertad que tiene para investigar le permite continuar con la introducción de la

cibernética y conceptos de otras disciplinas en las Ciencias Sociales ahora retomando los conceptos abordados en las conferencias Macy a fin de elaborar una teoría general de la comunicación. Asimismo las facilidades otorgadas le permitieron conformar un grupo con científicos de diversas disciplinas tales como la química, la psiquiatría, la comunicación, la antropología; representados por John Weakland, William Fry, Don Jackson, Jay Haley y Paul Watzlawick (Brockman, op.cit.).

El propósito del proyecto encabezado por Bateson era clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. El grupo de investigación se interesó por el comportamiento animal, paradojas, hipnosis, juego, pautas de la transacción esquizofrénica y neurótica, naturaleza del juego y del humor (Bateson, op.cit.).

Este equipo de trabajo se dividió en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar. El trabajo experimental se orientó a estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo, llevó a cabo sus investigaciones etológicas en el zoológico de San Francisco California así como también en la clínica de veteranos en Palo Alto California con la intención de encontrar las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y no sintomáticas. Señalaron que dado que la familia es el contexto básico del aprendizaje de los seres humanos, quizá hubiese moldeado esas formas peculiares esquizofrénicas por vía de los peculiares requerimientos de comunicación que se le imponían al individuo; es decir, lo que se denominaba desorden era una manifestación ordenada que tenía sentido en la familia o en otros marcos sociales de los que surgía. Así la familia podía fomentar y exigir que el paciente mostrará un comportamiento irracional; ésto se reflejaba por la oposición familiar ante el cambio del ser querido esquizofrénico. La gama de comportamiento familiar limitada hizo pensar al grupo, que la familia era una entidad que podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético, por su propósito de mantener el equilibrio, y su comportamiento como sistema, pues tenían mayor pauta en sus comunicaciones, más redundancias de lo que se habría podido esperar si estas comunicaciones fueran gobernadas por el azar; así las pautas de comunicación en familias sintomáticas eran más rígidas que en familias en las que nadie tenía síntoma. Las comunicaciones y comportamientos empezaban a verse como una totalidad de rizados causales circulares que avanzaban y retrocedían y el comportamiento del esquizofrénico, tan sólo, como una parte de la danza general recurrente (Bateson, 1977).

Este grupo, desarrolló aproximadamente 100 publicaciones sobre sus hipótesis, resultados, y propuestas teóricas. Dentro de los más importantes encontramos los artículos: "*Una teoría del juego y del fantasma*" (1955) y "*Hacia una teoría de la esquizofrenia*" (1956) este último refleja los comienzos de la famosa y controvertida teoría del doble vínculo que hace referencia a la forma particular que tienen para comunicarse las familias con un miembro esquizofrénico, dentro de un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación; dichas interacciones en algunas circunstancias pueden provocar las respuestas conocidas en su conjunto como esquizofrenia. Una doble atadura, es pues una comunicación a muchos niveles, en que una demanda manifiesta en un nivel es solapadamente anulada o contradicha en otro nivel, por ejemplo: "Domíname", la persona a la que se dirige el mensaje sólo puede dominar "obedeciendo", lo cual es lo opuesto de la dominación por lo tanto es imposible responder a semejante petición. Si dividimos esta paradoja en sus dos niveles:

1. El manifiesto deseo de someterse, contradicho por
2. La orden implícita o explícita de que se obedezca

El mensaje de mando es de un tipo lógico superior al mensaje informado, porque específica quién fija las reglas para la subclase de comportamiento permisible. La única manera en que se puede responder a tal petición es señalando cuán imposible es burlarse de ella o

abandonar el campo. Pero cuando no es posible ninguno de estos dos cursos y cuando se impone la confusión entre niveles de informe y de mando, como una especie de confusión en la mente de receptor del mensaje, entonces puede surgir lo patológico, para ello es necesario que se presenten las siguientes condiciones:

- * Una orden negativa primaria: "No hagas eso".
- * Una orden negativa secundaria a otro nivel, que entra en conflicto con el primero: No atiendas a nada de lo que digo" (quizá dada por el tono de voz o el modo de hablar).
- * Una orden que prohíbe todo comentario (generalmente claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario explicitar) y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo (a menudo dada por el contexto, como cuando la persona es un niño).
- * Una situación que parece de importancia, para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes.
- * Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

Las interacciones en este tipo de familias, se caracterizan por una comunicación con continuos mensajes opuestos y contradictorios; confirma la existencia de un metalenguaje o conducta ubicada en un nivel más elevado de abstracción y recurrente ésto le permite ubicar la enfermedad en el contexto de la relación de todos los miembros y no como resultado de un problema personal. Con estos aportes se crea un marco de referencia nuevo para describir los síntomas esquizofrénicos y la experiencia del esquizofrénico en su familia. Los autores concluyen que aunque la situación del doble vínculo es un componente necesario de la esquizofrenia, no es suficiente para explicar la etiología de la misma (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Incorporando los principios de la Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas, además de sus propias investigaciones los integrantes del MRI asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar por ende su orientación se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar.

Todo ello constituye el contexto propicio para que se formule la nueva teoría de la comunicación en la que se sostiene que la comunicación es un comportamiento o conducta que afecta a las personas en su interacción. Watzlawick, Beavin y Jackson (1989) señala en su teoría los siguientes axiomas:

- ⊗ Toda conducta es comunicación, incluso la conducta cero, pues ésta existe dentro de un contexto que le da significado.
- ⊗ Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (información-mensaje) y un aspecto relacional (cómo debe entenderse), este último permite clasificar al primero y es por lo tanto una metacomunicación. La comunicación genera un compromiso e impone conductas en los que interactúan, entre más sana es la relación comunicacional más se pierde el aspecto relacional; y entre más enferma sea la comunicación, más lucha habrá en lo relacional. El aspecto informativo se vuelve cada vez menos importante.
- ⊗ La relación comunicacional que se establezca como una serie ininterrumpida de intercambios dependerá de la puntuación que cada comunicante haga de las secuencias de comunicación. Como la puntuación es idiosincrática es frecuente que el desacuerdo en las puntuaciones origine diversos conflictos en las relaciones humanas.
- ⊗ Existen dos tipos de comunicación que los seres humanos emplean, la digital (verbal) y la analógica (no verbal). El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada al campo de la relación mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca a la naturaleza de la relación.

⌘ Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

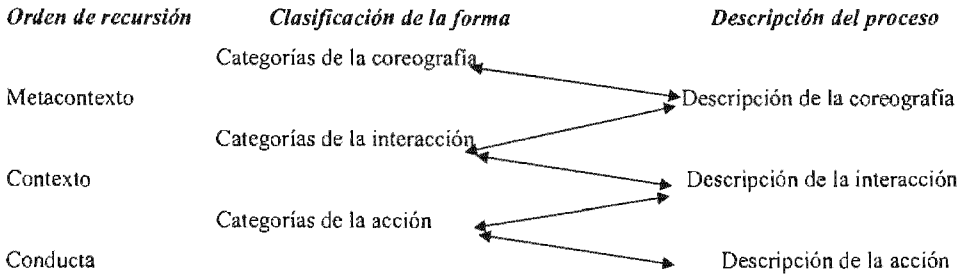
En 1962 el proyecto de Bateson concluye, él abandona la psiquiatría pues decide retomar sus estudios sobre la comunicación animal, en 1963 se instala en las islas vírgenes para dirigir un laboratorio y de esta forma reiniciar sus investigaciones sobre el comportamiento comunicacional de los delfines, posteriormente en 1964 viaja a Hawai para continuar sus investigaciones sobre los cetáceos. Desarrolla su teoría sobre los distintos niveles de aprendizaje y acuña el término de deuteroprendizaje para referirse al término de aprender a aprender (Winkin, 1984).

Escribe su libro: *Pasos hacia una ecología de la mente*, que se publica en 1972, en él recopila sus investigaciones, inicia con los famosos metálogos o diálogos imaginarios entre un padre y su hija, aborda temas tales como: forma y pauta en antropología, forma y patología en las relaciones, biología y evolución, epistemología y ecología y crisis en la ecología de la mente (Bateson, 1998).

Escribe también en colaboración con su hija, *Espíritu y naturaleza* publicado en 1979. En él cuestiona la simple y tradicional forma de pensar inculcada, que nos hace creer que las pautas son algo fijo, lineal pero carente de significado por ignorar el contexto. Propone una nueva epistemología, descartando los términos de materia y sustancia, enfatizando los conceptos de forma, relación, orden y pauta, presentes en todo organismo vivo. Con esto propone una concepción totalizadora sobre la naturaleza del orden y la organización de los sistemas humanos, averigua cuál es el patrón que explica la comunicación, la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes, y marca una diferencia entre el mundo de la física con las máquinas y el mundo de la comunicación con los seres vivos; diciendo que en este último, no sólo la fuerza sino también la información y las relaciones son importantes y plantea la necesidad de una nueva gramática, un nuevo lenguaje descriptivo, recursivo, para dar cuenta de lo que acontece en el mundo vivo, ya que en él no es posible asignar a una parte, una influencia causal ante otra o establecer en absoluto marcadores lineales (Bateson y Bateson, 1980).

Comprende que existe una mente más amplia de la cual la mente individual es sólo un subsistema, la primera está interconectada con el sistema social y éste a su vez con la ecología planetaria, para describir cómo todos los elementos se mueven conjuntamente en un proceso, emplea el concepto de recursividad que se refiere a la distinción de una distinción y es posible sólo si se da un salto en el orden de abstracción, su utilidad es que permite describir la acción simple, la acción fusionada con otra acción a fin de crear la descripción de la interacción.

Los ordenes de recursión del análisis epistemológico de Bateson (op.cit.) se dan en una escala que asciende en zigzag de la dialéctica entre la clasificación de la forma por un lado y la descripción del proceso por el otro. Para explicarlo retoma el paradigma de la tipificación lógica pero por emplearlo con un reino más abstracto en lugar de hablar de jerarquía de clases habla de una jerarquía de ordenes de recursividad. De esta manera, deberíamos considerar que las realidades de la experiencia son construidas dentro del dominio de la descripción de una dialéctica de proceso y de forma, que va de ordenes simples de recursión a otros más complejos, lo anterior puede diagramarse de la siguiente forma:



Entendiendo que la construcción de la realidad no se limita a la percepción sensorial sino que va más allá a un nivel de abstracción de orden superior que permite al observador conocer al mundo participando en una dialéctica recurrente entre los sistemas abstractos creados por él y la forma en que sus sentidos tienen contacto con ese mundo. La manera de ver el mundo deriva entonces de las distinciones que el observador marca en él, es decir, de la base del aprendizaje y aprehensión del mundo que posea y de la puntuación que trace, esto quiere decir que el mundo es según el color de los lentes con que se le mire y nuestra realidad la que cada uno construye estará en función de la puntuación por eso no se habla de un único mundo sino de varios mundos posibles. El modelo bicameral propuesto por el antropólogo permite explorar dimensiones totalmente nuevas y ventajosas que posibilitan la revisión, desde otra postura; dimensiones que siempre han estado ante nosotros y sin embargo nunca habíamos visto. En terapia estos avances hicieron posible abandonar el modelo caduco y adoptar el propuesto por Bateson, a fin de organizar el cambio de sistemas de una nueva y mejor manera, entendiendo que el terapeuta no es ningún agente libre que actúa sobre un sujeto libre, el cliente o la familia; sino que ambos, forman parte de un campo en que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles por que cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico (Bateson, op.cit.).

En 1980, Bateson muere a causa de un cáncer de pulmón, sus aportaciones a la ciencia pueden resumirse con los siguientes puntos:

- ✓ Fue de los primeros científicos de las ciencias sociales que comenzó a utilizar los desarrollos de la cibernética para conceptualizar y dar una explicación al comportamiento humano.
- ✓ Mostró la utilidad de ideas de diversas fuentes para entender los procesos de comunicación incluso patológica.
- ✓ Introdujo la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético.
- ✓ Al considerar la explicación cibernética como el avance intelectual de la época y retomarlo en sus investigaciones hizo posible que la terapia psicológica considerará otros aspectos.
- ✓ La necesidad metodológica a la que se enfrenta le hace proponer conceptos útiles en distintas disciplinas, tales como, relación, interacción, contexto y recursividad.
- ✓ Desarrolló la teoría del doble vínculo.
- ✓ Independizó a la psicología del psicoanálisis al definir los síntomas como conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos.
- ✓ Propuso la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación.
- ✓ Sus investigaciones le permitieron hablar de un "metalenguaje" o patrón recurrente clasificado en un orden superior.
- ✓ Es trascendente su aportación para la fundamentación epistemológica de la práctica terapéutica y la descripción de los síntomas.

- ✓ Con su nueva epistemología proporcionó una reorientación filosófica en las ciencias humanas.

La Epistemología Sistémica en la Psicología: de lo intrapsíquico a lo interpersonal

La psicología como ciencia de la conducta humana, ha ido desarrollando sus teorías acerca del cómo, cuándo y por qué sobre el proceder de los seres humanos y con base en ello también ha diseñado los procedimientos terapéuticos para lograr sus objetivos. Es por eso que alrededor de los años 50 la insatisfacción clínica, la limitación en sus resultados y la lentitud de la psicoterapia individual, entre otras, se convirtieron en razones profesionales para buscar una opción más idónea en la psicología.

Mención aparte merecen las implicaciones de la nueva epistemología sistémico-cibernética que permitieron ampliar la visión del mundo en las ciencias interesadas en el comportamiento humano, específicamente en la psicología se dio importancia al contexto en el que se producen las interacciones humanas, es decir se comenzó a estudiar a las personas como totalidades.

Algunos de los pioneros en la terapia familiar fueron: Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington; Lyman Wynne y Margaret Singer en los Institutos Nacionales de Salud mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y Edward H. Auerwald en la Escuela de Wiltwick, en el Estado de Nueva York; Ivan Boszomenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale y Gregory Bateson, Donald de Ávila Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto California. Sólo por mencionar algunos pues ellos, sus colaboradores y muchos otros, en ciudades por todos los Estados Unidos llegaron a ser la espina dorsal del nuevo y creciente movimiento de ideas y prácticas, como a continuación veremos (Hoffman, op.cit.).

Ya antes con la teoría psicoanalítica se había hablado de la posible intervención del contexto y de las relaciones vinculares con la madre para el surgimiento de la represión, no obstante se continuaba con explicaciones lineales. La psiquiatría también empezó a ampliar su espectro de visión en la esquizofrenia, hablo entonces no de individuos psicóticos sino de diadas madre-hijo patológicas luego incluyó al padre y posteriormente hizo referencia al contexto patológico.

John Bell fue quien acuñó el término de terapia familiar para designar una nueva modalidad terapéutica que trabajaba con la familia como unidad de tratamiento (Jones, 1980).

De esta manera fue proliferando el interés por las interacciones familiares como modelo explicativo-curativo de las enfermedades, el desarrollo de este nuevo enfoque de terapia familiar, aunado a la nueva epistemología sistémica tomó fuerza a partir de la segunda guerra mundial.

Como ya dijimos uno de los primeros en incluir en su enfoque terapéutico al medio social en el que se desenvuelve el paciente, fue el psicoanalista Nathan Ackerman quien con su terapia integrativa crea un puente entre la terapia de orientación intrapsíquica y la terapia de sistemas. En 1937 publica *La familia como unidad social y emocional*, en 1956 *Dinámicas de la terapia familiar*, posteriormente en 1958, *La psicodinamia de la vida familiar*; en ellos señala la importancia de la participación familiar en el tratamiento de los desordenes emocionales. En 1961, en colaboración con Don Jackson fundan la revista *Family Process*, en 1965 crea en Nueva York el Instituto de la Familia con el objetivo de brindar atención a bajo costo y formar terapeutas.

En la misma línea de ideas Murray Bowen (1989) psiquiatra infantil desarrolla la teoría familiar de sistemas y la diferencia de la Teoría General de los Sistemas, define a la familia

como un sistema que involucra variables emocionales o fuerzas que subyacen su funcionamiento y variables relacionales, que determinan el modo cómo se expresan las emociones. De 1946 a 1959 investiga la hipótesis simbiótica con pacientes esquizofrénicos y sus madres y deriva la idea de que muchas de las enfermedades emocionales se desarrollan en tres generaciones donde existe una estrecha interdependencia entre sus miembros. En 1959 funda el centro de la familia en Georgetown. Sus propuestas indujeron al estudio de la familia del terapeuta aspecto que no se había considerado hasta entonces.

De manera gradual la epistemología sistémica fue suministrando a la terapia familiar una base teórica única y distinta de la terapia intrapsíquica tradicional, cada desarrollo afecto y se vio afectado por diversos profesionales, esto se manifiesta claramente en uno de los terapeutas que realizó importantes aportaciones al enfoque sistémico, Milton H. Erickson quien nació en 1901, a los 21 años comenzó sus experiencias con hipnosis consiguiendo curas milagrosas. En 1957 fundó la Asociación Americana de Hipnosis Clínica y en 1958 inició la publicación de la revista Americana de Hipnosis Clínica. Fue original en cuanto a sus intervenciones, tales como la paradoja terapéutica con la que fomentaba un síntoma y sutilmente introducía un cambio cortado a la medida del paciente, así como también fue asombrosa la poca importancia que prestaba al pasado y al marco de las relaciones del problema. Muere en 1980 y hereda su estilo terapéutico basado en las directivas mediante hipnosis que luego retoman los que desarrollan las terapias estratégicas (Haley, 1986).

Con todo esto podemos darnos cuenta de que en la Psicología se estaba conformando una nueva fuerza epistemológica alejada tanto de los modelos intrapsíquicos como de los paradigmas objetivos tradicionales; esta transición en conjunción con la nueva epistemología, facilitó el interés por estudiar al individuo en interacción.

Tal es el caso de otro de los grandes iniciadores de la Terapia Familiar Sistémica, el médico, psiquiatra y analista Donald de Ávila Jackson, quien desde 1951 comenzó su trabajo con familias, de 1954 hasta 1959 formó parte del equipo de Bateson con él participó, entre otras, en las publicaciones: *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (op.cit.) y *La pregunta de la homeostasis familiar* (1957). En 1959 acuñó los términos: homeostasis familiar y doble vínculo; se interesó en aplicar las investigaciones sobre comunicación en la terapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, es decir, un sistema cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento, son alimentadas para corregir la respuesta del sistema. En ese mismo año fundó el "Mental Research Institute" (MRI) junto con Jules Riskin y Virginia Satir en el cual además de formar terapeutas familiares, trabajaron con familias a las que denominaron sistemas homeostáticos que se encuentran siempre en equilibrio interno gracias al fenómeno de retroalimentación negativa. En 1961 en colaboración con Ackerman fundan la revista "Family Process". En 1961 Jay Haley, Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch y Arthur Bodin se integran al MRI (Hoffman, op. cit.).

La orientación del MRI se centró en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorporó principios de la Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas. Sus integrantes asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar. Consideran que debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados, tales como la familia. Sostienen que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo. Don Jackson muere en 1968.

Como podemos darnos cuenta en la psicología se pasó de un enfoque individual a un enfoque familiar que se fundamentó en una epistemología sistémica como se señala en el siguiente cuadro, retomado del seminario de terapia estructural impartido por la Dra. Espinosa Salcido (2001).

Enfoque Individual	Epistemología Sistémica
El individuo es considerado como un sistema cerrado	El individuo es considerado como un sistema abierto
Predomina la causalidad lineal	Predomina la causalidad circular
El foco de estudio es la psicopatología individual y los procesos intrapsíquicos	El foco de estudio es la interrelación y los procesos comunicativos
Se presta escasa atención al contexto	El contexto es parte fundamental de sus estudios
Destaca el interés por el pasado	Su interés es el presente, la situación actual
El terapeuta es sólo observador de los problemas	El terapeuta es parte del contexto y como tal afecta al sistema
Se vale de la interpretación e intuición	Se interesa en las interacciones, los recursos y cómo aflorarlos para contribuir al cambio terapéutico

Cibernética

La cibernética ha sido definida por Wiener (1982) como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina, y entendida como una teoría de los sistemas de control basada en la comunicación (transferencia de información) entre sistema y medio circundante, y dentro del sistema y en el control (retroalimentación) del funcionamiento del sistema en consideración al medio. Cibernética del griego *Kybernetikée*, es un término que significa el arte de gobernar, en sentido amplio la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y los patrones de organización (Keeney y Ross, 1985).

La cibernética también puede ser comprendida como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio (Sluzki, 1987).

El valor de la cibernética como referente conceptual de la terapia familiar es muy grande y hablar de ello implica reseñar su desarrollo en tres niveles de complejidad: cibernética de primer orden (sistema observado) que incluye a la primera cibernética y a la segunda cibernética; y la cibernética de segundo orden (sistemas observantes). A continuación describo a detalle lo que entiendo por cada una de las cibernéticas y señalo cómo influyen en la Terapia Familiar Sistémica.

Cibernética de primer orden

Primera Cibernética

Wiener (op.cit.) contribuyó en la conformación de esta nueva epistemología sistémica de las ciencias humanas, al presentar en 1948 la teoría cibernética. Wiener nació en 1894 en Estados Unidos, de origen judío destacó en sus estudios como matemático, también se doctoró en filosofía y se desempeñó como profesor en el Instituto Tecnológico de Massachusetts Estados Unidos.

Nutrido por los desarrollos de la nueva física e inquietado por la idea de que la realidad no podía ser explicada con modelos lineales, se interesó por combinar la matemática con la comunicación y el control humano sobre las máquinas; sus aportaciones fueron posibles porque en la física ya no se hablaba de certezas sino sólo de probabilidades.

Su participación en la Segunda Guerra Mundial en lo referente al control de la optimización de los disparadores antiaéreos y la transmisión eficiente de mensajes codificados a través de complejos sistemas de comunicación, le permite utilizar el principio de retroalimentación para referirse a un mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño; de esta manera la información sobre los efectos retroactúa sobre las causas, convirtiendo el proceso de lineal en circular y abriendo la posibilidad de corrección del error (retroalimentación negativa). A partir de lo anterior, sostiene que los sistemas operan para mantener su organización.

Como puede observarse el interés de Wiener (op.cit.) fue conocer la complejidad de su objeto de estudio, es decir, lo que es y cómo se comporta la máquina, para ello propuso un modelo matemático de mayor amplitud y dinamismo que le permitió cuestionar todos los modos posibles de comportamiento de una máquina cualquiera, rescatando la interconexión entre los factores que la conforman.

Los propósitos de la cibernética, a decir de Ashby (op.cit.), fueron los siguientes:

- Desarrollar un lenguaje propio de las máquinas para que el hombre pudiera enfrentar sus problemas de comunicación y regulación.
- Establecer los principios generales de regulación de sistemas de todo tipo.
- Estudiar los procesos de comunicación y control en sistemas naturales y artificiales.
- Establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.
- Ofrecer un vocabulario único y un único conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas.
- Brindar un conjunto de conceptos con correspondencia exacta en cada rama de la ciencia a fin de ponerlas en relación exacta.

Los términos claves de esta teoría fueron:

- Organización o sistema: Conjunto de elementos cualitativamente diferente a la suma de sus partes que mantienen relaciones entre sí y forman estructuras únicas, dinámicas y complejas. Se denominan sistemas abiertos cuando la retroalimentación y las correcciones provienen de diversos puntos, se les llama sistemas cerrados cuando la retroinformación proviene de un solo punto.
- Orden: Surge a través del control reduciendo o ampliando ciertos aspectos, empleando como método la retroalimentación.
- Información: Lleva implícito el concepto de retroalimentación, cuyo planteamiento puede entenderse de la siguiente forma: B afecta a A y éste a su vez afecta a B, en un círculo de eventos que se afectan y modifican unos a otros.
- Retroalimentación o regulación: Mecanismo que permite controlar un sistema. Puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple o bien a un proceso de orden superior cuando reintroduce en el sistema la información sobre los resultados de su desempeño pasado para autocorregir sus errores, autorregularse y preservar-cambiar su organización. La cibernética sugiere que puede entenderse todo cambio como el empeño por mantener cierta constancia y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.

- Entropía: Tendencia inevitable al desorden, gasto o dispersión irreversible de energía.
- Entropía negativa o negentropía: Tendencia al orden o proceso tendiente a revertir la entropía.

Con todo ésto Wiener mostró una serie de paralelismos entre la máquina, el cerebro y la sociedad, de este modo reformuló la mancha de entender los procesos biológicos y sociales, planteando la Cibernética (de los sistemas observados) como la ciencia que estudia la comunicación y el control entre sistema y medio circundante y ofreciendo con ello un lenguaje común a través del cual los avances en una ciencia pudiesen emplearse en otra disciplina con gran fluidez y simplicidad.

Es importante señalar la distinción que hace entre el comportamiento animal y humano, si bien acepta que ambos son sistemas abiertos, reconoce que manifiestan rigidez y fluidez, respectivamente. Destaca en el humano la capacidad que tiene para adaptarse a su entorno realizando ajustes y la posibilidad de aprender, que implica transformaciones propias.

El aporte central de la primera cibernética es el referente a los procesos de corrección de la desviación (neutralización de la desviación), es decir, la retroalimentación negativa en los sistemas para mantener su organización (procedimiento autocorrectivo que optimiza la homeostasis) y la negentropía su principio ordenador.

Segunda Cibernética

En 1963, Magoroh Maruyama (1963) definió esta etapa como segunda cibernética, considerando que los sistemas vivientes dependen para su supervivencia de dos procesos: la morfostasis y la morfogénesis. Entendidas como el mantenimiento de la constancia del sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa y variaciones del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva, respectivamente.

Aunque el énfasis en este momento de evolución de la cibernética se pone en los procesos de amplificación de la desviación, retroalimentación positiva y los procesos de cambio; Maruyama subraya la dialéctica estabilidad-cambio, es decir, puntualiza que en los sistemas, los procesos de retroalimentación positiva y retroalimentación negativa se equilibran mutuamente, con ello ofrece una visión homeodinámica de los procesos sistémicos.

En la segunda cibernética también fueron importantes las contribuciones del físico Ilya Prigogine y Stengers (1983) con respecto al "orden mediante la fluctuación", a partir de ello se empieza a considerar que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos. De este modo, si las desviaciones o fluctuaciones se mantienen o adquieren intensidad y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, se produce una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización, es decir una nueva etapa evolutiva del sistema.

A partir de lo anterior podemos decir que en esta segunda etapa de desarrollo del pensamiento cibernético la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación positiva -procesos favorecedores del cambio-, adquieren un nuevo estatus, pues son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

En la cibernética de primer orden o cibernética de los sistemas observados se considera que el observador, es como una cámara que registra lo que ocurre afuera sin rendir cuentas de su propia participación en el proceso de observación.

Cibernética de segundo orden

El avance en las ideas de la cibernética experimenta un giro al continuar estudiando los procesos recursivos e incluir a la misma cibernética como objeto de estudio. En 1961 el neurofisiólogo Warren Mc. Culloch, Humberto Maturana y Heinz Von Foerster cuestionan la neutralidad del observador y la objetividad científica como requisitos indispensables para una epistemología de los sistemas vivos (Von Foerster, 1981).

En 1972, Margaret Mead Presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética habla de una cibernética de la cibernética para referirse a la inclusión que esta ciencia hace de sí misma como otro de sus objetos de estudio dado que estudia los procesos recursivos. Posteriormente el físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster cambia este nombre por cibernética de segundo orden o cibernética a la segunda potencia, o cibernética de los sistemas observantes en la cual el observador se incluye dentro del sistema que observa y da cuenta de su propia participación en el proceso de observación, ya que es parte de él y necesariamente afecta lo que observa.

Von Foerster (op.cit.) define la posición epistemológica del observador, ya sea que éste considere la existencia de una realidad trascendente a ser descubierta o se defina como inventor o constructor de la realidad observada, de este modo, lo único que puede hacer el observador, es hablar de sí mismo, ello lo lleva a sugerir modificaciones a la frase de Alfred Korszyski (1956) "el mapa no es el territorio" por: "el mapa es el territorio", dando así énfasis, a una epistemología que da cuenta del observador.

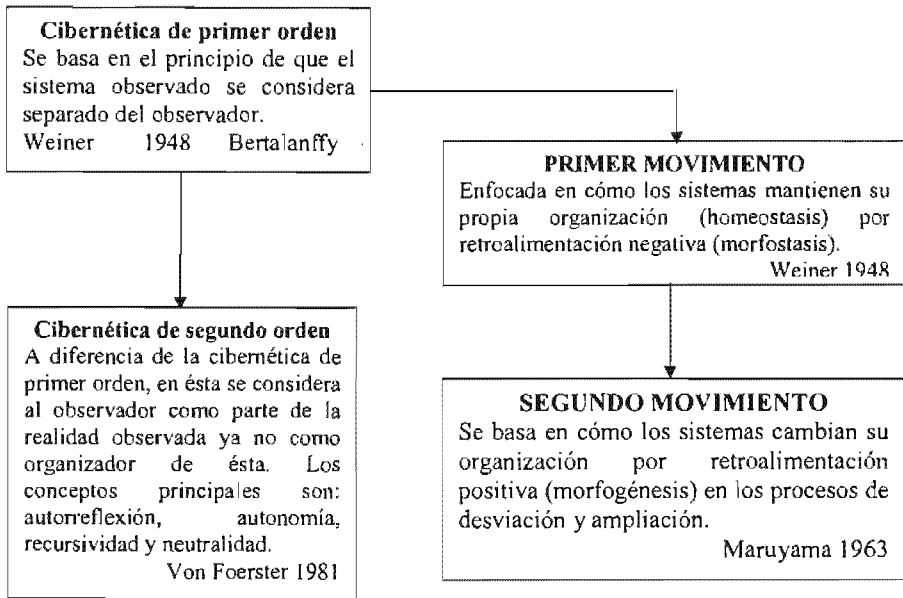
Así la cibernética de segundo orden nos introduce en la observación del observador, el objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación y como dijimos al principio, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética (Eguiluz, op.cit.).

La atmósfera de los modelos de la cibernética de segundo orden y su premisa básica: "el observador participa en la construcción de lo observado", enfatiza que el observador siempre observa con los lentes de su experiencia y que invariablemente pone algo de sí mismo en lo observado. De esta forma deja claro el rol del observador en la construcción de la realidad observada, asimismo apoya la idea que Bateson (1998) ya formulaba "creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad externa... sino porque seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos" p.7.

Es importante señalar que la percepción siempre es selectiva, por tanto se verá sólo una parte de un todo pues a cada quien le interesan más ciertas cosas que privilegia. Además cabe resaltar que siempre que se ve un objeto, se ve con los ojos de la propia historia, de la ideología aceptada, de la cultura en que se vive, de la experiencia, de la emotividad e intereses propios; sólo así puede verse el objeto. Por ello se dice que no hay observación pura, pues toda la observación está supeditada por nuestro bagaje, el cual nos condena a ver las cosas como se ven.

La evolución que se dio en la cibernética puede observarse en el siguiente esquema.

Mapa de la cibernética de Carlos Sluzki (1985)



En la misma línea de ideas el biólogo Humberto Maturana realiza investigaciones sobre la distinción cromática en la percepción de los colores, plantea la imposibilidad de distinguir entre percepción e ilusión y considera que para explicar los fenómenos de la percepción es necesario entender cómo opera el sistema nervioso. Define este operar como una red de cambio circular cerrada, que se da entre las relaciones de los elementos que participan en la actividad neuronal.

En 1972 en colaboración con Francisco Varela publica el libro: *Autopoiesis: La organización de lo vivo*. En él acuñan el término autopoiesis para referirse a la organización que define y constituye a los seres vivos. Sostiene que un sistema autopoietico es una unidad compuesta cuya organización puede ser descrita como una red cerrada de producciones que en sus interacciones constituyen la red de producciones que los producen y especifican su extensión al constituir sus fronteras en su dominio de existencia.

A partir de sus investigaciones Maturana desarrolla una teoría de la autoorganización de los seres vivos y la explica en su libro: *El árbol del conocimiento* publicado en 1982, en él señala que lo que hace a los seres vivos, sistemas autónomos es su organización autopoietica y los seres vivos existen en tanto se realizan como sistemas autopoieticos moleculares. Dice que los seres vivos son sistemas determinados por su dinámica estructural, de esta manera el ser humano sólo puede actuar desde sí mismo. Señala que la coincidencia existente entre un ser vivo y su circunstancia se debe a que la dinámica estructural de éste es concordante con el medio en el que opera debido a que el ser vivo tiene una estructura plástica que cambia en congruencia con la estructura del medio a través de un mecanismo de acoplamiento estructural, que permite que los sistemas cambien juntos en sus interacciones recurrentes.

La nueva epistemología de los sistemas vivos implica una explicación del mundo que si bien revela características de él, también refleja características del observador, dado que enfatiza la totalidad y no los elementos en aislado, es decir, pone el acento en la interacción entre el observador y el sistema observado y el contexto donde esta ocurre; de esta forma se rompe con el paradigma tradicional de conocimiento y la objetividad así como la existencia de una única realidad queda descartada. En su lugar Maturana (1997) desarrolla lo que él llama la ontología del observador a partir de la cual muestra que el explicar científico no hace referencia a una realidad independiente del observador pues éste construye algo que ya existe en él y lo del exterior es sólo un disparador, por lo tanto, no se requiere el supuesto de tal realidad dado que ésta es sólo una proposición explicativa. Recomienda poner la "objetividad" entre paréntesis, ya que lo que el observador explica, es su experiencia, originada de su operar como ser vivo en el lenguaje.

Así el observador es parte de lo que observa y necesariamente afecta toda descripción de observaciones las cuales son una descripción acerca de quien genera esta descripción, las implicaciones de estas ideas repercuten enormemente en toda teoría y práctica.

La epistemología es pues un proceso activo y personal, un proceso que se mueve en espiral y que está vinculado por relaciones de interdependencia con el contexto en el que se desarrolla ya que lo que uno percibe es resultado de cómo participa uno en el acto de percibir, lo que a su vez es resultado del contexto social en el que está uno inmerso.

Maturana (op.cit.) destaca que la (objetividad) no corresponde a lo subjetivo sino que implica un darse cuenta de que no se puede distinguir entre ilusión y percepción, además de aceptar la inaccesibilidad a una realidad trascendente para validar las explicaciones; y reconocer que lo que la investigación generará será mundos experienciales.

Las aportaciones de los representantes de la cibernética de segundo orden permiten comprender las relaciones humanas desde una perspectiva distinta a la tradicional al reconocer que ningún ser humano tiene un acceso privilegiado a la realidad, pues ésta sólo se explica a partir de la experiencia del observador y su observar, por tanto cada dominio experiencial y su respectivo dominio explicativo son legítimamente válidos y respetables aunque pueden no ser deseables.

El ser humano no es parte del universo sino que participa en un multiverso considerado éste como el conjunto de todos los dominios de realidad que surge de nuestras distinciones y explicaciones. En el multiverso cada realidad, es decir, cada dominio explicativo de la experiencia es legítimo pero cada uno, es siempre responsable por las consecuencias de cada uno de sus actos (Elkaim, 1996).

La cibernética de segundo orden realza la influencia del observador como constructor de realidades de otros y abre un espacio para la reflexión sobre el propio comportamiento, la responsabilidad y la ética, su fundamento está en que la realidad "real" no existe y por lo tanto no puede describirse, sino inventarse, construirse.

La cibernética de segundo orden implica "tomar una posición", observar la operación de manera reflexiva, es decir, tener una visión de las visiones y explica cómo el observador se da cuenta de la forma como se relaciona con la operación y la influye. Permite ver que una interpretación de los hechos es sólo una entre muchas posibles versiones.

Su crítica se presenta como una forma totalmente diferente de conceptualizar nociones que nuestro sentido común había adoptado como evidentes o cuando menos incuestionables. Nociones como "lo real", "la objetividad", "el sujeto" o la "historia" son incluidos en esta corriente de pensamiento que reestructura nuestro pensar de "lo psicológico".

Como podemos darnos cuenta la cibernética, en diálogo fecundo con la biología, la filosofía, y la psicología social, generó una corriente que se consolidó con el nombre de

constructivismo, que subraya el papel activo del observador en la construcción de la observación, y al consenso como su refuerzo (Glaserfeld, 1989).

Una de las características fundamentales del constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención. A diferencia de la epistemología tradicional cuyo objetivo es "qué es lo que conocemos", el constructivismo se basa en una epistemología del observador, planteándose "cómo es que conocemos" en este sentido el conocimiento es un conocimiento del propio conocimiento.

El constructivismo es, como sugiere Von Foerster (op.cit.), una epistemología de la epistemología, es decir, una epistemología que debe dar cuenta de sí misma. Así se entendió al conocimiento como una idea compartida y a la realidad como una construcción mediante la cultura, el lenguaje y los consensos, aplicando los significados propios a nuestro mundo. Esta nueva epistemología facilita la conformación de la tendencia construccionista en diversas disciplinas dentro de ellas la Psicología, como veremos más adelante.

El surgimiento del construccionismo social

El construccionismo social al igual que el constructivismo confronta la idea modernista que propone la existencia de un "mundo real" que puede conocerse con certeza objetiva, pero a diferencia de éste, para el construccionismo social ni la mente ni el mundo tienen un estatus ontológico garantizado pues la construcción toma forma en el encuentro del organismo con el ambiente, ello implica la aplicación de significados en el mundo (endogénica) y no necesariamente la construcción relacional que el individuo elabora del mundo de experiencia (Hoffman, 1990).

Filósofos e historiadores comenzaron a construir una visión radicalmente distinta de la ciencia, que se distinguía por el énfasis de incluir dentro del proceso de generación del conocimiento a las prácticas y comunidades de científicos. Al principio las ideas del construccionismo social estuvieron agrupadas bajo el rubro del socialracionalismo, pues dicha epistemología intentó superar la dualidad objeto-sujeto desarrollando así una alternativa del funcionamiento de la ciencia y desafiando la idea del conocimiento como representación mental. El construccionismo social sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posee en su cabeza sino algo que la gente hace "junta" entre sí, pues el lenguaje es esencialmente una actividad compartida (Gergen, 1996).

El construccionismo social es sin duda la embanderada de uno de los golpes más letales que se hacen a la Ciencia de este tiempo y con ella a diversas ideas preestablecidas, para conseguirlo los construccionistas se fundamentan en lo siguiente:

1. La idea de que no es posible una representación verdadera y objetiva del mundo.
2. El lugar privilegiado que ha tomado el lenguaje como elemento de análisis y posibilitador de la construcción de nuestras realidades.

Gergen (1996) presenta los antecedentes del construccionismo social en tres grandes líneas críticas a la concepción racional o formal del conocimiento: la crítica social, que enfatiza la relatividad de perspectivas y el vínculo de éstas con el proceso social, y la reificación a través del lenguaje; la crítica ideológica de Hegel; y la crítica literario retórica, que intenta desmantelar el enfoque mimético del lenguaje y se encarna en el desconstruccionismo. Dichas críticas invitan a una reconsideración completa de la naturaleza del lenguaje y de su lugar en la vida social.

Además, las ideas del construccionismo social, se han alimentado de las siguientes aportaciones:

- ❖ **Hermenéutica:** Enfatiza el papel de los acuerdos lingüísticos, la concordancia entre sistemas de significado de una cultura y la interpretación. La interpretación no consiste en el descubrimiento de lo latente a través de lo manifiesto, sino en la producción de ciertos parámetros interpretativos. La actividad interpretativa no acontece en un vacío semántico, sino que está motorizada y a la vez restringida por una serie de matrices discursivas, ideológicas y culturales.
- ❖ **Dialéctica:** Útil para desarrollar la idea de que las contradicciones generan transformaciones, las fuerzas contradictorias generan conflictos que favorecen el avance de la ciencia.
- ❖ **Teoría crítica:** Permite emancipar las interpretaciones vigentes para dar lugar a la aparición de ideologías alternativas.

En suma, podemos apreciar que los puntos se van conjuntando para dar fin al mito de la realidad objetiva. A partir de ello, la teoría no intenta señalar las características del mundo tal cual es, sino que la misma responde a una convención social, un acuerdo, una construcción que es mantenida a través del lenguaje.

Bajo este nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades, éste deja de ser un medio donde se encierra una verdad objetiva y se le empieza a reconocer como una herramienta mediante la cual vamos construyendo la realidad, una realidad que dependerá de un acuerdo social.

Uno de sus presupuestos básicos es que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones y que, sobre una misma realidad, pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos.

Al hablar, vamos creando la realidad junto con nuestros interlocutores. Así es como, sobre la base de nuestra biografía, creamos y modificamos nuestra identidad, que retocamos permanentemente en virtud del contexto, de las circunstancias, de nuestra interacción y de las características y expectativas de nuestro interlocutor.

No se pretende conseguir una descripción única de la realidad, que sea a la vez objetiva, independiente del observador y que contenga toda la verdad y sólo la verdad.

La crítica literaria y la retórica ofrecen la noción de narrativa, que permite definir dónde tiene lugar el proceso terapéutico: el locus de las narrativas es el espacio virtual interpersonal (intersubjetivo), donde se entretajan las historias que constituyen nuestro mundo social. Por lo tanto, pensar y hablar en términos de narrativas evoca necesariamente un proceso consensual dinámico, conjunto de todos los participantes de la conversación, terapeutas y pacientes, equipo y red social. Esta visión se consolidó en el construccionismo social que fue incorporado como paradigma privilegiado por nuestro campo.

También en la obra de Derrida (1976), el lenguaje y más concretamente el texto, toman un lugar escénico fundamental. El trabajo de este autor va a dar lugar al surgimiento de formas prácticas como las que usan Michael White y David Epston (1993) y que más adelante veremos en forma detenida.

La Terapia Familiar Sistémica

El origen de la Terapia Familiar Sistémica como orientación psicológica se vio impulsado por el casi simultáneo desarrollo de la Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación. Puesto que de esas teorías se desprenden los conceptos fundamentales que dan origen a la nueva concepción de organismo y sus relaciones con el medio tanto físico como social; así como también brindan las bases para un nuevo modelo explicativo del ser humano.

La Teoría General de Sistemas contribuyó para que en la familia se observaran las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación, regla de relación, ordenación jerárquica y teleología (Ochoa, 1999). Así la familia fue considerada como una totalidad capaz de autorregularse, un sistema abierto que como tal se mantiene en constante interacción con su medio, a través de un circuito de influencia recíproca, es decir, un proceso de equilibrio dinámico, entre la estabilidad que permite la permanencia del sistema y el cambio que posibilita los ajustes necesarios para responder tanto a las modificaciones internas como externas.

El modelo Estructural fue una de las alternativas más importantes de la época temprana de la Terapia Familiar Sistémica. Minuchin, influido tanto por la Cibernética como por los elementos de la Teoría General de Sistemas, la antropología estructural de Levi-Strauss y por las prácticas centradas en familias de sectores marginales, desarrolló el supuesto de que los problemas estructurales de la familia y del entorno social significativo constituyen el problema. Como consecuencia de la formulación, este enfoque desarrolló metodologías para formalizar las relaciones entre subsistemas a través del trazado de mapas estructurales interpersonales, que a su vez devinieron en el punto de partida para desarrollar estrategias poderosas y de enorme influencia en el campo destinadas a modificar las relaciones familiares y extrafamiliares de poder y responsabilidad asociadas a muchos conflictos y síntomas (Hoffman, 2001).

En este contexto se concibe a la familia como un sistema separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Entendiendo que los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. Además permite entender que el sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos y la altera a través de sus procesos de morfogénesis.

Conjuntando los avances de la Cibernética hasta ese momento, de la Teoría General de Sistemas y de la Teoría de la Comunicación podemos decir que nos permitieron entender a la familia como un sistema cibernético compuesto por individuos que se comunican entre sí, que intercambian mensajes, que generan información, que se autorregulan por medio del procesamiento de información y la corrección de sus errores (retroalimentación).

Asimismo posibilitaron estudiar los problemas familiares en el aquí y ahora, observando muy de cerca la forma en que cada uno de los miembros del sistema interactúa, ya que la conducta de los individuos invariablemente afectará el comportamiento de los otros; por lo que el principal foco de atención en la terapia será la relación entre los miembros de una familia.

En la Psicología quienes operaban con una visión cibernética más ortodoxa, observaron los procesos interactivos sin otros supuestos más allá de los provistos por esta lente y centraron su actividad clínica en el desarrollo de estrategias para modificar las pautas interactivas que perpetuaban el problema, guiados por el supuesto de que los problemas son comportamientos que forman parte de secuencias de procesos interpersonales que contribuyen a mantenerlos. De ellas derivaron las terapias de tipo interaccional y estratégico.

Pasos subsiguientes pusieron el acento en las reglas y mitos familiares y a partir de ahí, en la generación de hipótesis acerca de procesos intergeneracionales explicativos y justificativos de los problemas actuales, es decir, el supuesto de que el problema motivo de consulta es una solución a otros problemas, generalmente intergeneracionales, lo que se acompaña de la recomendación de intervenciones de cambio o de no cambio. Subyacía a esta última estrategia el supuesto de que la recomendación de cambio es redundante, ya que la gente que consulta lo hace

porque ha tratado sin éxito de cambiar y esa redundancia genera estabilidad, en tanto que la recomendación de no cambio posee un efecto paradójico desestabilizante. En este período podemos incluir a la Terapia Familiar Sistémica de Milán.

Como puede observarse las ideas de los investigadores, que se han señalado, se centran en estudiar a la familia como sistema, es decir como una entidad cuyas partes covarían entre sí y mantienen un equilibrio gracias a una forma activada por errores, dentro de la cual, el síntoma juega un papel importante al equilibrar o desequilibrar al sistema.

Años después, el modelo sistémico-cibernetico fue enriquecido aún más por un nuevo desequilibrio y un nuevo salto evolutivo debido primordialmente a la postulación de que la observación afecta lo observado, es decir, el observador con sus limitaciones supuestos y prejuicios, organiza lo observado. Puede así, argüirse que no existe una descripción objetiva de la realidad. El argumento, por cierto, acaba por cuestionar qué es la realidad misma. El conocimiento del mundo, lejos de ser una representación de la realidad externa, existe en los acuerdos descriptivos acerca de la realidad.

Los nuevos desarrollos pasaron a ser llamados "Cibernetica de los sistemas observantes" o Cibernetica de segundo orden. Una aportación fundamental de estas investigaciones es que se incluye al terapeuta como miembro importante dentro de la dinámica familiar, se reconoce su papel activo en el sistema terapéutico, alentando a todos los miembros a hablar, interactuar e involucrarse; destaca el fenómeno de la autorreferencia tanto en cada uno de los miembros de la familia como en el terapeuta mismo.

En sí, la cibernetica de segundo orden provee a la terapia sistémica un lenguaje que le permite pensarse. Esta evolución de los modelos ciberneticos se acompañó (afectó y se vio afectada) por una evolución de los modelos de Terapia Familiar Sistémica.

Con todo esto, durante los años 80's en la terapia psicológica se vienen a presentar una corriente de discursos críticos, manifestaciones contrarias al punto de vista modernista de la terapia, estas manifestaciones se empiezan a gestar sobre todo en el ámbito de la Terapia Familiar Sistémica, y se enfrentan al dilema en la práctica clínica. Tienen su fundamento como ya lo hemos dicho en obras seminales, llenas de ideas sugestivas, de diferentes personalidades, por ejemplo lecturas diferentes de las propuestas de Bateson, el trabajo de biólogos especializados en el campo de la ciencia cognitiva como Humberto Maturana y Francisco Varela, lingüistas como Ernest Von Glasersfeld, epistemólogos como Heinz von Foerster, antropólogos como James Clifford e incluso hacia dentro de nuestra propia disciplina en el trabajo de Kenneth Gergen (1996).

Bajo esta perspectiva el concepto de objetividad pierde sentido, pues al no existir una separación entre lo observado y el observador, dado que éste participa activamente en la construcción de un universo experiencial; tampoco hay una correspondencia entre la realidad exterior y la realidad que el observador construye internamente a través de sus sentidos. Así es que la llamada realidad se construye, se inventa, dando lugar a un sinfín de realidades. Entonces la terapia familiar se vuelve un proceso de "corrección de lentes", de creencias, de construcciones y los terapeutas empiezan a aceptar la posibilidades de múltiples versiones acerca de la realidad y la imposibilidad de las diferencias jerárquicas (Anderson, 1997).

No es de sorprender que una primera tentativa de lidiar con esta nueva metavisión fuese a través de centrar la atención en los comportamientos del terapeuta en el curso del proceso terapéutico. Así, tanto en la literatura como en la práctica de ese período se puede notar un cambio, una reducción en el interés por explorar y publicar cuáles son las características de la familia y aún de redes más amplias que consultan -en términos comunicacionales, interaccionales, estructurales o intergeneracionales- y cuáles son las estrategias para generar el cambio. En su reemplazo, se desarrolló un interés creciente en la indagación acerca de qué es lo

que hace el terapeuta en el curso de la sesión, qué actitudes, comportamientos u operaciones son llevados a cabo por el terapeuta para generar cambios en sus propias percepciones así como también en los procesos y contenidos de la familia.

El desarrollo y maduración de la epistemología sistémica en terapia familiar ha dado lugar a la emergencia de diferentes ideas, una de las cuales es: el terapeuta familiar sistémico ya no es un agente que opera sobre una familia para cambiarla, sino un participante en el proceso de transformación colectiva de significados. Esta premisa se manifestó con fuerza creciente en publicaciones, congresos y prácticas psicoterapéuticas. Con respecto a estas últimas podemos mencionar que en este período comienzan a desarrollarse modelos de Terapia Familiar Sistémica, tales como, el de Terapia Breve orientada a las Soluciones y los modelos derivados del posmodernismo: el narrativo y las escuelas conversacionales (interventiva, reflexiva y colaborativa conversacional), representadas por figuras importantes, tales como William O' Hanlon, Steve de Shazer, Karl Tomm, Carlos Sluzki, Lynn Hoffman, Jay Efran, David Epston, Michael White, Harlene Anderson, Harold Goolishian (Sluzki, 1987).

Dentro de este período, la práctica terapéutica es descrita como: "actividad dialógica" es decir, un involucramiento en un diálogo en el que el "terapeuta" activamente persigue insertarse en una visión del mundo del otro (con quien conversa) a fin de proponerle puntos de vista alternativos y nuevas connotaciones que les permitan construir colaborativamente descripciones, historias, significados, es decir, nuevas perspectivas carentes de comportamientos problemáticos o sintomáticos. Sobra decir que los resultados de dicha actividad dialógica, es decir, los descubrimientos y los cambios, son propiedad de la familia consultante pues son producto de su propia participación única en la co-evolución de las ideas que se fueron dando entre el terapeuta y la familia en el curso de la entrevista.

Considero que en este momento la Terapia Familiar Sistémica es entendida como un proceso dentro del cual el terapeuta adquiere una metaperspectiva acerca de la realidad de la familia y propone selectivamente visiones alternativas de ella. Así mientras la familia relata su historia desde su realidad, el terapeuta presta atención a los contenidos, anécdotas, pautas interaccionales y selecciona en diferentes momentos, diversos niveles de análisis, es decir en colaboración con la familia va maniobrando dentro de la realidad presentada por esta última.

Este nuevo salto epistemológico sólo se instaló firmemente cuando se legitimó una nueva dimensión conceptual y se adoptó un nuevo nivel de análisis de los procesos sistémicos, a saber, la noción de *narrativa*: el campo de las historias en común, compartidas por familias (de hecho ser parte de una familia implica necesariamente compartir historias, descripciones, valores y anécdotas), por los grupos sociales (desde las ideologías compartidas por un grupo religioso hasta las mitologías compartidas por una cultura) y -muy relevante para nuestro tema-, progresivamente compartidas por terapeutas y pacientes en el curso de la consulta.

Con la incorporación de este nivel de análisis, las terapias sistémicas expandieron su base conceptual al inscribirse dentro del *construccionismo social* que define la realidad como acuerdos narrativos co-organizados en conversaciones. La realidad que vive cada persona se basa así en acuerdos, en consenso. El supuesto conceptual de este modelo es que *el problema reside en la descripción del problema*, y que, consecuentemente, el cambio consiste en describir (hablar acerca de) los problemas de forma diferente, generando diversos acuerdos y distintas consecuencias. El foco de atención ya no es el individuo o la familia, o la red como tal, sino las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, la narrativa, esa historia que se despliega, en el caso de las terapias, como respuesta a la pregunta "¿Qué los trae por aquí?" o "¿A qué atribuyen este problema?".

La tendencia que la Terapia Familiar Sistémica recientemente parece seguir, es la relativa desvinculación de la Teoría General de Sistemas y la adopción de conceptos basados en el

construccionismo social. En este sentido, el libro: *la terapia como construcción social* resulta clarificador (McNamee y Gergen, 1996). Esta perspectiva, asociada a posturas posmodernas en la práctica terapéutica y en la reflexión intelectual, implica la redefinición de la psicoterapia como la génesis intencional de significados y narrativas que puedan transformar la construcción de la experiencia de los clientes mediante un diálogo colaborativo.

Con todos estos fundamentos la Terapia Familiar Sistémica, no se limita a aportar un nuevo conjunto de técnicas para el cambio sino que va más allá al proponer un nuevo entendimiento del ser humano; que le permite desarrollar y generar diversos modelos de intervención, tales como, los que se revisan a detalle en el siguiente apartado.

1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

MODELO ESTRUCTURAL

En Estados Unidos Filadelfia, el psiquiatra y psicoanalista argentino Salvador Minuchin, encabezó un proyecto de investigación para estudiar y trabajar con familias de muchachos delincuentes de las grandes minorías (negros latinos) en la Wiltwyck School. Comenzó como un estudio de investigación y estuvo conformado por una diversa y brillante gama de talento, el grupo lo constituían personalidades tales como, E. H. Auerswald, Charles King, Richard Rabkin y Braulio Montalvo; todos ellos aportaron una nueva visión al campo de la psicoterapia comunitaria.

Dentro del marco de este contexto epistemológico especialmente gracias a la Teoría General de Sistemas es que Minuchin en 1962 desarrolla un conjunto de teoría y técnicas para estudiar al individuo en su contexto social, diseña un método claro y una teoría congruente para tratar familias, específicamente la estructura de ellas y demuestra la eficacia de sus métodos ante problemas graves de la niñez; de este modo es como conforma la terapia estructural, cuyo objetivo es atender el presente del sistema familiar que acude a terapia y modificar su estructura con el propósito de adecuar las pautas transaccionales a las necesidades de los contextos evolutivo y social de la familia (Hoffman, 2001).

El modelo estructural se fundamenta en los conceptos de sistema y estructura, basándose en gran medida en metáforas espaciales como, fronteras, mapas, territorio, geografía, alianza, estructura, jerarquía y rol.

Los tres axiomas que maneja, son:

1. La vida psíquica de un individuo no se explica sólo con base en lo interno.
2. Cuando un terapeuta trabaja, él es incluido como parte activa del sistema, pues con la familia conforma un nuevo sistema, el terapéutico.
3. Al modificar la estructura familiar, se facilita la producción de cambios en la interacción de los miembros que forman un sistema.

Concepción de la familia en el modelo estructural

Desde este modelo el sistema familiar es entendido como un grupo natural constituido por un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo y en la que se promueven la identidad e individuación de sus miembros. La familia se define como un sistema organizado que enfrenta una serie de tareas evolutivas, que le permiten

transformarse constantemente a través de dos mecanismos: morfoestasis o tendencia a la estabilidad y morfogénesis o tendencia al cambio, ya que éste es un proceso necesario para mantener vivo al sistema.

Puesto que la familia se halla inmersa en un contexto social, ésta se concibe como un sistema sociocultural abierto y en transformación debido a que se encuentra en interacción con sistemas exteriores y con los subsistemas que conforman la misma.

La familia es comprendida como una entidad dinámica, autónoma, homeodinámica, capaz de adaptarse o autorregularse; que está en continuo cambio dado que posee controles propios para regular la información que ahí se maneja, la transmisión de significados y la integración de nuevos elementos al sistema ya sea contextuales o de desarrollo (Minuchin, 1992).

El ciclo vital familiar: uno de los pilares del modelo estructural

De acuerdo con el modelo estructural el desarrollo de la familia transcurre en cuatro etapas principales organizadas en torno del crecimiento de los hijos, éstas son: la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos.

La formación de la pareja

Durante la formación de pareja se definen y elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal y que permiten a los esposos mantener importantes contactos y al mismo tiempo crear un subsistema cuyas fronteras sean nítidas en la medida suficiente para favorecer el crecimiento de una relación íntima de pareja. Dentro del holón conyugal la pareja deberá armonizar los estilos y expectativas de ambos, elaborar modalidades propias para procesar la información, establecer contacto y tratarse con afecto. La elaboración de pautas viables para expresar y resolver los conflictos es un aspecto esencial de este periodo inicial.

La familia con hijos pequeños

El segundo estadio sobreviene con el nacimiento del primer hijo. El holón conyugal se debe reorganizar para enfrentar las nuevas tareas como padres y se vuelve indispensable la elaboración de nuevas reglas. Al tiempo que la familia enfrenta de continuo problemas de control y de socialización, tiene que negociar también contactos nuevos con el mundo exterior. Pautas nuevas tienen que ser ensayadas y estabilizadas en todos los subsistemas familiares. Si los problemas se resuelven deficientemente el subsistema conyugal puede correr peligro o se pueden formar coaliciones entre miembros de generaciones diversas. Cuando nace otro hijo se rompen las pautas constituidas en torno del primero y es preciso instituir un mapa más complejo y diferenciado de la familia, incluyendo un holón de los hermanos.

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes

En la familia con hijos en edad escolar o adolescentes se produce un cambio tajante pues el crecimiento de los niños introduce elementos nuevos en el sistema familiar que propician la modificación de ciertas reglas. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que permitir el contacto al tiempo que dejan en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias. Los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar ya que en este estadio comienza el proceso de separación.

La familia con hijos adultos

En el cuarto estadio los hijos, ahora adultos jóvenes han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y quizá una pareja estable. La familia originaria vuelve a ser de dos miembros y por tanto el sistema requiere una nítida reorganización cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieren relacionar como adultos.

El desarrollo familiar provee al sistema periodos de equilibrio y adaptación y periodos de desequilibrio y cambio. Los primeros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo así como también requieren que se elaboren tareas y aptitudes nuevas.

En determinadas etapas de la vida de una familia, sus miembros se involucran estrechamente entre sí bajo la influencia de fuerzas familiares centrípetas, como ocurre en la época de crianza de los hijos. En otras, se diferencian y distancian unos de otros bajo la influencia de fuerzas intrafamiliares centrifugas, como es el caso de la emancipación de los hijos. Es imprescindible que, en cada una de las fases, los participantes desplieguen habilidades adecuadas de comunicación y negociación que les permitan ajustarse a los cambios evolutivos.

Los hechos clave en la evolución familiar que forman parte del ciclo vital de la familia son: el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro. Todos ellos producen cambios adaptativos vinculados a las variaciones en la composición de la familia que precisan una reorganización de los roles y reglas del sistema, así como una modificación de los límites familiares internos y externos.

Además del ciclo vital normativo, existen ciclos vitales alternativos, tales como los que ocasiona la separación o divorcio, la muerte prematura y la incidencia de una enfermedad crónica en el sistema familiar. En estas ocasiones, el ciclo normal se trunca y los miembros de la familia deben adaptarse a la nueva situación para seguir viviendo (Minuchin y Fishman, 1991).

El Sistema Familiar

La familia es una totalidad organizada que posee una estructura, organización, realidad y pauta interaccional única, desarrollada a través de su convivencia e interinfluencia. Dichas pautas transaccionales al repetirse establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema y regulan la conducta de los integrantes de cada holón (Minuchin, 1992).

La familia está formada por subsistemas también llamados holones, cada uno de los cuales cumple diferentes funciones matizadas por la estructura familiar.

El holón individual

Cada individuo del sistema es un subsistema. El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Las interacciones específicas con los demás evidencian y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto. Y recíprocamente, el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos. Hay un proceso circular y continuo de influjo y refuerzo recíprocos, que tiende a mantener una pauta fijada. Al mismo tiempo, tanto el individuo como el contexto son capaces de flexibilidad y de cambio. La interacción constante dentro de diferentes holones en tiempos distintos requiere de la actualización de los respectivos segmentos del sí-mismo. Por ejemplo un niño en interacción con su madre demasiado unida

aparecerá desvalido a fin de provocar los cuidados de ella, pero con su hermano mayor se mostrará decidido y entrará en competencia para lograr lo que quiere; dado que contextos diferentes reclaman facetas distintas.

El holón conyugal

Las familias tienen subsistemas bien diferenciados. Así como cada individuo es un subsistema también lo son las diadas, por ejemplo hombre y mujer que se unen con el propósito de formar una pareja. Los cónyuges, individualmente, traen un conjunto de valores y de expectativas, tanto explícitas como inconscientes, que es preciso conciliar con el paso del tiempo, para que la vida en común sea posible. Cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, ésto es, perder individualidad, a la vez que gana pertenencia, en el proceso de formar un sistema nuevo. Las Pautas implícita o explícitamente establecidas gobiernan el modo en que cada miembro de la pareja se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial. El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de relaciones íntimas como se manifiestan en las interacciones cotidianas. En el subsistema conyugal el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior.

El holón parental

Este subsistema es conformado por las relaciones entre los padres y sus hijos. Las interacciones dentro de él incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización, cuidado y protección. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza, vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones. Mientras que los adultos tienen el derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como cambio de domicilio, selección de la escuela y fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia. Tienen el derecho, y aun el deber, de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de fijar el papel que los hijos habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia. El holón parental puede estar compuesto muy diversamente. A veces incluye un abuelo o una tía. Es posible que excluya en buena medida a uno de los padres. Puede incluir a un hijo parental en quien se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos. El subsistema parental tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian.

El holón fraterno

Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir. Este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo, como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. Es conveniente escenificar en el contexto de los hermanos secuencias interactivas donde ejerciten aptitudes para la resolución de conflictos en ciertos campos, por ejemplo la autonomía, que después puedan practicar en subsistemas extrafamiliares.

La estructura familiar

La estructura familiar se refiere a la forma en que los miembros de una familia están organizados y cómo funcionan; contempla desde las leyes o reglas universales hasta las expectativas y reglas que la familia genera como sistema y a partir de las cuales desarrolla secuencias o pautas interaccionales características. Por ello la estructura familiar puede ser estudiada a través de los procesos de interacción que la familia presenta en un momento dado.

Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema, son necesarios unos «límites», que por una parte funcionan como líneas de demarcación -individualizando un grupo frente al medio- y, por otra, como lugares de intercambio, comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras que los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio (Minuchin, 1992).

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1991) los parámetros que conforman la estructura familiar son:

- a) Límites: Que implican reglas de participación, es decir asumir y asignar roles o funciones a cada miembro del sistema. También describen distintas estructuras de comunicación entre los miembros y entre los subsistemas, pues demarcan fronteras e interinfluencias. Pueden adoptar la forma de límites rígidos, cuando predominan los valores individuales sobre el grupo y hay muy poco contacto entre las personas y los subsistemas, con lo cual no existe un apoyo adecuado que permita el buen desarrollo psicosocial de los miembros de la familia. Cuando los límites son difusos predominan los valores del grupo familiar sobre los individuos que lo forman y existe una excesiva intrusión de unos miembros con otros, misma que impide el crecimiento personal y familiar. Pueden ser límites claros, cuando tienen un óptimo intercambio o permeabilidad que facilita el paso de la comunicación y crea un ambiente propio para el sistema, los subsistemas y los individuos.
- b) Jerarquía: Es la forma cómo se distribuye o manifiesta la autoridad, encierra reglas de poder, es decir la asignación de él, entre los miembros de la familia. La jerarquía puede ser clara cuando las diferencias en el manejo del poder, son estables y coherentes; es confusa cuando no hay ni estabilidad ni coherencia; y es mixta cuando en algunas áreas y/o relaciones es clara y confusa en otras áreas y/o relaciones.
- c) Geografía: Consiste en el acomodo físico o la distribución espacial que los miembros de la familia toman durante sus diferentes actividades: unidos, aislados, triangulados, etc.
- d) Territorio: Hace referencia al espacio emocional que cada quien ocupa, la distancia psicológica que existe entre los miembros del sistema: centralidad o periferia en la familia. Cuando hay centralidad alguien ocupa mucho espacio emocional y cuando se habla de periferia algún miembro está ausente, casi no ocupa espacio.
- e) Alianzas: Son la unión de dos o más personas por sexo, edad, o intereses comunes, implican el apoyo que se da entre triadas o diadas en la familia ya sea de manera abierta o encubierta. Las alianzas conllevan un mayor número de interacciones entre quienes las conforman, en comparación con el resto de la familia. Se denominan alianzas positivas

cuando son transitorias y permeables; y negativas cuando son permanentes e impermeables, en este último caso pueden desembocar en la conformación de coaliciones.

- f) Coaliciones: Se refiere a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero. Puede darse entre subsistemas, como una triangulación de desviación. Por ejemplo, cuando los dos padres indican ausencia de conflicto entre ellos y se muestran muy unidos en contra de un hijo al que utilizan como chivo emisario. Puede adoptar la forma de coalición intergeneracional permanente cuando dos miembros de diferentes generaciones se unen para ir en contra de otro miembro de la familia. Por ejemplo, la pareja a punto de divorciarse puede pretender ganar el apoyo de su (s) hijo (s) y no sólo eso, sino ponerlo (s) en contra del cónyuge.

Que la familia esté en continuo cambio o reestructuración implica que transforme sus pautas de interacción. La modificación de las mismas puede darse de forma adaptativa o bien generar un alto nivel de estrés ante el cual se puede responder eficaz o disfuncionalmente.

Se considera que un patrón de interacción es funcional cuando la organización estructural de un sistema se adecúa a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden, es decir, las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los integrantes de la familia.

Se considera que un patrón de interacción es disfuncional cuando el grupo familiar responde a los periodos de transición o al estrés aferrándose a las pautas establecidas, aunque las exigencias evolutivas hayan cambiado. O bien responden avanzando lento o demasiado rápido en el desarrollo familiar, los extremos son inconvenientes dado que las etapas no pueden acelerarse ni prolongarse (Minuchin, 1992).

La conformación del síntoma familiar

Este enfoque explica la aparición de un síntoma en la familia refiriéndose a una causalidad circular en la que tanto la estructura del sistema, el ciclo vital familiar y el síntoma se interrelacionan para conformar esa pauta interaccional que conduce a la familia a terapia.

Es importante señalar que el síntoma surge dentro de un contexto familiar, sin olvidar que éste está ubicado dentro de un contexto social y ecológico más amplio.

El síntoma se conceptúa como un recurso que la familia emplea para mantener la estabilidad del sistema, es decir como un retraso o detención en el desarrollo del sistema familiar. Los estados homeostáticos no son nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el ciclo vital de personas y familias.

También puede entenderse el síntoma como un evento externo que la familia utiliza o bien como una señal de que algo está ocurriendo, un estancamiento en el sistema familiar manifestado por el paciente identificado o chivo expiatorio. Quizá refleje una incongruencia o inadecuación entre la estructura que presenta la familia y los requerimientos de su desarrollo manifestados a través de una pauta interactiva estereotipada que no está obteniendo los resultados esperados.

La idea de Minuchin acerca de la normalidad

En el modelo normativo de Minuchin el funcionamiento familiar, es de fundamental importancia. Según él, una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente

marcados. El subsistema marital tendrá límites claros para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para ejercer su rol de padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. El límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos. Asimismo los límites intergeneracionales serán claros.

Teoría del cambio

Se considera que el cambio en la pauta interaccional que origina el síntoma, se presentará si se modifica la estructura y realidad familiar, pues al intervenir sobre estos aspectos, se generarán cambios en las interacciones del sistema familiar y le permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir, facilitará la búsqueda de nuevos patrones de interacción que sustituyan a los antiguos disfuncionales y con ello hará posible la adaptación a las nuevas exigencias evolutivas y/o contextuales.

El cambio en la estructura impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma; tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse y reequilibrarse sobre unas bases menos patológicas, sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde.

El papel del terapeuta: sus objetivos y estrategias

Con el propósito de que el proceso terapéutico que desarrollan el terapeuta y la familia avance hacia el éxito, desde el comienzo ambos deben establecer un acuerdo sobre los objetivos que se desean alcanzar con el tratamiento.

El objetivo general y la función del terapeuta se fundamentan en los tres pilares del modelo estructural: Conocer la estructura, desarrollo y adaptación de la familia a través de las pautas interactivas manifiestas e interrelacionar estos elementos con el síntoma a fin de eliminarlo, mediante la reestructuración del sistema.

El énfasis se coloca más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en situaciones que ponen en peligro la vida de alguien como sucede en los casos de anorexia y de coma diabético. El objetivo terapéutico debe contemplar la demanda o queja de la familia pues ese es el objetivo que la mueve a acudir a terapia, tiene que contextualizarse y plantearse en función de las hipótesis sistémicas; estas se encuentran en continuo cambio, pues mantienen estrecha relación con la acomodación del terapeuta al sistema y con la amplitud gradual del foco de atención.

Desde la primera entrevista el terapeuta debe interesarse por conocer la estructura familiar, identificando alianzas, jerarquías, coaliciones, límites, territorio y geografía; distinguiendo cómo se expresan sus afectos, sus discrepancias, cómo se manejan en sus relaciones, cuáles son sus recursos, cuál es la definición del motivo de consulta que cada miembro del sistema tiene y cuál su verdad individual y familiar; corroborando la congruencia que hay entre el contenido que la familia refiere y la conducta no verbal que manifiesta, es decir, sus gestos, miradas o actitudes (Minuchin, 1992).

Para lograr sus objetivos, el terapeuta se vale de las estrategias de unión, acomodación y coparticipación con la familia, que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica.

Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra el terapeuta puede asumir a lo largo de la terapia en relación con la familia tres posturas dinámicas que son:

- ✦ Cercana: El terapeuta se une a la familia convirtiéndose así en fuente de autoestima, apoyo y refuerzo.
- ✦ Intermedia: El terapeuta escucha de manera activa y neutral, ayudando con su atención a que la familia cuente lo que ocurre, rastrea, busca información, explora la estructura familiar, al mismo tiempo que redefine las intervenciones penosas como fruto de una actitud de consideración recíproca.
- ✦ Distante: Asumiendo una posición lejana, el terapeuta se convierte en el experto neutral que observa la cosmovisión familiar y el encuadre que cada miembro de la familia da a su experiencia. Esto le permite conocer los constructos cognitivos familiares para promover el cambio apoyándose en ellos y basándose en su experiencia profesional.

Dado que Minuchin (1992) concibe el sistema familiar como una entidad dinámica propone que como tal, debe ser evaluada por el terapeuta, es decir, éste tiene que centrarse en el proceso de interacción explícito e implícito (manifiesto y latente) de la familia entre sí y con el mismo, como agente del cambio. Es visible aquí, el cumplimiento de uno de los axiomas de este modelo: el terapeuta debe incluirse como parte activa del sistema.

El rol del terapeuta es tan activo que desde el comienzo debe formular una hipótesis sistémica, que interconecte la estructura del sistema familiar, el síntoma que presenta la familia y la realidad de ésta así como también la etapa de ciclo vital que la familia atraviese, es decir, el terapeuta debe integrar aspectos interrelacionales del sistema y su contexto. La hipótesis inicial es la primera de una serie de suposiciones que el terapeuta irá formulando sobre la interacción sistémica y continuará poniendo a prueba a lo largo del proceso interaccional que mantenga con la familia.

El proceso terapéutico se desarrolla fundamentalmente en tres etapas:

1. En la primera el terapeuta con liderazgo, se une a la familia
2. En la segunda se desliga y evalúa la estructura familiar subyacente
3. En la tercera va conformando o creando las circunstancias que le permitirán transformar la estructura de la familia que atiende (Ochoa,1999)

Estas etapas no están sujetas a un orden sucesivo sino que más bien a lo largo de las sesiones, se presentan una y otra vez, de esta forma el terapeuta va asumiendo distintas actitudes de acuerdo con los objetivos que tenga en mente y los procesos de interacción que la familia demuestre en su interacción con él.

El proceso de evaluación

El terapeuta estructural utiliza los primeros minutos para conocer los datos demográficos y otros aspectos estructurales del sistema familiar; en todo momento está atento de la comunicación no verbal en el sistema. Explora el motivo de consulta interrogando a cada miembro de la familia sobre el problema y tiene la precaución de no abrir áreas de estrés antes de que el sistema terapéutico se haya conformado. Durante la sesión el terapeuta lleva a cabo un proceso de diagnóstico que dentro de este modelo se concibe como algo dinámico, dado que se fundamenta en una continua formulación de hipótesis sistémicas (Minuchin, 1992). Su objetivo es ampliar la conceptualización del problema y llevarlo desde el síntoma en un paciente identificado hasta el síntoma como resultado de las transacciones o interacciones familiares. Esta fase comprende la evaluación de seis áreas:

1. El ciclo evolutivo en el que se encuentra el sistema familiar y su rendimiento en las tareas propias de esa etapa.
2. La dinámica familiar reflejada a través de las interacciones que los miembros de la familia demuestran a lo largo de la sesión y a partir de las cuales, dan cuenta de las siguientes características: límites intra y extrafamiliares, distribución jerárquica del poder, alianzas y coaliciones, es decir, la pauta interactiva familiar.
3. La resonancia en el sistema, que hace referencia a qué tanto la familia reacciona ante un determinado evento.
4. El contexto familiar, que se refiere a las fuentes de apoyo y generadoras de estrés o conflicto dentro y fuera de la familia. Al interior de la familia en la conformación del síntoma implica todo aquello que acompaña la relación, es decir, el lugar, tiempo, emoción, pensamiento y conducta que da sentido e imprime un matiz particular a la interacción.
5. La flexibilidad del sistema familiar ante el cambio, esto es las pautas de transacción alternativas de que dispone la familia.
6. La función del síntoma en el sistema, es decir, la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

La naturaleza de la organización de la familia da al terapeuta estructural, las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas relacionales en el sistema, por ello el método de Minuchin propone trazar un mapa del terreno familiar para hacer más fluida la terapia.

El mapa familiar es un esquema organizativo estático, a diferencia del carácter dinámico de la familia y no representa la riqueza de las transacciones en ella, igual que un mapa no representa el territorio; constituye un dispositivo simplificador muy útil que le permite al terapeuta organizar el material que obtiene y formular hipótesis acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos.

El método que sigue entonces Minuchin para conocer la estructura familiar implica averiguar el modo como funciona la familia, a través del orden que siguen para hablar, la forma como se relacionan entre ellos y por subsistemas, el manejo que hacen de sus discrepancias, la forma como resuelven un problema, explorando los recursos que poseen. Todo ello le permite reconocer factores importantes como la pertenencia a coaliciones, la naturaleza de los límites y cómo están estructurados los subsistemas. Al delinear la forma que toman estos aspectos en una familia que acude en demanda de un tratamiento y al revisar el mapa conforme este progresa, Minuchin ofrece un método gráfico con que documentar las etapas de la terapia.

Las técnicas de intervención del modelo estructural

Teniendo en mente el modelo normativo de Minuchin, es decir, trabajando con un enfoque estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo; por ejemplo si no se respeta el límite que delinea a un individuo de otro, la tarea del terapeuta será pedir a cada persona que piense y hable por sí misma.

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

Minuchin y Fishman (1991) proponen tres estrategias para lograr el cambio y las justifican de la siguiente manera:

- 1) Cuestionamiento del síntoma. Cada familia posee una definición propia de sus problemas, de sus lados fuertes y de sus posibilidades, en razón de ésta es como se estructura. Se emplea el reencuadramiento, con el propósito de modificar o ampliar la concepción que la familia tiene del problema, ampliando el espectro de visión de ésta a fin de que el sistema funcione mejor quitándole al síntoma su carácter de inamovible. De esta forma el terapeuta promueve en la familia la búsqueda de diferentes respuestas en los niveles de sentir, pensar y actuar.
- 2) Cuestionamiento de la estructura. El supuesto que subyace esta idea se refiere a que todo sistema es proclive a la habitualización, pues lo que se repite con frecuencia, se transforma en una pauta segura, económica, persistente; es decir, se transforma en un “deber ser” que aunque no convenga a la funcionalidad familiar, se cree correcto y se sigue practicando. Esta estrategia de intervención se realiza con el propósito de cambiar las pautas familiares y los factores implicados, es decir, los límites, la geografía, la jerarquía, el territorio, las alianzas y coaliciones en un sistema familiar; de acuerdo con la proximidad o la distancia entre sus miembros, con la intención de que éstos experimenten nuevas formas de relacionarse- reestructurarse.
- 3) Cuestionamiento de la realidad familiar. Se parte del supuesto de que la familia a partir de sus experiencias construye su realidad y ésta le permite ir conformando un sistema con pautas de interacción características que generan un síntoma. Esta estrategia pretende modificar la visión que la familia tiene de la realidad.

Como podemos ver, cada una de las estrategias que el terapeuta puede tomar a la hora de abordar una familia, tienen como objetivo fundamental el cuestionamiento, puedo inferir con ello que para que los cambios se produzcan, es preciso vencer la tendencia a la homeostasis, es por eso que el cuestionamiento que el terapeuta realiza, inserta al sistema en un estado de caos donde se revén las reglas y con ello la estructura.

Para que cada estrategia logre sus objetivos se vale de ciertas técnicas, que a continuación mencionaremos:

- ◆ Técnicas para cuestionar el síntoma: Escenificación, enfoque e intensidad.
- ◆ Técnicas para cuestionar la estructura: Fijación de fronteras o límites, desequilibramiento y complementariedad.
- ◆ Técnicas para cuestionar la realidad familiar. Modificación de los constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y lados fuertes.

Enseguida describiré cada una de las técnicas así como también las formas que puede adoptar.

Técnicas para reencuadrar

Escenificación

A través de esta técnica el terapeuta asiste a los miembros de la familia en el momento que ella interactúa, ésto le permite establecer una fuerte alianza terapéutica, definir a toda la

familia como un sistema con la intención de vivenciar la realidad familiar como el sistema la define y tomando distancia, observando y recuperando su capacidad terapéutica a fin de detectar qué de la danza familiar, requiere cambio. A lo largo del proceso que sigue esta técnica, puede estar presente la iluminación, que consiste en el énfasis que el terapeuta hace de las interacciones que la familia no ha visto. La escenificación se desarrolla mediante tres momentos:

- c Interacción espontánea. Durante ésta, el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide qué aspectos del patrón disfuncional observado, intentará cambiar.
- c Interacciones provocadas. El terapeuta organiza las secuencias interaccionales que la familia refleja, pide a los integrantes de ella que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia e interviene aumentando su intensidad y/o duración.
- c Interacciones alternativas. El terapeuta proporciona nuevos elementos y sugiere modalidades diferentes de interacción valorando la reacción de la familia, ante nuevos estilos de relación. Este momento se lleva a cabo no sólo para alterar las pautas disfuncionales sino también con el propósito de obtener información predictiva sobre la flexibilidad de la estructura familiar para el cambio, así como también para infundirle al sistema esperanza.

Enfoque

El objetivo de esta técnica es propiciar el cambio familiar en cuanto a la visión del problema. Consiste en prestar atención a la demanda y problemática que la familia trae e ignorar información irrelevante o distractora, es decir, seleccionándola y organizándola de tal forma que durante la entrevista se resalte un tema sobre el que trabajar. Dicho tema se denomina foco y el terapeuta lo elige como un camino viable para conseguir la meta terapéutica por ello este tema termina siendo importante también para la familia, obvio es que no se puede llegar a tal tema sin la guía y retroalimentación de la familia.

Intensidad

Debido a que en los miembros de la familia se desarrollan campos especiales de sordera selectiva regulados por su historia común, puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideren información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas. Por ello es necesario que el terapeuta haga que la familia “oiga” su mensaje, ésto lo logra cuando con la intensidad que imprime a lo que dice, supera el umbral de sordera familiar, orillando al sistema a experimentar su pauta interactiva cotidiana, o bien cuando recurre al humor, la exageración o al cambio y transforma el mensaje en algo nuevo y distinto, evitando que sea desechado por las reglas del sistema. Para dar intensidad a algo nos podemos valer de las siguientes formas:

- * Repetición del mensaje. Consiste en repetir varias veces el mensaje que se quiere introducir al sistema familiar en el plano estructural y de contenido. Propicia que se escuchen entre ellos o se autoescuchen.
- * Repetición de interacciones isomórficas. Insistir reiteradamente en un mensaje con diferentes miembros del sistema, si se observan varias interacciones isomórficas en una familia entonces se hacen varias intervenciones terapéuticas con un mismo fin.

- * **Modificación del tiempo.** Consiste en propiciar interacciones o momentos que a juicio del terapeuta son pautas funcionales para la familia y hacerlas durar el tiempo que sea necesario, a fin de que la familia experimente modos diferentes de interacción a la estereotipada.
- * **Cambio de la distancia.** Con ella se provoca que los espacios físicos entre los miembros del sistema familiar sean cambiados cuando así se requiera o incluso para modificar la distancia emocional.
- * **Resistencia a la presión de la familia.** El terapeuta pretende no ser absorbido por la familia, es decir, no hacer lo que la familia quiere que haga, resistirse a las invitaciones de la familia, de otra manera sólo contribuirá al mantenimiento del sistema sintomático y será más difícil el cambio.

Técnicas de reestructuración

Fijación de fronteras o límites

Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre los holones o subsistemas y su separación entre sí, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables, y los límites muy porosos se fortalecen. La delimitación de las fronteras es de suma importancia para el funcionamiento de la familia, ellas son el resultado del reconocimiento y el apuntalamiento de los roles dentro de los subsistemas parentales y filiales. La finalidad de cambiar los límites es modificar la participación de los miembros de diferentes holones, dado que si cambian las fronteras, cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros. Se debe buscar un equilibrio dentro del sistema familiar entre pautas interaccionales excesivamente abiertas o cerradas; este equilibrio acrecienta el potencial de desarrollo del individuo porque apunta la adaptación a las circunstancias cambiantes.

- ⊙ **Distancia psicológica.** El terapeuta puede cambiar los límites del sistema familiar haciendo que exista mayor acercamiento y contacto entre individuos y/o subsistemas, o aumentando la distancia existente entre los mismos. La distancia puede ser tanto física como psicológica o relativa al grado de implicación entre los miembros de la familia.
- ⊙ **Duración de la interacción.** El terapeuta puede extender o reducir el tiempo que dura el proceso de interacción.

Desequilibrio

Su finalidad es cuestionar y modificar la jerarquía familiar o distribución del poder, estos cambios permiten a los miembros de la familia experimentar funciones distintas, ampliar su contexto y asumir una nueva realidad; se intenta rebasar aquello que se permiten unos con otros creando modalidades de relación diferentes. Para lograr sus propósitos, el terapeuta debe aliarse con algunos miembros de la familia, ignorar a determinados integrantes del sistema o coludirse con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas.

- ✦ Alianza. El terapeuta se usa a sí mismo para promover la autoconfianza de algún miembro y la búsqueda de nuevas formas de relación con los otros, para lograrlo puede apoyar a un miembro periférico o de posición inferior. No obstante también puede aliarse con un miembro dominante para crear un desequilibrio que extirpe la posición y provoque una respuesta cuestionadora del resto de la familia.
- ✦ Alianza alternante. Aquí, el apoyo que da el terapeuta es diverso, es decir, a veces se inclina hacia algunos miembros de la familia y en otras ocasiones hacia miembros diferentes.
- ✦ Coalición. Se presenta cuando el terapeuta se une con algún miembro, en contra de un tercero. Puede coaligarse con la intención de hacer ganar espacio y poder a aquellos con los que se colude, o bien para estimular la unión de algún subsistema, por ejemplo, se puede coaligar con el subsistema parental en contra del subsistema filial, con lo que estimula la unión de los padres entre sí y la destriangulación de los hijos.
- ✦ Ignorar a miembros de la familia. Consiste en hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles, es decir, ignorar a un miembro o hacerle saber que será ignorado, por ejemplo a un miembro central que impide la actuación de un periférico. Las personas ignoradas pueden rebelarse y reclamar una coalición de los demás componentes de la familia contra el clínico, favoreciendo un realineamiento de las jerarquías familiares. Esta técnica puede provocar que la familia se alíe entre sí y que el miembro ignorado modifique sus pautas de interacción.

Complementariedad

Se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta. Esta técnica busca resaltar al individuo como un todo, igual que la familia, enfatizando la reciprocidad e interdependencia entre los miembros del sistema, a fin de que la familia comprenda que todos participan en el mantenimiento del síntoma. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en cuanto al problema, la creencia en una causalidad lineal del síntoma y el modo en que la familia recorta los sucesos.

- * Cuestionamiento del problema. Se cuestiona la certidumbre familiar de que existe un paciente individualizado con el propósito de que la familia comience a darse cuenta de que lo que viven, es una experiencia compartida, es decir, que la conducta sintomática sólo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia globalmente contribuye.
- * Cuestionamiento del control lineal. El terapeuta cuestiona y pone en duda la idea lineal de que un miembro de la familia controla al sistema, con la intención de que la familia comprenda, que en realidad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás.

- * Cuestionamiento del modo de recortar sucesos o la puntuación. El terapeuta cuestionará la forma en que la familia recorta los sucesos, ampliando, reencuadrando y resaltando la reciprocidad en la interacción.

Técnicas para modificar la realidad familiar

Modificación de los constructos cognitivos

Los constructos cognitivos son todas aquellas creencias o verdades que legitiman la estructura familiar, es decir el esquema explicativo preferencial, o realidad bajo la cual se rige la familia. Se presume que la modificación de la epistemología del sistema familiar facilitará el necesario cambio conductual.

Esta técnica es una intervención cognitiva empleada por el terapeuta para flexibilizar la rigidez del esquema preferencial a fin de alterar los constructos cognitivos que la familia posee, presentando una visión del mundo diferente y propiciando una concepción pluralista de él, que admita la diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.

- ☞ Símbolos universales. El terapeuta interviene planteando construcciones terapéuticas como si éstas se refirieran a una realidad objetiva, se respalda en una institución.
- ☞ Verdades familiares. El terapeuta utiliza la concepción del mundo que la familia tiene, a fin de extender su modalidad de funcionamiento.
- ☞ Consejo especializado. El terapeuta ofrece una explicación diferente de la realidad familiar, basándola en su condición de experto con mayor conocimiento clínico y sabiduría, por ejemplo: "He visto otros casos..."; "Si usted se pone a investigar ésto, vera que...".

Paradojas

Las paradojas se emplean sobre todo como instrumento clínico para enfrentar la resistencia y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. El objetivo de la paradoja sistémica es atacar las interacciones ocultas que mantienen un síntoma y que las intervenciones basadas en la aceptación no pueden resolver. Por lo tanto se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

Para elaborar una intervención paradójica el terapeuta conecta la conducta sintomática con su contexto relacional, enumera las consecuencias negativas que tendría para el sistema la eliminación del síntoma y, finalmente, recomienda a la familia que siga recurriendo al mismo para evitarlas. Así, podemos afirmar que para idear y aplicar una prescripción paradójica hay que valerse de tres técnicas: la redefinición, la prescripción de la secuencia sintomática y la restricción. Una vez redefinido en términos positivos, el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él. En segundo lugar, se considera que cuando la secuencia sintomática se escenifica de manera consciente, obedeciendo a la prescripción terapéutica, pierde el poder que tenía para producir el síntoma porque implica la posibilidad de un control voluntario. Por último, después de los dos pasos anteriores, el terapeuta pide a la familia que por el momento no cambie, con la intención de que lo haga. Si ésta reacciona

rebelándose contra la prescripción terapéutica, en lo que se conoce como respuesta de «retirada», bien cuestionándola o bien negándose a cumplirla, en realidad está comenzando a poner en entredicho su forma habitual de manejar el problema. Ante los cambios el terapeuta deberá refrenar los cambios mencionando sus consecuencias y anticipando dificultades nuevas que habrán de surgir.

- ☉ Intervención directa basada en la aceptación. El terapeuta da un consejo para modificar directamente la regla o rol familiar.
- ☉ Intervención paradójica basada en el desafío. Si esta intervención es obedecida, el resultado será lo opuesto de lo que parece pretender, puede llegarse al absurdo y retroceder o bien puede resultar tan desafiante, que logre el cambio.
- ☉ Inversión, basada en la aceptación y el desafío. Se presenta cuando algunos miembros de la familia cooperan siguiendo la instrucción y otros reciben las consecuencias de las instrucciones, como resultado, se muestran resistentes y desafían.
- ☉ Grupo de consulta como coro griego. El terapeuta se vale de un grupo de expertos que apoya, confronta, confunde, cuestiona o provoca a la familia, con la intención de generar un cambio, generalmente se oponen sólo en apariencia, a él.

Los lados fuertes

La exploración de los lados fuertes, es esencial para combatir las disfunciones en la familia, si comprendemos que en cada sistema hay elementos que si se los conoce y utiliza, se convierten en instrumento que amplía el repertorio conductual. La tarea del terapeuta es identificar lo positivo de los miembros y de la familia para activar las áreas o facetas dormidas - enfatizando la fortaleza familiar- para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema. Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma.

El objetivo terapéutico es lograr lo mejor que cada familia pueda dar y no que sus miembros se ajusten a una familia «ideal», lo cual crearía una mayor dependencia del terapeuta, impidiéndoles generar sus propios recursos y estableciendo un juego de poder y resistencias en la terapia.

- ☉ Respuesta al paciente individualizado. Si coincidimos con el hipnoterapeuta Milton Erickson quien a partir de su trabajo plasmó la idea de que los individuos poseen un reservorio de sabiduría aprendida y olvidada pero siempre disponible, entonces será posible identificar en cada miembro del sistema recursos que le permitan resolver la situación por la que acude a consulta.
- ☉ Alternativas de interacción. Esta técnica obliga al terapeuta a no aceptar los estereotipos disfuncionales que presenta la familia como su único modo de interactuar, ya que éstos sólo son un segmento de su íntegro y complejo potencial. Por tanto el terapeuta debe esforzarse por identificar y mostrar a la familia los segmentos funcionales, de recursos, de potencialidades, su capacidad curativa; es decir ampliar la realidad hacia los lados en que la familia ha tenido éxito.

MODELO ESTRATÉGICO

Jay Haley, brillante estratega, crítico devastador y creador de la terapia familiar estratégica, que llegó a ser popular en los años 70; estudió con tres de los pioneros más influyentes en la evolución de la terapia familiar sistémica -Gregory Bateson, Milton Erickson y Salvador Minuchin- combinó las ideas de estos pensadores innovadores y elaboró básicamente los procesos del lenguaje, a fin de formar su propia marca de fábrica, única en la terapia familiar sistémica. Comenzó a ver a la familia desde una nueva perspectiva, concibiéndola como un centro de los dilemas humanos, mismos que eran una concomitante inevitable del desarrollo de cada familia.

De Erickson aprendió la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de interacción, para motivar a la gente a seguir directivas y para influir sobre ella mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. Así como también la concepción de que la gente es modificable y el espacio y el tiempo maleables, además retomó ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que se haga más autónoma.

A partir de las investigaciones con Bateson compartió con él la idea de que la conducta sintomática era adaptativa pues al responder a estructuras familiares anormales sólo podía conducirse de manera anormal; supuso que dichas incongruencias servían para dar al paciente un sentido de control en sus relaciones interpersonales.

De Minuchin rescató la importancia de las estructuras familiares, por ejemplo las coaliciones intergeneracionales en las cuales uno de los cónyuges se une a un hijo contra el otro cónyuge; fue colocando cada vez más el acento en el hecho de que toda organización es jerárquica (Haley, 1989).

Trazó un puente entre las consideraciones estratégicas y estructurales de la terapia familiar, su interés se centró en las relaciones triangulares e intergeneracionales, creyó que la presencia de los síntomas en un paciente se debía a una incongruencia entre los niveles manifiestos y secretos de la comunicación, reflejada a través de una organización jerárquica incorrecta, por ejemplo cuando los padres no ponen límites entre las generaciones o cuando un niño problema, determina el acontecer de la familia.

Propuso que el aspecto curativo de la relación paciente-terapeuta implicaba conseguir un cambio en la organización jerárquica y que los pacientes tomaran la responsabilidad de sus acciones, apoyados en la relación terapéutica, pues consideró de mayor relevancia y efectividad permanente, conseguir que sus pacientes hicieran algo ante sus problemas, para modificarlos, en lugar de ayudarlos a entender porqué tenían estos problemas.

Haley (1997) impulsó el sistema de filmación de videocintas en entrevistas familiares reales y no meramente demostrativas, supervisadas a través de vidrios de visión unidireccional, ésto le permitió una posibilidad insustituible de analizar su modo de proceder en la terapia, así como también recibir las críticas de supervisores y colaboradores.

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. La iniciativa del terapeuta se refleja desde la identificación de problemas solubles, continúa con la fijación de metas, el diseño de intervenciones para alcanzarlas, la evaluación de las respuestas que recibe, para corregir su enfoque y por último la evaluación de la terapia para ver si ha sido eficaz. El terapeuta debe ser muy sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por el mismo.

Cloé Madanes (1984) sostiene que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica, basándose en la adecuación, flexibilidad y creatividad a fin de resolver los problemas del cliente. Uno de los principales objetivos del tratamiento, es ayudar

a las familias a superar las crisis que enfrentan a lo largo de su ciclo vital, con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica. Para lograrlo, modifica las analogías y metáforas, impide la repetición de secuencias de interacción introduciéndoles diversidad y por ende complejidad a las relaciones familiares.

Afirman que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

Su idea sobre los problemas y su mantenimiento a través de las jerarquías incongruentes

La terapia familiar estratégica considera que la conducta sintomática es adaptativa y que, al responder a estructuras sociales anómalas, una persona debe conducirse de manera anómala. En este sentido, el síntoma de un niño o un adulto es una forma de comunicación analógica que expresa otro problema familiar, pero también una solución, aunque insatisfactoria para los que están implicados en él. Por ello, el terapeuta establece durante la entrevista una hipótesis sobre la posible función de la conducta sintomática dentro del contexto familiar o social.

Un problema es definido como una conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. Pues cuando se da tratamiento al problema, no se actúa sobre él, sino sobre las interacciones personales que enmarcan el problema dentro de una unidad social, de la que el terapeuta nunca es ajeno, pues contribuye a definir, es decir, a recrear el problema, por eso debe incluirse a sí mismo, invariablemente.

En los sistemas familiares que acuden a consulta por algún problema, existen jerarquías incongruentes, mismas que hacen que la comunicación entre sus miembros contenga mensajes incongruentes. Esta concepción permite apreciar los niveles conflictivos del mensaje dentro de su contexto, las jerarquías conflictivas en las organizaciones donde se comunican las personas.

Haley (1999) explica que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Afirma que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática.

El síntoma como analogía de las interacciones

Madanes (1984) sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio, el sistema familiar, reaccione frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo.

Sus ideas acerca de la normalidad

Este enfoque se interesa por la jerarquía familiar, de los padres se espera que se hagan cargo de sus hijos, simultáneamente se bloquean las coaliciones intergeneracionales. Se pone especial cuidado al lugar o jerarquía en la que se sitúa un terapeuta para que no forme

inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores en contra de los que ocupan los superiores.

Las Crisis del Ciclo Vital Familiar

La terapia estratégica puede ser mejor comprendida si se tienen en cuenta los procesos de desarrollo de la familia y los puntos de crisis que surgen cuando la gente pasa de una etapa a otra del ciclo vital de la familia.

Haley (1999), define a la familia como un sistema cuyo proceso de desarrollo está caracterizado por momentos de crisis que dan lugar a una siguiente etapa de evolución. Las etapas del ciclo familiar que señala son: periodo de galanteo, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, el matrimonio en el periodo intermedio, el destete de los padres, el retiro de la vida activa y la vejez. Cada etapa de transición requiere de reajustes en la familia que, al no lograrse, producen malestar y comportamientos sintomáticos.

Menciona que el sufrimiento y los síntomas familiares aparecen cuando este proceso se perturba, es decir, los sentimientos aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital, por ejemplo, la depresión postparto que encaran algunas mujeres, quizá exprese la dificultad de la familia para pasar a la etapa de la crianza.

La meta de la terapia es ayudar a que las personas superen una crisis e ingresen en una nueva etapa de la vida familiar, ésto no quiere decir que se trata de adaptarlos a sus familias o a la sociedad que modela a esas familias, pues eso sería coartar la libertad y el crecimiento del individuo; sino al contrario, la meta terapéutica es introducir diversidad y riqueza a la vida de una persona, es decir, liberarla de las limitaciones y restricciones de una red social en dificultades.

La evolución del ciclo vital familiar, es único dentro de su especie dado que posee una organización social más compleja, comprende las siguientes etapas: formación de la familia, su crecimiento y el desprendimiento de miembros para dar lugar a nuevas familias.

Cómo se concibe el cambio terapéutico

La terapia estratégica se interesa por la comunicación analógica, más que por la digital. El mensaje analógico se asemeja al objeto que designa y se compone de más de un referente, es decir, tiene múltiples referentes y sólo es posible asignarle un significado si se toma en cuenta el contexto dentro del cual surge. Una conducta perturbada puede ser una expresión metafórica de las dificultades en la situación de vida de una persona, por ejemplo un dolor de estómago, puede estar demostrando desagrado o solicitud de cariño.

El cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Es la situación social y no la persona, el problema que la terapia debe resolver. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso concreto, que faciliten un cambio rápido y sólido.

El terapeuta presta atención a la jerarquía incongruente en los sistemas familiares como generadoras del síntoma. Se centra pues en la secuencia de comportamiento en torno de un problema resoluble, dentro del marco de una organización familiar. Considera que el cambio en

la terapia se da paso a paso, es decir, va de una forma de organización familiar anormal, a otra anormal, antes de lograr finalmente una organización más normal, para entonces puede suponerse que el síntoma ya no es necesario.

Este enfoque sugiere que una terapia exitosa es la que resuelve los problemas de un cliente, considera que el éxito comienza desde la formulación clara del problema, el reconocimiento de la situación social que lo genera y el establecimiento de un contrato en torno de un problema resoluble. Todo ello con el propósito de aplicar con total flexibilidad y libertad de acción los procedimientos que más se ajusten a cada caso, es decir no es un enfoque rígido con técnicas estereotipadas.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. Por ello, el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto de poder familiar.

El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta, éste debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crean importantes. El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta.

Atiende a la distribución geográfica que los miembros de la familia toman en el escenario terapéutico, así como también a la organización familiar que reflejan con sus pautas interaccionales o las relaciones existentes entre los miembros que conforman el sistema.

La observación del terapeuta consistirá en mirar lo analógico, la relación, mientras la familia habla, el observará cómo actúan, por ejemplo, si alguien finge ser amable pero realmente siente enojo, si se preocupan por el qué dirán, detectará también el grado de facilidad con que los miembros de la familia aceptan la responsabilidad del problema; mientras alguien habla observará las reacciones de los demás (interés, participación, irritación, inestabilidad, calma, indiferencia, estabilidad, etc.), ésto le ayudará a saber y decidir, cómo le hablará a cada uno.

El proceso terapéutico

Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el «portador del síntoma» y de qué manera, se programa un cambio por etapas, la primera de las cuales es crear una forma de anomalía diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad. Por ejemplo, si la secuencia incluye a una abuela que se alía con su nieto contra la madre, en la primera etapa puede ponerse al niño bajo la completa responsabilidad de la abuela. En la segunda, toda la responsabilidad recaerá en la madre, impidiendo que la abuela discipline al niño. En la tercera etapa se pasará a un estado más normal, en el que la madre se hará cargo del niño y la abuela intervendrá como consultora.

Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley (1999) propone tres estrategias: utilizar a la persona periférica, romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

Ejemplos:

Utilizar a la persona periférica. Ante un problema que implique una definición incongruente del poder entre el subsistema parental y el filial, siendo el paciente identificado uno de los hijos, se suele observar que cada vez que el padre trata de controlar al niño tropieza con la

oposición de su esposa, quien reclama al hijo para sí, afirmando que aquel no lo comprende. El padre apoyado por el terapeuta, desplaza a la madre haciéndose totalmente cargo del hijo; luego, el terapeuta interviene rompiendo las coaliciones intergeneracionales, para que los progenitores permanezcan unidos y el niño comparta ciertas actividades con sus amigos. Y por último, en la tercera etapa, el terapeuta “sale” de la familia procurando que ésta no vuelva a su antigua organización.

Romper la coalición madre-hijo mediante una tarea. Para conseguirlo se pueden emplear tres estrategias. En la primera, se orienta a la madre para que ayude al niño a adquirir mayor competencia, mostrándose más firme y exigente. En la segunda, se intenta que no esté tan involucrada con el chico, alentándola a que realice actividades más apropiadas que andar detrás de él. En tercer lugar, se puede aumentar hasta un grado máximo la solícita protección materna mediante tareas paradójicas. Se trata de producir un desequilibrio en la situación que facilite el cambio, haciendo que la madre se rebele a la sugerencia del terapeuta de estar más pendiente de su hijo y que éste se responsabilice más de sus cosas.

Unirse a los progenitores para que ayuden a su hijo a eliminar el síntoma. A pesar de la existencia de problemas conyugales, no se deben tratar de manera explícita las cuestiones matrimoniales hasta no haber obtenido la mejoría del niño, que es el problema por el que la familia consulta. El terapeuta solicita a los padres que se mantengan unidos para ayudar a su hijo, rompiendo las coaliciones intergeneracionales inadecuadas. Esta nueva ordenación del sistema puede hacer que la relación entre los cónyuges se haga más intensa y mejore.

Madanes (1984) ha diseñado tres procedimientos fundamentales cuando el paciente identificado es un niño: que el padre pida al niño que tenga el síntoma; que le pida que simule o imagine tenerlo y ante eso el padre simule ayudarlo; y que el padre pida al niño que simule ayudarlo. Para llevarlos a cabo se utilizan diversas técnicas de intervención.

Técnicas de intervención

Las técnicas de intervención son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares. Las técnicas de intervención que posibilitan materializar las creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso concreto, abarcan redefiniciones; connotaciones positivas; tareas directas; tareas paradójicas clásicas, basadas en una postura de oposición por parte de los clientes, y simulaciones, en las que se solicita a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática; ordalías y metáforas.

Redefinición

Uno de los cometidos del terapeuta es redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto.

Podemos decir entonces que la redefinición es una técnica cognitiva que evita aquellas etiquetas o rotulaciones que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio, también persigue reencuadrar otras situaciones, por ejemplo, la rotulación a la problemática.

Directivas

Se entiende por directiva cualquier reacción que tiene el terapeuta ante las conductas o interacciones que suceden en la terapia, y que el terapeuta debe efectuar con la intención de que el cliente haga o deje de hacer algo.

Las directivas se planean tomando en cuenta que no dañen a los clientes y pretenden incluir un comportamiento dentro de la secuencia problemática, a fin de que rompa la pauta, puede funcionar como paliativo o sustituto de una conducta que mantiene el proceso.

Las prescripciones conductuales adoptan la forma de una tarea que los componentes de la familia deben hacer dentro y/o fuera de la sesión.

Más que sugerirlas, las directivas deben impartirse abiertamente, precisa y claramente; mientras se instruye, se observan las respuestas de los miembros pues ellas suelen revelar si se ha comprendido bien la directiva; el terapeuta debe reiterar las veces necesarias hasta que todos hayan comprendido; lo anterior le permite al terapeuta cerciorarse de que el probable incumplimiento no se deba a la falta de precisión. Sin embargo hay situaciones en las que quizá no se desee ser preciso y detallado, prefiriendo en cambio deslizar una idea en la conversación para que la familia piense espontáneamente en realizar ese tipo de tarea, también aquí, la insinuación causal debe hacerse en términos precisos.

Existen dos tipos de directivas, las directas, impartidas con la pretensión de que las cumplan, para que dejen de hacer algo o hagan algo diferente para cambiar la secuencia problemática. Las paradójicas con la finalidad de que no se cumplan, este tipo de directivas pueden involucrar a toda la familia o sólo a una parte de ella.

- a) **Directivas Directas.** Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún o algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma. Consiste en proponer directamente la realización de una conducta alternativa. Hay que tener en cuenta que la tarea directiva debe ser en aproximaciones sucesivas. Y cuando el terapeuta intuye que el cliente tiene la capacidad y la determinación para hacerlo. Se utiliza en los casos de personas que están empeñadas en mantener los síntomas como en conflictos conyugales, violencia familiar y en triangulaciones.

- b) **Directivas Paradójicas.** El éxito de las tareas paradójicas depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a continuar cumpliéndolas (Haley, 1999). La tarea paradójica siempre presenta dos mensajes transmitidos a niveles diferentes, "cambien", y dentro del marco del mensaje, "no cambien". Su finalidad es abordar la resistencia. Puede hacerlo de dos formas:
 1. Encarando a la familia en un sentido global, por ejemplo el terapeuta puede mostrar abiertamente que quiere ayudar y está preocupado, transmitiéndoles el mensaje encubierto de que quizá no podrán tolerar el cambio. "han cambiado tanto y tan rápido y me preocupa, no sé qué pasará ahora en su familia".
 2. Prescribiendo el síntoma, es decir, poniéndole una tarea al paciente en donde acentuará la frecuencia, la intensidad del síntoma, las situaciones en que se presenta, para que identifique y recupere el control sobre el síntoma. En este caso se involucra sólo a una parte de la familia, por ejemplo a un niño que desobedece a su mamá se le dirá desobedécela por una semana entera, si él lo hace será por pedido del terapeuta y si no lo hace el objetivo se habrá logrado.

Las etapas de una intervención paradójica son:

- ✱ Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
- ✱ Definir claramente el problema.
- ✱ Fijar los objetivos con claridad.
- ✱ Ofrecer un plan, es decir, dar una explicación lógica que haga razonable la directiva paradójica.
- ✱ Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por autoridad en la materia, por ejemplo a la madre cuando su hijo mejore, ello la alienta a demostrar que la mejoría del niño no la turbara, para que en casa ésta trabaje en congruencia con el terapeuta.
- ✱ Impartir la directiva paradójica dentro del contexto familiar.
- ✱ Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento, si no cumple totalmente la directiva, se le castiga, dándole al acto un matiz desagradable.
- ✱ Evitar que al terapeuta se le acredite el logro, una forma de evitar todo mérito propio es mostrarse perplejo ante una mejoría.

Metáforas

Se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas, en donde la familia extraiga de la metáfora una consecuencia que les ayudará a resolver la situación problemática. No se explican.

Simulación

Ahora bien, Madanes (1984) cuando emplea las técnicas de “imaginación” o “simulación” aporta un nuevo uso de la paradoja que no se fundamenta en el desafío. En ellas se solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual.

Ordalías

Es una forma en que el terapeuta presiona a sus clientes a cumplir con las tareas. Consiste en decirle a los pacientes que encontrándose en las últimas sesiones del tratamiento consiguen poco o ningún cambio. El terapeuta les asegura que tiene la fórmula para resolver su problema pero sólo lo revelará si se comprometen firmemente a cumplir la prescripción, en caso contrario no podrán continuar con la terapia. Generalmente a los clientes les cuesta trabajo creer en la eficacia garantizada de la ordalía y la única forma de refutarlo es sometiéndose al procedimiento, ésto produce entonces un efecto terapéutico (Haley, 1987).

Las siguientes son las etapas de la terapia de ordalía:

- ✱ Definir claramente el problema, distinguiendo el problema específico porque exclusivamente a él y no a otro le seguirá la ordalía.
- ✱ Que el cliente decida y se comprometa a superar el problema, sin conocer la directiva para lograrlo, es decir accediendo por anticipado a obedecerla. El terapeuta pone de relieve la gravedad del problema, los intentos de resolución fracasados y la resolución del

problema como un desafío que el cliente es capaz de superar, un procedimiento corriente y de eficacia garantizada.

- * Debe seleccionarse la ordalía en conjunto con el cliente, teniendo en cuenta que sea severa para superar el problema, beneficiosa para el paciente, factible de ejecutar, aceptable en su moral, que sea una acción clara, no ambigua, y con un principio y fin bien establecidos.
- * Debe impartirse acompañada de una explicación lógica, con claridad, precisión, sin ambigüedades. Enfatizar que sólo se cumplirá la ordalía cuando la conducta sintomática se presente y en un horario fijo, si la ordalía es compleja, se impartirá por escrito.
- * La ordalía es un contrato de por vida, continúa hasta que se resuelve el problema, es decir, hasta que el síntoma desaparece.
- * La ordalía está inserta en un contexto social, genera cambios y ésto repercute en la organización familiar, por ello es necesario que el terapeuta tenga en cuenta la función que desempeña el síntoma dentro de la organización social del cliente, es decir, su situación jerárquica y la de su familia.
- * La ordalía puede impartirse como una tarea directa, como ordalía paradójica, puede involucrar a dos o más personas y el terapeuta mismo puede funcionar como ordalía.

Revisión de tareas

Si el cliente hizo la tarea completamente se le puede felicitar. Si la cumplió parcialmente, averiguar porque no la cumplió totalmente, no se debe pasar por alto esa falta.

Si el cliente no hizo la tarea, el terapeuta debe cuestionar por que no la hizo, qué beneficios o aprendizajes hubiera tenido si la hubiera hecho, censurarlos por no haber hecho algo para su bienestar.

Puede también ponerse uno abajo y asumir la responsabilidad de haber asignado una tarea equivocada, tal vez no muy bien pensada, puesto que no sirvió, e incluso pedirle disculpas.

TERAPIA BREVE ENFOCADA A LOS PROBLEMAS

La Terapia Breve enfocada a los Problemas encuentra su fundamento al retomar la analogía cibernética, la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos. Para que los teóricos de este modelo pudieran hablar de “cambio” fue necesario conceptualizar la “persistencia”, pues sólo a través de ésta se podía hablar de contraste, distinción y conocimiento. A partir de esta necesidad identificaron una relación estrecha entre persistencia y cambio, sugiriendo que ambos conceptos forman parte de un mismo continuo y mantienen entre sí una relación extraña y paradójica, son considerados conjuntamente a pesar de su naturaleza aparentemente opuesta.

La teoría de los grupos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999), sirve como un modelo que permite estudiar las relaciones que se dan entre los miembros de un grupo y los cambios que se van dando al interior del sistema por su propio impulso interno, es decir sin ocasionar transformaciones significativas y permitiendo que el sistema en sí permanezca “invariable”. En síntesis esta teoría estudia la persistencia en los sistemas.

La teoría de los tipos lógicos (Watzlawick, et.al., 1999) es un modelo que estudia las relaciones entre los miembros de una totalidad denominada clase y la clase, es decir, no sólo considera los cambios internos sino que se interesa por aquellos cambios que trascienden el sistema, transformándose por algo externo y de un nivel lógico superior. Esta teoría enfatiza la distinción entre la parte y el todo y ello le permite proponer transformaciones significativas.

Este modelo (Watzlawick, et.al., 1999) precisa que existen dos tipos de cambio:

Cambio 1. Los cambios de primer orden son las fluctuaciones menores de un estado a otro, dentro de los límites de un comportamiento que ya están fijos. El cambio 1 es explicado por la teoría de los grupos y tienen lugar dentro de un sistema que en sí permanece inmodificado, son cambios internos de un miembro a otro sin cambiar de nivel lógico; por ejemplo, variaciones sobre un mismo tema: una persona que tiene una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, etc. pero ningún cambio de esos podrá finalizar la pesadilla.

Cambio 2. Los cambios de segundo orden se relacionan con refijar las reglas de aquellos límites que habitualmente requieran una transformación, son explicados por la teoría de los tipos lógicos y su aparición cambia el sistema mismo. Por ejemplo una persona que tiene una pesadilla y quiere dejar de tenerla, el único modo de salir de ella supone un cambio del soñar al despertar; el despertar no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. Los cambios de segundo orden se aplican a cualquier situación en que la gama habitual de comportamiento ya no es aplicable, por causa de acontecimientos ocurridos en el cambio exterior o dentro del sistema mismo.

Premisas conceptuales de la terapia breve

La terapia breve surge en 1967, primero como un programa de investigación-atención cuyo objetivo era comprobar qué podía conseguirse durante un periodo de tiempo estrictamente limitado –diez sesiones como máximo– con técnicas innovadoras para el cambio, centradas en la principal problemática actual del paciente e indagando cuál es el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de pretender reestructurar familias enteras. Comenzó como un proyecto y rápidamente se transformó en una nueva forma de abordar los problemas humanos y contribuir así a su solución de manera efectiva.

Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch son considerados los creadores de este elegante y ahorrrativo enfoque para el cambio. Su propuesta de interesarse en la secuencia de comportamientos en torno al problema, es decir en los círculos viciosos y centrarse en el cambio 2 para promover nuevas pautas de relación que desaparezcan o reduzcan el problema y permitan que se conformen círculos virtuosos; constituye una invaluable arma clínica.

Es característico del enfoque de terapia breve del MRI de Palo Alto, California realizar una terapia efectiva y eficiente en un corto periodo de tiempo. Este enfoque reconoce que el mapa no es el territorio, por ello señala que su propuesta no es presentar la “verdad” sino sólo opiniones cuya importancia estará en función de su efectividad para conseguir los objetivos planteados.

El vínculo claro entre teoría y práctica terapéutica permite que la teoría se aplique como un mapa que guía los pasos que da el terapeuta, así en la terapia se maneja información clara, sencilla, concreta y ello permite que se formulen el mínimo de presuposiciones e inferencias.

El grupo de Palo Alto se fundamenta en un modelo no patológico y considera a la familia como un sistema con procesos interactivos circulares en donde la conducta problemática “real” es aquella que puede observarse en el presente y que surge dentro de un contexto, el inmediato, no en aislado, por ello el terapeuta se centra en el paciente no en solitario sino en su contexto social primario, la familia, además se reconoce como parte activa del contexto social del paciente, pues con el tratamiento afecta el contexto social primario de éste.

Esta perspectiva considera que toda conducta normal o problemática se encuentra configurada y conservada por otras conductas actuales que la rodean, es decir, por una interacción significativa actual.

Este modelo no es normativo, es decir no plantea un "deber ser" pues no existen estándares de normalidad o funcionalidad, cada persona establece su objetivo de cambio en la terapia. Es un enfoque que no se interesa por la estructura familiar ni por la historia pasada, sino por entender y tratar problemas, esto quiere decir que la tarea del terapeuta no se limita a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema sino que debe transformarse en un agente activo de cambio en el sistema a fin de solucionar el problema.

Es un modelo de intervención no confrontativo, con ello deja ver la influencia de Milton Erickson a través de las técnicas de hipnoterapia generadas por el mismo.

El objetivo de este enfoque es alterar la pauta comunicacional que mantiene el problema, es decir, los signos rígidos que lo acompañan e impiden su solución, a fin de romper la secuencia de interacción para solucionar o atacar adecuadamente el problema actual que aqueja al cliente; todo ello en un tiempo limitado y utilizando técnicas para el cambio que impidan que sigan vigentes los factores que mantienen el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Concepción de los problemas humanos

En un inicio, este modelo consideró los problemas ligados al ciclo vital como elementos importantísimos en la conformación de los problemas, en la actualidad otorgan a las transiciones en la vida familiar igual importancia que la que se da a otros cambios, consideran que el síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores denominan "dificultad" (cualquier situación cotidiana que se valora como amenazante o desbordante en relación con los recursos que un individuo posee para afrontarla) y que exige un nuevo tipo de respuesta, un intento de solución común para erradicarla. Cuando este intento de solución fracasa, la dificultad se transforma en problema.

Así el problema es una dificultad mal manejada, debido quizá a que la solución misma es parte de lo que mantiene el problema. El problema entonces se deriva de una solución incorrecta y ésta ha venido a conformarlo. Consideran que una dificultad se convierte en problema, cuando se intenta resolverla de manera equivocada y después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz.

El origen y la persistencia de los problemas ocurre porque ante una dificultad cotidiana, se emplea una estrategia equivocada. En consecuencia la dificultad no se soluciona y sin embargo se sigue aplicando el mismo intento de solución. De esta manera el problema comienza como una conducta que se hace de forma continuada o repetida e incrementa cuando ante la no solución se aplica una dosis más elevada de lo mismo.

De esta forma los intentos de solucionar o controlar la conducta problema hacen que ésta perdure y el problema persista porque se basa en un círculo vicioso de refuerzo mutuo entre la conducta problemática y la conducta aplicada en los intentos de solución.

Su concepción de los problemas es que éstos son una conducta presente, indeseada y constituida por actos voluntarios e involuntarios que lleva a cabo una persona de manera reiterada. Indican que surge, se conserva o cambia dentro del sistema de interacción social del paciente, es decir la conducta problemática no se da en el individuo sino entre las personas

Sostienen que un problema humano fundamentalmente tiene que ver con cuestiones de conducta y está compuesto de los siguientes aspectos:

Preocupación manifiesta de un cliente acerca de una conducta propia o de otra persona significativa.

Conducta considerada apreciablemente desviada de la norma explícita o implícita de la familia.

Conducta potencialmente dañina para el cliente y/o para los demás.

Conducta por la que se han realizado esfuerzos para modificarla pero sin éxito.

Lo anterior implica que el terapeuta breve inicie en un nivel muy específico identificando la secuencia a partir de la cual surge el problema, incluido desde luego el intento de solución y el resultado del mismo, es decir, encontrando el círculo vicioso, entendido éste como la pauta interactiva reflejada a partir de las respuestas que la familia y el paciente han desarrollado para solucionar el problema y que han resultado ineficaces. Así pues la tarea es identificar el intento de solución que ataca al problema y que al mismo tiempo lo origina y mantiene.

Los integrantes del MRI han establecido una tipología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias y se han referido a ellas como los intentos básicos de solución: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación; y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Más adelante se retomaran estas premisas ya que son básicas para el diseño de estrategias y técnicas de intervención.

Cómo puede solucionarse el problema

Presuponen que la secuencia sintomática o círculo vicioso está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos. A partir de esta premisa proponen que alterando las soluciones intentadas se romperá la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico.

Una vez reconocido el círculo vicioso, se buscará la manera de interrumpirlo o bloquearlo, esto implica que el terapeuta pretenderá con tacto cambiar, invertir o perturbar la secuencia. Fisch, et.al. (1994) señalan que cuando existe un problema que ha avanzado con el tiempo, es probable que se piense que la secuencia no podrá alterarse, no obstante siempre existe la posibilidad de cambio, de una pequeña fluctuación que conduzca a una amplificación mayor que desencadene un salto a otro lugar.

Para lograr el cambio se puede hacer lo siguiente:

- * Romper la pauta interaccional que mantiene el problema.
- * Resignificar el problema o darle una nueva interpretación.
- * Impartir una solución inusual.
- * Cambiar la evaluación del problema.

El grupo de Palo Alto California haciendo hincapié en seguir los comportamientos en torno al problema orientados al proceso, se especializa en cambios pequeños pues presupone que éstos son necesarios para afectar de manera trascendente el problema, por ello aún en sus tareas se apegan a los cambios pequeños con un efecto de bola de nieve. Aunque la naturaleza de la intervención parezca "limitada" se tocan muchos puntos de interacción que generan el cambio, la clave de éste, es el arte con que se puede redefinir la percepción que el cliente tiene del contexto de su comportamiento; la meta entonces es cambiar la realidad percibida del cliente de modo que sea posible el surgimiento de formas alternativas de ver la realidad y con ella varios comportamientos diferentes.

Premisas básicas que guían al terapeuta

Este enfoque terapéutico no exige que todos los miembros de la familia acudan a terapia sino sólo los más motivados. El terapeuta indaga también sobre las excepciones al problema y las circunstancias que las rodean, dicha información aporta soluciones eficaces para cambiar la conducta sintomática, soluciones que a pesar de existir suelen pasar inadvertidas para los clientes que a menudo desestiman su importancia, aumentando con ello su sentimiento de impotencia para superar el problema.

A lo largo de la terapia el terapeuta emplea la redefinición, técnica con la que reestablece una situación de tal forma que sus clientes o pacientes la perciban de manera diferente. Con sus técnicas paradójicas adopta una fuerte posición terapéutica al desafiar constantemente el deseo de cambiar de la familia e insiste en sus mínimos poderes para ayudar. Ésto no sólo le permite mantener su capacidad de maniobra sino que obliga a la familia al cambio al resistirse ésta a toda orden de no hacerlo.

Esta terapia tiene límites de tiempo, aproximadamente 10 sesiones como máximo para la resolución de cada problema presentado.

La postura del paciente

La estrategia fundamental de la terapia breve consiste en influir sobre el cliente para que afronte de modo distinto su problema, este no es un asunto sencillo pues se pretende tener influencia no en una máquina, sino en un ser humano cuya conducta está determinada por todo el bagaje de creencias, valores, y prioridades que posee, es decir, por la postura que ha venido conformando a lo largo de su vida, ante la cual se siente comprometido y que le permite tener una idea con respecto a la naturaleza de su problema, su causa presumible, así como también algunas teorías generales o específicas sobre cómo podría resolverse.

La postura es importante porque representa una inclinación interna del individuo y puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta; así la posibilidad de influir sobre el cliente mantiene estrecha relación con la postura que éste tenga.

La terapia breve no sólo implica dar indicaciones terapéuticas sino enmarcar éstas en la medida del cliente, por ello cuando pretendamos influir sobre alguien debemos tener en cuenta la postura de aquel en quien intentamos influir para que lo hagamos desde su visión y nuestro intento resulte exitoso; ya que el cómo expresemos algo puede resultar convincente para una persona pero no para otra, ésto dependerá de su postura.

Sí en verdad tomamos en cuenta la postura de los clientes para promover su colaboración y facilitar la resolución del problema, entonces estaremos llevando a cabo una persuasión eficiente.

Para que el terapeuta conozca la postura del cliente, desde la primera entrevista y a lo largo del tratamiento ha de estar atento, escuchando lo que éste dice, las palabras exactas que emplea, y el tono y énfasis con que se expresa; debido a que a partir de la descripción de su historia y problema, revela su postura (Fisch, et.al., 1994).

En todo momento el terapeuta valorará la postura específica que el cliente tiene ante el problema, ante el tratamiento y ante él como agente de cambio; a fin de idear argumentos de venta también específicos para el caso.

Un cliente es quien solicita el servicio del terapeuta, a veces lo solicita para el mismo y entonces se define como cliente paciente; en otras ocasiones lo solicita para otro al que define como paciente; entendiéndose por paciente a aquél que tiene el problema y que es definido por el cliente como persona desviada o perturbada que no necesariamente es quien solicita ayuda.

Asumirse como paciente o como cliente efectivo es una de dos posturas en relación con el tratamiento, que afectan significativamente al mismo, dado que el no cliente, por su misma esencia, no se halla interesado en cambiar el estado de la situación aunque advierta una dolencia. A menudo el individuo que adopta esta postura ha venido a consulta por imposición de una tercera persona: sus padres, su cónyuge, un tribunal de justicia o sus hijos adultos.

Clientes o pacientes, pueden adoptar una de estas otras dos posturas: víctima o preocupado, generalmente esta última postura la asumen los que se someten a terapia bajo coacción o imposición. Otras tres posturas puede mostrar el individuo: pesimismo con respecto a la solución del problema, intermedio u optimismo. En cuanto a la terapia en sí misma, los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: receptor pasivo de la sabiduría y de los consejos del terapeuta, responsabilidad recíproca entre él y el terapeuta, tomar a su cargo activamente el tratamiento, e interactuar con el terapeuta como si éste fuera una caja de resonancia pasiva.

El terapeuta breve acepta y aprovecha en forma positiva todo lo que el paciente tiene o hace, entiende la resistencia como un miedo natural al cambio y por tanto no concibe que el paciente tenga una ganancia secundaria por el síntoma.

Siempre resulta más útil responder de un modo que estimule una reacción favorable. Para ello, el terapeuta habrá de conciliar su discurso con el del paciente, reconocer sus valores y evitar los comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad. Naturalmente, el estar seguros de lo que no hay que decir, facilitará el saber qué decir, con la oportunidad y el ritmo elegidos por el terapeuta. A veces una mera inclinación de cabeza servirá para comunicar la aceptación de las palabras del paciente sin que sea preciso hacer nada más, por lo menos en ese momento.

Planificación del caso

Para comenzar la planificación del caso, es preciso recolectar información sobre el problema y las soluciones que el paciente y su familia han puesto en marcha, todo ello en términos de conductas concretas. Una vez definido el problema y aclarada la secuencia que abarca el mismo, el terapeuta indaga los objetivos concretos que los consultantes desean alcanzar con la terapia, definiendo así, el cambio mínimo. La estrategia terapéutica para alcanzarlo supone idear una solución que se aparte 180 grados del impulso básico, evadiendo en todo momento confrontarse directamente con el paciente y evaluando la postura del mismo, para encuadrar la intervención en ella, evitando posibles resistencias.

En resumen, el terapeuta ha de planificar sus intervenciones concretas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y qué persona (o personas) desempeña (n) un papel más estratégico para la persistencia del problema.

El indicador más importante del éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual, él se encuentra completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento, ésto puede suceder por dos razones:

1. Porque la conducta perturbada haya cambiado.
2. Porque haya cambiado la evaluación de tal conducta, lo cual hace que ya no se le considere como un problema significativo.

Formulación de objetivos

Al pactar la meta mínima se debe elegir un cambio mínimo crucial para promover la mejoría, definido en términos de conductas concretas a lo largo de secuencias de interacción y llevar a cabo una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación (efecto de bola de nieve). Con el entendido de que dicho efecto permitirá la generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica. La planificación tomará en cuenta, la estrategia efectiva que se aparte 180 grados del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces con el propósito de lograr un cambio.

Las intervenciones en la Terapia Breve enfocada a los Problemas

Es importante que el terapeuta evalúe las reacciones del consultante ante las intervenciones; a fin de que con estos datos aunados a los obtenidos en las fases previas se pueda formular un pronóstico, así como planificar la estrategia a seguir en las sesiones subsecuentes.

Dentro de las técnicas que se emplean en la terapia breve para promover el cambio encontramos: redefiniciones, tareas directas, prescripciones paradójicas, metáforas y técnicas hipnóticas derivadas del trabajo de Milton Erickson.

- a) **Redefiniciones:** Son técnicas cognitivas que pretenden evitar la etiqueta que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio, es decir, su propósito es convertir la situación problemática, en algo más manejable porque así será más fácil, suscitar la solución.
- b) **Tareas Directas:** Son técnicas directas que consisten en tareas conductuales cuyo objetivo es lograr el cambio en la conducta del paciente o la familia. Se diseñan tomando en cuenta los procesos y patrones relacionados con el mantenimiento del síntoma, en consecuencia proponen directamente la realización de una conducta alternativa.
- c) **Prescripciones Paradójicas:** También son tareas conductuales, sin embargo lo que se prescribe no es algo diferente, sino la continuidad de la conducta sintomática. Se enfatiza el manejo del tiempo, la frecuencia, el espacio geográfico, el contexto sociocultural, donde la aparición del síntoma contemple alguna modificación. La prescripción paradójica requiere una redefinición del problema y una persuasión convincente.
- d) **Metáforas:** Son intervenciones cognitivas que no abordan directamente el problema o síntoma, sino que tienen como objetivo enviar un mensaje al individuo, por vía analógica, esperando que éste extraiga del relato, historia o anécdota una consecuencia que le ayude a resolver la situación problemática. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo, o ambas cosas a la vez.

Reconociendo que las intervenciones, en esencia, constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayada, a continuación expondré las intervenciones que el Grupo del MRI ha desarrollado y planificado en dos categorías:

1. Las intervenciones principales, que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta.
2. Las intervenciones generales que poseen un ámbito de aplicación mucho mayor, pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas.

Las intervenciones principales o específicas

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

Pertencen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual, temblores y tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, entre otros.

Normalmente, el rendimiento de estas actividades es fluctuante y en general, no se concede demasiada atención a dichas fluctuaciones pues se corrigen espontáneamente. Sin embargo, el paciente potencial define dichas fluctuaciones como problema y toma voluntariamente determinadas medidas para corregirlas y evitar que reaparezcan, tales como un esfuerzo deliberado para asegurar un rendimiento normal o efectivo; mismo que sólo puede obtenerse de modo espontáneo o irreflexivo.

En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de autocoacción y deja de esforzarse demasiado.

Como norma general se le pide implícitamente a un paciente que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseña explícitamente a llevar a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que deseamos eliminar; por ejemplo, a un paciente con dificultades para dormir podría convencerse para que en lugar de tratar de conciliar el sueño efectúe una tarea pesada.

En resumen la estrategia global que se emplea para solucionar problemas concernientes a este tipo de solución, se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema, previa justificación e indicación de directrices que conduzcan al paciente a fracasar en su rendimiento, por ejemplo: "Hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial para su control definitivo".

2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad, por ejemplo, fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, miedo a salir en escena), y de fenómenos similares. Este tipo de solución fallida surge y se mantiene sin necesidad de que intervenga nadie más, es decir, el paciente, dentro de su propio sistema cognoscitivo, puede sentir pánico y conservar dicho estado por su cuenta; ésto no significa que otros sujetos no ayuden a perpetuar tales problemas; con frecuencia se da esta eventualidad.

Generalmente se trata de una tarea que implica cierto riesgo, aunque sea muy reducido y se da después de haber experimentado la dificultad, pues el futuro paciente comienza a especular sobre ella: "¿Qué pasaría si....?"- y se alarma al pensar que podría reaparecer en circunstancias peligrosas, mortificantes o humillantes para él. El futuro paciente considera que el acontecimiento temido es algo que él no está en condiciones de dominar a diferencia del resto de la gente, ésto constituye el factor principal de su intento de solución; se dice a sí mismo: "puesto que la tarea resulta en realidad algo sencillo y fácil para los demás, yo no debería tener ninguna dificultad para llevarla a cabo".

Esencialmente el intento básico de solución del paciente consiste en evitar el acontecimiento temido, prepararse para enfrentarlo, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación.

El terapeuta debe evitar formular interpretaciones o directrices que sean meras variantes de esta solución pues ello sólo serviría para prolongar el problema. Lo que se requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, exigiéndole una ausencia de dominio o un dominio incompleto de ella. La venta de la tarea hace alusión a la necesidad de aprender a superar fracasos como única vía para saber qué hacer ante esa situación.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal y se centran en temas que requieren una mutua colaboración. Dentro de ellos encontramos los problemas de pareja, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo, y problemas entre hijos adultitos y padres de edad avanzada.

Las personas aquejadas por este tipo de problemas intentan como solución, sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y exigen de ellos un trato respetuoso tal como si fuesen superiores. Esta forma de solucionar el problema sirve precisamente para producir la conducta que se desea eliminar, ya sea que la exigencia de superioridad se formule como algo a lo que se tiene derecho o es exigible, o bien que se busque mediante amenazas, violencia o argumentación lógica.

Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el cliente se coloque en una actitud de inferioridad.

El propósito terapéutico es influir sobre el cliente para que evite las exigencias altaneras y realice solicitudes explícitas, concretas y específicas. La venta de la tarea es muy importante para que el cliente no piense que asumirá una postura demasiado suplicante sino al contrario que le de la sensación de que se halla en una postura de superioridad con respecto a la persona con la que tiene el problema.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

Es un intento de solución común en problemas conyugales, problemas de crianza infantil y esquizofrenia. Se trata de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, puede resumirse en la siguiente afirmación: "Me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo", es un exceso de cortesía que afecta a ambos protagonistas. Lo anterior refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o exija determinado esfuerzo o sacrificio; se considera que pedir abiertamente lo que uno desea es dictatorial, o una intromisión pernicioso para la integridad de otra persona. Es como si se viese a ésta como alguien frágil, incapaz de determinar su propio nivel de docilidad, alguien que no sabe decir que no. En estos problemas hay un mismo hilo conductor: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que este pidiendo tal sumisión.

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. El terapeuta puede redefinir sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y a la inversa, como beneficioso aquello que el cliente quizás considere como destructivo: las solicitudes directas.

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

Este tipo de solución puede apreciarse en problemas conyugales, de trabajo o de crianza. En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente, la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente.

El problema se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo. A veces esto se puede lograr entrevistándose a solas con el defensor pues la única forma en que el acusador puede entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva en un grado obviamente absurdo.

Las Intervenciones Generales

Son intervenciones de tipo estratégico, que pueden emplearse cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado, cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional, por ejemplo, cuando el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica; también es posible que quiera utilizar dicha postura para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema. Las intervenciones generales son: no apresurarse, los peligros de una mejoría, un cambio de dirección y cómo empeorar el problema.

1. No apresurarse

En ciertos casos, ésta es la única intervención. Al cliente se le dice que no haga nada concreto, solamente se le dan instrucciones generales y vagas, por ejemplo: "Sería muy importante que esta semana no hiciese nada que provoque ulteriores avances". La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa.

El mandato de no apresurarse se aplica con bastante probabilidad en la primera sesión y básicamente en tres situaciones:

- a) Con clientes cuyo intento de solución consiste fundamentalmente en esforzarse mucho por superar el problema, ya que si reducen su esfuerzo, el síntoma disminuirá.
- b) Con pacientes pasivos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran.
- c) Con ligeras excepciones, también se adopta esta actitud cuando el cliente, después de verse sometido a una intervención concreta, ha vuelto a la siguiente entrevista informando sobre una mejora específica y deseada.

Esta táctica es de utilidad porque evita que el paciente tenga una sensación de urgencia, que probablemente se ha visto alimentada por sus intentos de solucionar el problema y es más probable que abandone esos esfuerzos, que no hacen más que perpetuar el problema, si se le manifiesta que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que avance con lentitud.

2. Los peligros de una mejoría

Esta intervención puede considerarse como una variante de la anterior. Una vez que el terapeuta ha identificado un único inconveniente de mejoría, dotado de credibilidad puede utilizarlo para numerosos objetivos, por ejemplo: ampliar la postura de no apresurarse.

Si el cliente comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a exigirse rendir más, modificando de esta manera su intento de solución de esforzarse demasiado y como resultado de dicho cambio puede pronosticarse un aminoramiento o una desaparición de su dolencia.

En algunos casos esta intervención provoca un cambio significativo o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia, en especial cuando se trata de problemas de ansiedad.

3. Un cambio de dirección

Por “cambio de dirección” entendemos que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. A menudo el cambio de dirección implica un giro de 180 grados.

Suele requerirse un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente, y no se da cuenta de este fenómeno, que se refleja cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta y éste se siente frustrado. El cambio de dirección también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo, es decir cuando se queja de que no ve avances o bien el terapeuta comprende que a pesar de sus sugerencias no se está avanzando hacia la solución del problema.

El terapeuta puede afirmar que ha estado pensando mucho en el problema y se ha dado cuenta de que había pasado por alto algún elemento, o no le había concedido la importancia suficiente o algún punto que se había planteado con anterioridad. Como consecuencia, ahora está en condiciones de ver que había tomado un camino equivocado y de que se requiere un enfoque muy distinto.

En algunos casos cuando el terapeuta se halle muy comprometido en determinada posición, será preciso que recuerde un principio básico de la terapia breve: aceptar lo que el cliente ofrezca y considerar cómo puede ser utilizado en vez de discutir acerca de ello. Ello permitirá que efectúe un cambio radical de dirección diciéndole al cliente: sólo he discutido para probar su confianza en lo que usted sostiene.

También puede llevarse a cabo haciendo referencia a la consulta con otro terapeuta anónimo, más experimentado, diciendo por ejemplo: “el experto mencionó un aspecto que yo no logré entender, pero él dijo que usted si lo entendería”. Ello puede incrementar la probabilidad de que el paciente acepte ese elemento, puesto que le permite alzarse por encima de su terapeuta entrando en coalición con el prestigioso experto, al poseer una capacidad de comprensión superior a la del terapeuta.

4. Cómo empeorar el problema

Cuando un terapeuta brinda una sugerencia suele añadir que la acción sugerida probablemente resultará útil para lograr una mejoría del problema. A veces sin embargo es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto se suele hacer cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores

sugerencias, o no ha querido probar algo nuevo para cambiar. “Si usted lleva a cabo lo que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara”, “No se ocurre sugerirle algo que pueda ayudarle, pero al menos estoy en condiciones de darle algún consejo concreto sobre cómo conseguir que las cosas vayan aún peor”. A continuación, el terapeuta expone detalladamente todas las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar su problema pero que en realidad servían para exacerbarlo; a fin de que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

TERAPIA BREVE ORIENTADA A SOLUCIONES

La Terapia Breve enfocada a Problemas, influyó enormemente para que se generará su contramodelo, orientado a soluciones. Steve de Shazer (1997), de origen alemán fue el impulsor de esta forma de intervención, tuvo la influencia de Weakland y colaboró en seminarios con Erickson; desarrolló su trabajo desde 1978 en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee fundado por el mismo.

Allí enfatizó la importancia de entender las soluciones y ajustarlas a diferentes problemas. Planteando que si se mira lo positivo entonces se podrá generar más de lo positivo y que por parte de los pacientes no existe la denominada resistencia sino un estilo o método único, propio de cooperación para ayudarse a cambiar. Por otra parte demostró los efectos notables de: las tareas de “fórmula” o invariables -independientemente de la queja-, el énfasis en los recursos, la pregunta del milagro, la pregunta de escala y la búsqueda de excepciones.

Otro de los representantes de este modelo de intervención, porque contribuyó a su difusión, es William O’Hanlon (1990), entrenado en la metáfora por Erickson. La intervención terapéutica orientada a soluciones, conducirá rápido y efectivamente al cambio y co-creará salud, siempre y cuando se establezca una relación cooperativa entre cliente y terapeuta, para conseguirlo los terapeutas emplean cuidadosa, creativa y conscientemente su lenguaje y el del cliente, dirigiendo la conversación hacia el cambio. Las palabras clave que deben guiar el ejercicio terapéutico son: éxito, solución, recursos, fuerza, posibilidad, competencia, capacidad, lados fuertes y lo positivo del cliente. Las premisas que debe compartir el terapeuta son: buscar alternativas válidas y funcionales; considerar que el cliente es el experto en la situación que le aqueja; pensar que en las manos de cada uno está construir los problemas, por tanto en las manos propias estará la solución; y la idea de que la profecía autocumplidora, suscita y evoca acciones que de otra forma no podrían ocurrir (O’Hanlon y Weiner, 1990).

Su idea de cómo son las personas

El enfoque de terapia breve centrado en soluciones trata a toda la gente como “normal” y considera que todos los seres humanos tienen recursos para solucionar sus quejas. El poseer ambas premisas contribuye para que las personas tiendan a actuar de ese modo.

Puesto que no existe una única forma correcta o válida de vivir la propia vida, son los clientes y no los terapeutas quienes deciden cómo vivir su vida e identifican los objetivos a seguir en la terapia.

Aunque considera que no hay verdades únicas, sí reconoce que existen algunos puntos de vista más útiles que otros para enfrentarse a una situación problemática; éstos permiten considerar nuevos significados del problema que a su vez pueden llevar a un enfoque diferente y quizá más efectivo.

Acercas de la naturaleza del problema o por qué la gente hace lo que hace

En este enfoque el motivo de consulta es denominado: "queja", la cual no tiene un origen subyacente, ni existe una función causal, funcional o explicativa de ella, tampoco hay en el sistema movimiento homeostático alguno que impida el cambio.

Su concepción de los problemas es que éstos son patrones de habla, pensamiento y acción, presentes, indeseados y constituidos por actos voluntarios e involuntarios que lleva a cabo una persona de manera reiterada y son muy susceptibles de cambio. El problema es aquel que puede observarse en el presente en un área específica y que surge dentro de un contexto, el inmediato y se mantiene por los intentos infructuosos para solucionarlo, mismos que impiden visualizar y aplicar más soluciones o explorar las excepciones.

La propuesta sobre el cambio

El terapeuta breve centrado en soluciones está orientado al cambio, concibe éste como algo inevitable, constante y contagioso en todo el universo. En consecuencia tiene un comportamiento verbal y no verbal que expresa que el cambio es inevitable. Destaca que todas las personas viven aspectos satisfactorios de funcionamiento tanto en el área de la queja como fuera de ella, por lo tanto pretenderá ampliar esos aspectos y las soluciones eficaces y resaltará aquello que es satisfactorio en la vida de los clientes y del sistema. Al hacerlo y reconocer que la queja puede o no ocurrir, estará permitiendo al cliente crear una expectativa de vida sin la queja (De Shazer, 1999).

Una vez reconocido el patrón recurrente o la pauta de relación que está alrededor de la situación problema, buscará la manera de romperlo, interrumpirlo o bloquearlo, esto implica que el terapeuta pretenderá con tacto cambiar, invertir o perturbar la secuencia problemática y ampliará las excepciones.

Este modelo terapéutico recomienda que el terapeuta debe centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

La relación cliente-terapeuta

La terapia centrada en soluciones reconoce que las posturas individuales y la relación cliente-terapeuta influyen en el proceso de cambio. Destaca que la terapia es el resultado de una cooperación entre terapeuta y cliente en la que ambos juegan un papel activo y el primero no es ni experto, ni educador de la familia.

El terapeuta propicia que el cliente defina los objetivos, puesto que no se considera mejor preparado para decidir sobre la vida de aquél y además reconoce que no existe una única forma correcta de vivir. Sólo en circunstancias tales como, casos de suicidio, objetivos utópicos o ilegales como violencia o abuso sexual; el terapeuta hace sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes.

O'Hanlon y Weiner (1990), no creen que únicamente la terapia prolongada pueda generar cambios y proponen:

- ☞ El cambio rápido y duradero a través de una terapia breve (de 6 a 8 sesiones, como máximo 10).
- ☞ Centrarse en el aquí, en el ahora y en un futuro sin problemas.
- ☞ Innecesario saber mucho acerca de la queja para resolverla.
- ☞ Usar el pasado sólo para averiguar, cuándo o bajo qué circunstancia el problema no ocurría.

- ⇒ Construir un problema resoluble.

Los propósitos de la Terapia Breve orientada a Soluciones

En la terapia orientada hacia las soluciones el terapeuta identificará lo que la gente hace y le da buenos resultados, es decir, las excepciones con la intención de que no pueda dejarse espacio para el problema. Son tres las cosas que el terapeuta debe intentar en colaboración y para beneficio del cliente:

1. Cambiar en el cliente su forma de actuar. Consiste en cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problema, dando a los clientes libertad para usar otras acciones que tengan más probabilidades de resolver la queja. Un cambio en el actuar puede producir también un cambio en el marco de referencia y generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.
2. Cambiar en el cliente la forma de ver. Cuando los clientes informan que su situación no ha cambiado, la tarea del terapeuta será influir sobre la percepción que tiene el cliente, de su situación, pues es ésta y no la situación real, la que no ha cambiado.
3. Evocar en el cliente recursos, soluciones y capacidades. El terapeuta cumplirá su propósito a través de atender a ciertos temas, ignorar otros, interrumpir constantemente, escuchar silencios, formular ciertas preguntas y no otras a fin de centrarse y generar información sobre lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo.

Lineamientos básicos del proceso terapéutico

Primera entrevista

Debido a que no existen recomendaciones metódicas para abordar exitosamente las quejas que los clientes nos llevan a consulta, sólo podemos señalar algunos lineamientos básicos que pueden guiar el quehacer del terapeuta centrado en soluciones; reiterando que su labor no la realiza individualmente sino en co-participación con el sistema cliente que requiere sus servicios y por ende sus intervenciones más brillantes o más vulgares pueden desembocar en cambios invisibles ante el cliente o en experiencias trascendentales en sus vidas, respectivamente; lo anterior enfatiza el carácter interactivo de las intervenciones terapéuticas.

Desde la entrevista telefónica se crea un ambiente cálido, cómodo y amable, adecuado para conversar libremente.

Al inicio de la terapia el terapeuta podrá abordar temas que no promuevan el desacuerdo y la confrontación; sino la comodidad, el rapport y la unión. La meta de esta fase es que el terapeuta manifieste que el sistema que le consulta y cada miembro que lo constituye, le interesan, para lograrlo puede valerse de las técnicas de unión, tales como, la adaptación al lenguaje del cliente y adoptar la modalidad sensorial de él. La duración de esta etapa estará en función de la rapidez con la que los clientes puedan “soltarse”, con el fin de que ellos se relajen y se dispongan a establecer la empatía y la cooperación, para comenzar el trabajo con el motivo de consulta.

Esta fase también puede ser útil al terapeuta para que complete los datos de los clientes que no se exploraron en la entrevista telefónica, por alguna circunstancia ajena a su control; así como también para definir el contexto de trabajo terapéutico.

Breve descripción del problema

Esta fase se inicia con la pregunta: ¿qué te trae por aquí? A todos los miembros que acuden se les pregunta ¿cómo ves tu esta situación?. No se pregunta: ¿cuál es el problema en el que puedo ayudarte?

Las preguntas que se formulan sobre este rubro sirven únicamente para indagar el motivo de consulta, para que los clientes planteen una breve descripción del problema y las excepciones, es decir, cuando el problema no se presenta o lo hace con menor intensidad.

Normalizar y despatologizar

Una de las directrices que guían al terapeuta breve centrado en soluciones es considerar la situación del cliente o del sistema como algo natural y ordinario, más que problemático, aunque los clientes lo enmarquen dentro de lo patológico o psicológico, el terapeuta debe ofrecer un marco de referencia cotidiano para reestructurar activamente la situación como normal.

Identificar y coconstruir un problema resoluble

Para el cambio es importante negociar la definición del problema, es decir coconstruir un problema resoluble, para ello el terapeuta debe:

- ❖ Buscar la especificidad del problema y preguntar sobre las ocasiones en las que el cliente no lo experimenta.
- ❖ Poner atención a las características o aspectos del cliente o de la situación, que son susceptibles de cambio o factibles de solución.
- ❖ Identificar las soluciones anteriores que fueron exitosas para resolver el problema actual.
- ❖ Reconocer los recursos y fortalezas del cliente.

Definir objetivos

Si todo marcha según lo previsto, cliente y terapeuta pasan a la definición de objetivos, relevantes para el cliente, alcanzables en un periodo de tiempo razonable, expresados en términos positivos, es decir indicando la presencia y no la ausencia de algo, quizá objetivos pequeños que una vez logrados causen efectos más amplios en otras áreas.

Otro aspecto importante en la definición de objetivos es determinarlos de forma muy concreta como si se estuviera relatando un video, a fin de que los clientes y su sistema significativo reconozcan el logro de los mismos.

La utilidad de la pregunta del milagro

Con la finalidad de que el cliente reporte en términos de conductas concretas y específicas, qué características tendrá la solución, el terapeuta formulará la pregunta del milagro, que consiste en pedirle al cliente que imagine un futuro sin el problema y describa cómo es.

La utilidad de la pregunta de escala

La pregunta de escala sirve para ofrecer al cliente una manera útil de evaluar su propia situación y medir su propio progreso, así como también cambiar las descripciones generales de blanco/ negro por descripciones con más matices.

La pregunta de la escala consiste en pedir al cliente que valore en una escala de 1 a 10 la gravedad del problema, esta valoración funcionará como indicativo de la línea base.

- en una escala de 0 a 10 la gravedad del problema antes de acudir a terapia
- en una escala de 0 a 10 su situación en este momento
- en una escala de 0 a 10 la gravedad del problema en la última semana
- en qué lugar de la escala tendría que situarse para sentirse satisfecho

No siempre se establece una línea base del problema, ya que el interés no es evaluar el síntoma sino iniciar cuanto antes la solución (de Shazer, 1989).

Posteriormente se puede pasar a indagar los intentos de solución eficaces para afrontar el problema, es decir, las excepciones.

Como puede observarse la forma que este enfoque tiene de evaluar, está completamente sesgada por una intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual durante la entrevista emplean el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. Por el contrario, el énfasis recae en averiguar cuáles son las situaciones en las que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir cuáles son las excepciones al problema y/o los recursos del cliente para llegar a ellas.

La pausa

Cuando se trabaja en colaboración con un equipo terapéutico detrás de una cámara de Gesell tiene gran importancia que el terapeuta haga una pausa en la consulta con el cliente para ordenar las ideas que ha captado, conversar con su equipo para reunir y compartir ideas sobre la dirección del caso y elegir los aspectos dignos de resaltarse al volver a la consulta del cliente quien seguramente estará esperando con gran expectación, las opiniones sobre su queja.

La pausa sirve como marcador de contexto pues se separa del resto de la sesión y con ello se le da un tinte de importancia, por otra parte permite al terapeuta tomar distancia del sistema "cliente" y entrar en contacto consigo mismo, considerar lo que se ha dicho, escuchar a su equipo y volver a subrayar comentarios que considere relevantes o ideas nuevas. Generalmente el comentario del terapeuta después de la pausa es un resumen de las cosas que ha venido haciendo bien el cliente, una enumeración de elogios y comentarios normalizadores, nuevos marcos de referencia y finalmente una prescripción o tarea.

El mensaje final o la intervención que se da al concluir la primera sesión, tiene como objetivo consolidar los significados y puntos de vista generados durante ella, asimismo sirve como una forma para dar cierre a la entrevista.

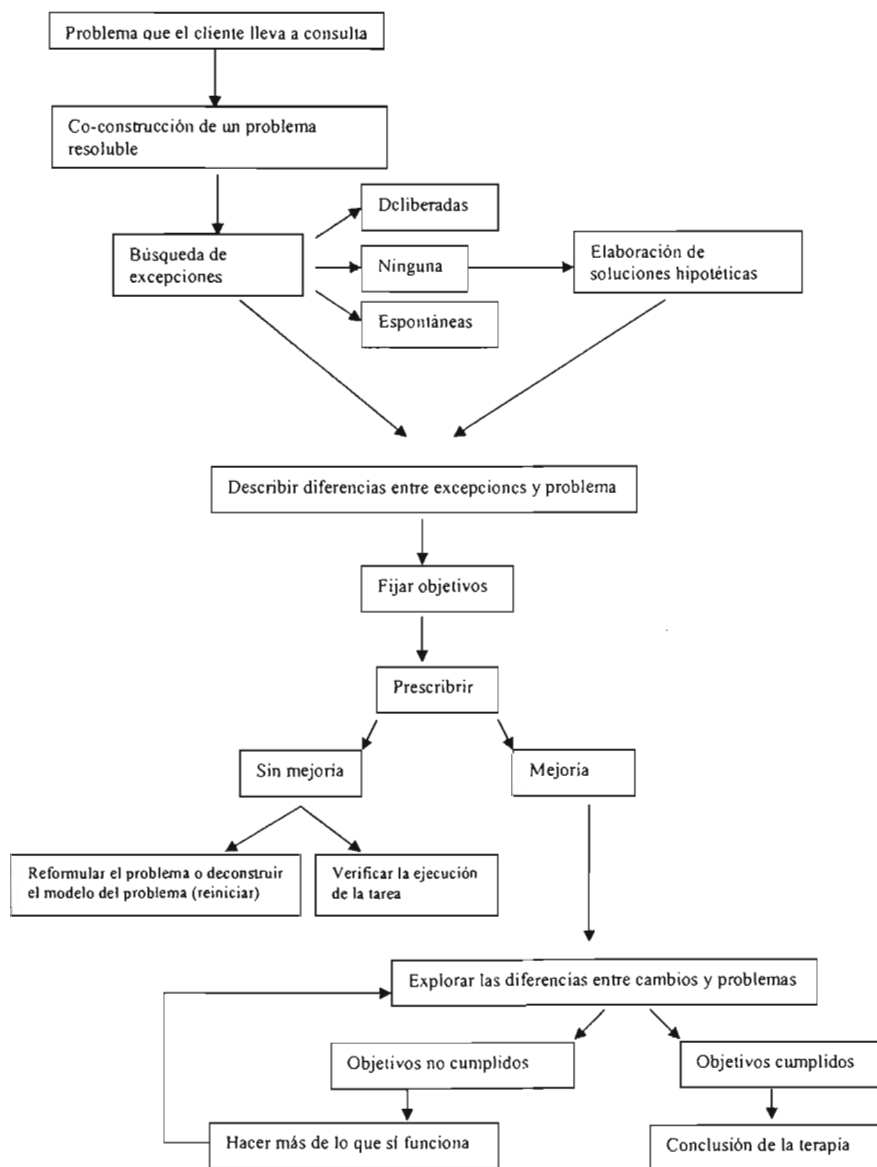
Su contenido consta típicamente de un elogio seguido de una o varias tareas.

Los elogios recogen lo que el cliente o la familia están haciendo bien, realiza sus cualidades y subraya sus recursos, apoyando los lados fuertes que hayan aparecido a lo largo de la entrevista.

Las tareas proponen hacer o pensar algo y los criterios para diseñarlas son:

- √ Hacer la sugerencia más sencilla que sea posible.
- √ Pedir algo que sea coherente.
- √ Sugerir sólo aquello que consideremos que los clientes están dispuestos y pueden hacer.

De acuerdo con los principales postulados de de Shazer (1997), el procedimiento terapéutico que sigue la Terapia Breve orientada a Soluciones puede esquematizarse de la siguiente forma:



Las intervenciones en la Terapia Breve orientada a Soluciones

Intervención sobre patrones

El terapeuta breve centrado en las soluciones tendrá como propósito intervenir modificando tanto el patrón de la queja como el patrón del contexto que rodea la pauta de la queja.

1. Intervención sobre el patrón de la queja

Previa evaluación del patrón de la queja, el terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja. Situación que también altera el contexto de la queja y con ello a menudo ésta desaparece, gradualmente o de forma abrupta.

Las intervenciones que pueden darse sobre el patrón de la queja son diversas. El terapeuta puede optar por cambiar la frecuencia, el momento de aparición, las personas involucradas, la duración y lugar donde se produce la queja, añadir un elemento nuevo, cambiar el orden de los elementos de la secuencia problemática, descomponer la secuencia de la queja en elementos más pequeños, y unir la aparición del problema a una actividad gravosa.

2. Intervención sobre el patrón de contexto

Este tipo de intervención requiere un conocimiento de la secuencia problemática y de su contexto más amplio. El terapeuta pedirá descripciones de conductas e interacciones relacionadas con la pauta problemática y alterará aquellas que parecen acompañarla habitualmente. El Centro de Terapia Familiar Breve desarrolló intervenciones que parecen ser eficaces para resolver problemas muy diversos, a las que designó: “tareas de fórmula”.

Tareas de fórmula

Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. Por ejemplo: A una persona que padece bulimia presentando como característica habitual el desarreglo personal, se le prescribe que cuando crea que se va dar un atracón se arregle, poniéndose sus mejores ropas, maquillándose y peinándose. La prescripción también implica que después de arreglarse, coma, si es que aún siente la necesidad de hacerlo.

La denominación de “tareas de fórmula” o “llaves maestras” quiere decir que son intervenciones generales, que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema o la queja que el cliente lleva a la consulta. En otras palabras se emplea la misma tarea para iniciar cambios tanto en la queja de dificultades conyugales como en la depresión de una adolescente.

Son tres las tareas de fórmula que se reconocen: la tarea de fórmula de la primera sesión, la tarea de la sorpresa y las tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces.

La tarea de fórmula de la primera sesión y la tarea de la sorpresa se orientan hacia soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta problemática, mientras que la finalidad de las tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces es establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema. Para aplicar estas últimas, el terapeuta debe recoger información acerca de la existencia o no de las soluciones apropiadas, es decir, de las

excepciones, así como también sobre el grado de control que el cliente tiene con respecto a su aparición.

Tarea de fórmula de la primera sesión

A través de ella, el terapeuta invita a los clientes a mirar su cotidianidad con una lente positiva. La tarea consiste en que al finalizar la primera entrevista se diga al cliente “desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a mi me gustaría que observara y anotara aquello que ocurre en su relación de pareja (ámbito de la queja) que usted quiere que continúe ocurriendo” (de Shazer, 1991). Frecuentemente las conductas nuevas y diferentes que surgen a partir de la tarea y que no son prescritas, son precisamente los cambios que se requieren para resolver la queja.

Es importante subrayar que al cliente no se le dice qué hacer y cómo para resolver su problema, es decir, él sin requerir ninguna información específica, sabe exactamente lo que debe hacer.

Tarea de la sorpresa

La tarea de la sorpresa consiste en decirle al cliente “haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tu esposa (persona involucrada en la queja). No le digas qué es. La tarea de usted señor es adivinar qué es lo que su esposa está haciendo como sorpresa. No comparen sus notas ya que eso lo haremos en la próxima sesión”.

Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces

Si el cliente no provoca de forma deliberada la solución adecuada, es decir, si a pesar de identificarla no es capaz de establecer diferencias entre lo que sucede cuando el problema aparece y cuando no aparece.

Intervenciones que el terapeuta debe considerar a lo largo de las sesiones

El elogio

El elogio detalla las estrategias que el cliente tiene para controlar la desaparición o evitación del problema, así como para hacer cosas satisfactorias en otros aspectos de su vida, es decir, destaca las tendencias positivas del cliente.

El lenguaje como intervención

Una vez identificada la modalidad sensorial preferente del cliente y ya que nos hemos unido a él adoptando su lenguaje, se procede a canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más normales de la dificultad. Se encauzan los significados de las expresiones del cliente hacia una dirección más productiva, o a emplear palabras distintas, con la intención de que comience a usar palabras más útiles, es decir, aquellas que se alejan de los rótulos negativos tradicionales, que son fijos y no conducen más que a reificarlos; por ello vamos conduciendo al cliente para que éste los traduzca en descripción de acciones, más que en una característica inamovible.

Búsqueda de excepciones al problema

Resumiendo, la excepción es aquella ocasión en la que contra lo esperado, no se da el “problema” sino conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con él y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas. La excepción está presente antes del tratamiento y durante el tratamiento sin embargo pueden no ser percibidas o valoradas como tal por el cliente hasta después de las conversaciones terapéuticas.

Después de una muy breve exposición del problema, el terapeuta formulará preguntas que le permitan obtener información sobre las excepciones al problema, los recursos y fortalezas del cliente y de su sistema. Es importante recordar desde nuestra primera interacción con el cliente que nunca es demasiado pronto para preguntar sobre las excepciones, previa ratificación de que los clientes se sientan comprendidos y validados en su demanda. Cada cliente requiere un tiempo único para establecer la empatía y explicar su problema, antes de abordar el tema de las excepciones.

De acuerdo con De Shazer (1989), existen cinco pasos en el trabajo con excepciones:

1. Elicitar. Consiste en suscitar el tema de las excepciones.
2. Marcar. Consiste en subrayar la excepción para que no pase inadvertida ante los ojos del cliente a fin de que este reconozca que una diferencia hace la diferencia
3. Ampliar. Consiste en ampliar la excepción tanto como sea posible
4. Atribuir el control. Consiste en construir la excepción como algo que es responsabilidad del cliente.
5. Seguir buscando excepciones. Consiste en preguntar qué más excepciones se han presentado, volviendo a marcarlas, ampliarlas, atribuir el control y seguir buscando excepciones

Preguntas presuposicionales para encontrar excepciones

Si la búsqueda de excepciones se dificulta, el terapeuta puede formular preguntas presuposicionales, pues al contestarlas, el cliente no tiene más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable.

Según O' Hanlon y Weiner (1990), las preguntas presuposicionales son las que presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes y se formulan de tal manera que se impide al cliente responder con un sí o un no, por ejemplo, en lugar de preguntar: ¿pasó alguna cosa positiva?, o ¿ha hecho alguna vez algo que funcionara?

Conviene preguntar:

¿qué cosas positivas sucedieron?

¿qué cosas ha hecho en el pasado que hayan funcionado?

Búsqueda de excepciones potenciales mediante la proyección a futuro

En la mayoría de los casos, la identificación de soluciones eficaces por parte de los clientes no se presenta al principio, debido a la epistemología que poseen, entonces el terapeuta trata de encontrar excepciones potenciales.

Las prácticas de proyección al futuro tales como la pregunta del milagro, la técnica de la bola de cristal, la fantasía guiada, la máquina del tiempo, etc.; se emplean para construir con los clientes, objetivos útiles, también sirven para que se rompa el encuadre que los clientes hacen de su situación, funcionan para facilitar al cliente la llegada a un futuro diferente. Estas prácticas terapéuticas son útiles para aquellos clientes o sistemas que se han quedado congelados en el presente o en el pasado (Selekmán, 2002).

ESCUELA DE MILÁN

En 1967 se conformó un grupo de ocho psiquiatras dirigidos por Mara Selvini Palazzoli el propósito de su unión fue tratar a niños de Milán gravemente perturbados y atender también a sus familias con una orientación psicoanalítica

En 1972 el grupo de Milán conoció los resultados de la terapia familiar que se llevaba a cabo en los Estados Unidos específicamente en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, fundamentados con ideas Batesonianas. A partir de estos datos el grupo debatió con respecto a la idoneidad del método psicoanalítico y el enfoque sistémico; Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin decepcionados por los resultados de sus métodos terapéuticos analíticos e influidos por Bateson modifican su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a familias predominantemente cambiantes, adoptan una orientación puramente sistémica y por tal razón se escinden del grupo de los ocho, pues juzgan incompatibles los modelos sometidos a debate y se plantean como propósito trabajar exclusivamente bajo un marco sistémico no sólo con niños anoréxicos sino atendiendo población con graves desórdenes emocionales.

De esta manera se conforma el grupo de Milán que como tal trabajo por diez años, fundan en el mismo lugar el Centro per il Studio della Famiglia y tienen como consultor a Watzlawick, desarrollan la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Además diferencian entre el nivel de significado –creencias y el nivel de la acción –patrones conductuales- (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata; 1998).

Cabe señalar que el grupo de los cuatro de Milán avanzó posteriormente en direcciones muy distintas. Boscolo y Cecchin, hasta el reciente fallecimiento de este último en 2004, estuvieron enseñando en Milán y dando talleres de trabajo por Europa, Canadá y los Estados Unidos. Selvini y Prata también están enseñando, ahora básicamente en Europa, además de continuar con sus investigaciones.

Las ideas que sustentaron la terapia estratégica del MRI se convirtieron también en el fundamento del modelo de Milán. Algunos métodos de ese enfoque terapéutico fueron ampliados, tales como el doble vínculo terapéutico y las tareas estratégicas, sólo que el grupo de Milán nombró tales métodos de forma distinta, a saber: contrapárodja y rituales, respectivamente.

Puede notarse entonces que aunque influenciados por el grupo de Palo Alto evolucionaron en otra dirección, aunque lo bastante distinta como para ser considerada una escuela por méritos propios.

La piedra angular de este modelo ha sido sin duda alguna el "juego familiar", concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones entre los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. El juego y el mito familiar pertenecen al nivel del significado, que preside el nivel conductual, al conferir una interpretación establecida a las acciones e interacciones familiares. La familia "patológica" no percibe las variaciones que sus conductas sufren con el tiempo, porque su sistema de significados o creencias permanece fijo. Consecuentemente, la meta terapéutica consiste en modificar la visión epistemológica que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para lograr el cambio de la secuencia sintomática.

Uno de los primeros objetivos de este enfoque es conocer cuál es el juego familiar para que a partir de él, se establezca una hipótesis inicial de trabajo. Las hipótesis siguen una epistemología circular y ordenan la información obtenida durante la sesión. El instrumento creado para evaluar el juego familiar es la entrevista circular, que obedece a los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad. Las preguntas formuladas a la familia sirven al terapeuta para confirmar o falsear las hipótesis. Precisamente la circularidad define esa capacidad

terapéutica de establecer diferencias y conexiones a través de las preguntas, de forma que se confirmen o falseen las hipótesis establecidas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Al explorar distinciones y nexos relacionales entre las conductas y creencias de los miembros de la familia se hace explícita la información implícita, lo cual puede ayudarles a elaborar el problema y a encontrar por sí mismos soluciones eficaces.

Las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar el juego familiar, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

Durante la etapa en que el Grupo de Milán empleaba la prescripción paradójica, con objeto de establecer una epistemología alternativa, redefinía las creencias y relaciones familiares y buscaba los efectos saludables del síntoma para el sistema, prescribiendo a continuación la secuencia sintomática durante un tiempo establecido por el terapeuta.

Su idea sobre la familia

El grupo de Milán concibe la familia como un grupo de elementos de un circuito de interacción que se interinfluyen, forman rizos causales, circulares que avanzan y retroceden; como un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores, retroalimentaciones correctivas, intercambios comunicacionales tanto verbales como no verbales que permiten experimentar lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original, que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares (Selvini Palazzoli et al., 1998).

Su teoría de la psicopatología: el doble vínculo patológico

Se define a la familia patológica (con transacción esquizofrénica) como un grupo natural con normas peculiares de patología en su relación comunicativa, es decir, regulado en su interior por una simetría llevada a tal punto de exasperación que la hace no declarable y por lo tanto encubierta. Como un juego que puede continuar ad infinitum pero puede exponer también al riesgo de la ruptura: la violencia física, el abandono del campo por parte de uno de los adversarios, la pérdida de él y por ende del juego mismo; precisamente aquello que la familia con transacción esquizofrénica no puede soportar (Selvini Palazzoli, et al., 1998).

En estos sistemas la pauta que conecta es la simetría exacerbada, se actúa *como si*, son ambiguos, no se exponen, todo es indecible, si alguien lo hace explícito define la relación y el juego termina. En la paradoja psicótica no se puede escapar del campo ni metacomunicarse o aclarar las ambigüedades.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan.

Como podemos darnos cuenta en el juego comunicativo de las familias de esquizofrénicos cada miembro del sistema trata de obtener un control de las reglas de la familia, mientras niega que lo esté haciendo, a menos que todos se pongan de acuerdo o bien puedan convenir en las reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie, desde luego, ni tendrá fin, en un eterno ciclo. Se conformara entonces el juego acerca del juego, o el metajuego, y siempre seguirá adelante.

La paradoja patológica implica pues que se haga lo que se haga en el sistema siempre va a estar mal, eso resulta enloquecedor, así la familia con transacción esquizofrénica sostiene su juego a través de una maraña de paradojas o juegos que no son manifiestos, sólo podemos inferirlos de las comunicaciones que se efectúan en la familia y que únicamente pueden ser anuladas por contraparadojas en el marco de la terapia.

La intervención contraparádica

El objetivo cuando estas familias acuden a terapia es intentar cambiar las reglas para influir en los síntomas y lograr un cambio, previo descubrimiento de las reglas fundamentales del sistema para desaparecer el comportamiento patológico con la idea de lograr el máximo cambio con el mínimo gasto de energía.

Por tanto, el primer paso en la terapia sería establecer qué juego está jugando la familia con el terapeuta, aprobar el juego y fomentarlo.

Habitualmente el juego es: Le traemos a nuestro enfermo, causa de nuestros males, hay que arreglarlo y nos sentiremos mejor, pero no nos haga cambiar.

El terapeuta sabe que caer en la trampa de tratar de hacer ésto, sólo producirá su propia caída.

Entonces, la jugada opuesta será pedir al miembro sintomático que continúe con el problema, en vez de tratar de arreglarlo. No sólo se *prescribe el síntoma*, el pensamiento problema o juego de comportamientos, como en el modelo estratégico, sino la configuración general de las relaciones que rodean el problema (Selvini Palazzoli et al., 1998).

El cuestionamiento circular

La técnica del cuestionamiento circular es un método que aumenta considerablemente la cantidad y calidad de la información que se obtiene en una entrevista.

Ante todo, las preguntas que se plantean provocan que las personas se detengan a pensar, en vez de actuar de manera estereotipada, la persona que no habla también escucha atentamente. Por otra parte estas preguntas intervienen en las intensificaciones y disputas, no sólo en presencia de la familia sino también entre el terapeuta y los miembros de la familia. Finalmente tales preguntas parecen desencadenar más del mismo tipo de pensamiento "diferente", que es en esencia circular porque introduce la idea de vínculos formados por perspectivas cambiantes (Cecchin, 1987). La consigna básica es siempre formular preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación.

Las preguntas circulares pueden tener efecto acumulativo, por ejemplo se puede preguntar a una esposa qué tipo de relación tuvo el esposo con su madre y luego plantearle a él la misma pregunta acerca de ella y de su propia madre. Estas referencias cruzadas de información pueden ser reveladoras y producir aún más revelaciones. Además, el terapeuta puede usar esta técnica para plantear preguntas sumamente cargadas sin los frenos habituales, ya que sólo está recibiendo las opiniones de otros, por lo tanto no sólo se puede hablar de uno mismo sino comunicar de la relación de otros, y ésto de alguna manera moviliza a los que se relacionan, para que diferencien.

Otra utilidad de estas preguntas es que pueden emplearse para bloquear comportamientos con sólo señalarlos. Si una esposa entiende a la sexualidad como un tema tabú el terapeuta puede preguntar al esposo: "¿usted cree que ella nunca había hablado de la sexualidad porque le era difícil?" De esta forma se pone sobre la mesa el "peor de los casos" y quita a la sexualidad su poder para perturbar a otros.

La importancia de la neutralidad

La neutralidad pese a sus implicaciones de no comprometerse, tiene más que ver con la eficacia en la terapia que con permanecer al margen. La neutralidad de parte del terapeuta se refiere a mantener una actitud *apacible* aunque respetuosa durante la entrevista, en contraste con la sociabilidad adoptada por muchos otros modelos de intervención (Cecchin, Lane y Ray, 1993).

El grupo de Milán describe la "neutralidad" como la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas y enredos lineales.

La "neutralidad" confiere al terapeuta sistémico el poder de ser eficiente. Pero los ingredientes son muchos: la actitud tranquila, no reactiva, el cuestionamiento circular, que siempre ubica al terapeuta en el metanivel; los recursos que evitan que el terapeuta se vea atrapado por el sistema terapéutico (la pantalla, el equipo, los mensajes, las palabras y acciones inexplicadas e inesperadas de los terapeutas); el interés en cuestiones de campo y contexto, por orden de prioridad y por último, la implacable actitud hacia la resistencia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La hipótesis sistémica

En este enfoque se afirma que una hipótesis debe ser circular y relacional, es decir organizar todos los datos confusos anexos a un síntoma, de tal manera que tengan sentido en el marco de las relaciones familiares. Define una hipótesis como una suposición que se formula como base para razonar, sin referencia a su verdad, como punto de partida para una investigación.

Cecchin (1987) destaca dos usos importantes de las hipótesis sistémicas:

1. Su "poder de organización", ya que no sólo proporciona una burda estructura sobre la cual colgar las masas de información arrojadas por una familia, sino que puede dar al terapeuta un hilo que seguir al efectuar una entrevista, bloqueando así la charla insustancial que hace perder tanto tiempo de la sesión habitual.
2. Sugiere el significado que el comportamiento sintomático tiene en ese momento, en esa familia.

Su metodología terapéutica

En el grupo de Milán trabajaban en parejas de terapeutas heterosexuales considerando que de esta forma se podía alcanzar, sobre todo un mayor equilibrio "fisiológico" en la interacción entre los dos coterapeutas y entre éstos y la familia, y evitaba que se cayera en las redes de ciertos estereotipos culturales sobre los dos sexos, de los que los terapeutas participan inevitablemente.

La observación-investigación terapéutica detrás de una cámara de visión unilateral se incorporó y formalizó como tratamiento cotidiano, así la pareja terapéutica estaba en una habitación con la familia y tras la pantalla un hombre y una mujer observadores que podían llamar a uno o ambos terapeutas para solicitar más información u ofrecerles alguna sugerencia.

Dado que la terapia inicia desde la primera llamada telefónica, se estableció un horario especial para estas llamadas de modo tal que uno de los terapeutas estuviera disponible para hablar durante largo rato, prestando gran atención a detalles, tales como quién hizo la llamada, su

tono de voz y los intentos por determinar las condiciones del tratamiento. La información buscada durante la primera llamada telefónica era mínima: quién llamó, quién se encuentra en la familia inmediata y el hogar, cuál es la dificultad y desde luego aspectos como dirección y fecha de llamada. También se solicitaba información del profesional que remitía el caso a los terapeutas.

Requerían que toda la familia se encontrara presente en una primera sesión. En ocasiones posteriores, el equipo podía decidir ver unidades distintas.

Desde este modelo, cada sesión se desarrolla regularmente en cinco partes:

- La preesión
- La sesión
- La discusión de la sesión
- La conclusión de la sesión
- El acta de la sesión

El proceso terapéutico

El proceso terapéutico que lleva a cabo el grupo de Milán se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto

Los principales objetivos de la evaluación son:

- ❖ Determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma.
- ❖ Determinar el papel que el síntoma desempeña dentro de ese sistema relacional, ya que el síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o para reclamar la necesidad de que se produzca.

Con el fin de obtener información sobre el juego familiar, el Grupo de Milán se interesa por saber entre otras cuestiones: ¿Cómo ve cada miembro de la familia el problema?, ¿Cómo percibe las relaciones entre otros integrantes del sistema en el momento actual y en momentos pasados o futuros importantes, en torno a los cuales tuvieron lugar o podrían producirse variaciones en la conducta sintomática o en las alianzas familiares?, ¿Por qué surge el problema ahora en la familia?, ¿Qué hechos y conductas preceden la aparición inicial del problema?, ¿Cuál es la secuencia de conductas en torno al síntoma?, ¿Qué le ocurrirá a la familia si el problema sigue existiendo en el futuro, y si desaparece?.

El papel del terapeuta a lo largo del proceso terapéutico

Previo valoración de los sistemas y de la alianza que con ellos mantiene, el terapeuta puede llevar a cabo las siguientes intervenciones:

El terapeuta se hace cargo del dilema de la relación entre padres e hijos. Suele presentarse cuando el sintomático es hijo único, entonces es conveniente y ventajoso excluir a los padres pues de esta forma se les imposibilita la negación o descalificación mientras en presencia de ellos su hijo transfiere al terapeuta lo que siente por ellos.

El terapeuta acepta sin objeciones una mejoría sospechosa. Es una maniobra terapéutica que consiste en aceptar sin objeciones una mejoría o una desaparición del síntoma, misma que no se debe a un cambio en el sistema de interacción familiar, sino a una jugada más del sistema en la que todos son cómplices; la mejoría entonces es un movimiento saboteador para mantener la homeostasis. Ante tal hecho el terapeuta introduce una trampa paradójica tomando la iniciativa y

concluyendo súbitamente el tratamiento con la intención de controlar, prevenir y anular las jugadas familiares.

El terapeuta elude la descalificación. Teniendo en cuenta que la maniobra fundamental de la familia con transacción esquizofrénica es la descalificación de la relación para evitar la definición de ésta, la tarea principal del terapeuta es desmontar la maniobra previa comprensión del juego, con admiración y respeto para no entrar por completo en el juego esquizofrénico, entonces con la paradoja terapéutica se da en el blanco de la descalificación y se ataca el nudo del problema.

El terapeuta actúa para recuperar a los miembros ausentes. A lo largo del tratamiento puede ocurrir que falte algún miembro de la familia por iniciativa propia, no obstante se entiende como una maniobra familiar destinada a mantener la homeostasis, ante tal situación el terapeuta emplea una táctica para recuperar en la terapia al miembro ausente, puesto que el mensaje se dirige a la familia completa en los casos en los que falta alguien se procede a concluir la sesión en casa con toda la familia, se entrega a algún miembro elegido, en un sobre cerrado, un documento cuidadosamente escrito que incluye al ausente y le obliga a asistir a la sesión siguiente. Con esta maniobra se desmonta sin decirlo la maniobra familiar y el ausente se hace presente.

Las intervenciones

Cuestionamiento circular

Gran parte de la información adicional está implícita y sólo es "nueva" en cuanto se convierte en explícita a través de las preguntas formuladas. Se considera que, una vez "liberada" de las limitaciones de sus puntos de vista lineales, la familia podrá abordar sus dificultades por sí misma desde una nueva perspectiva (Nelson, Fleuridas y Rosenthal, 1986).

Los efectos que las preguntas circulares tienen en la familia pueden resumirse en los siguientes puntos:

- ❖ Promueven que la familia perciba la circularidad más que la linealidad
- ❖ Aumentan la percepción de la propia participación en el dilema
- ❖ Actúan como un marcador de contexto que delimita y clasifica las relaciones en el tiempo

El interrogatorio circular tiene un aspecto temporal sobre: la historia, las construcciones a futuro, el antes y el después, el cambio; ofrece información verbal y analógica, en cuanto a la definición del problema. Penn (1982), propone agrupar las preguntas circulares en las siguientes categorías:

Preguntas de clasificación y comparación

Trazan el mapa de relaciones y/o establecen un orden en relación con una cualidad: "¿Quién está más convencido de que hay algo "malo" en el sistema nervioso de tu hermana?, ¿Cómo lo muestra?, ¿Quiénes van después?".

Preguntas de coaliciones

Nos permiten discernir la alineación de coaliciones alrededor del problema en el presente, por ejemplo ¿Quién se siente más desvalido cuando la mamá se deprime?.

Preguntas sobre acuerdos para averiguar alianzas

Ofrecen una oportunidad para jerarquizar coaliciones en términos de su fuerza y prioridad, se puede preguntar ¿quién en la familia está de acuerdo contigo en cuanto a que los cambios son grandes?.

Establecen quién está más cerca de quién, permitiendo conocer las alianzas familiares: "¿Quién estaba más cerca de tu hermano antes de que fuera arrestado?, ¿Y ahora?".

Preguntas explicativas

Explican por qué se da o sucedió algo, buscando información sobre el sistema de creencias, y en ocasiones elicitando secretos: "¿Por qué crees que papá se apoya en tu hermana mayor?".

Preguntas hipotéticas

Tantean cuál puede ser la reacción del grupo familiar ante algo bueno o malo, esbozan un nuevo mapa de relaciones y permiten que la familia considere posibilidades alternativas de significado y de acción, por ejemplo "¿Si no hubieran tenido hijos, sería más, o menos probable que permanecieran juntos dentro de cinco años?" "¿Quién imaginas que estará más cerca de mamá dentro de cinco años?" "Si en vez de papá fuera mamá la que se ausentara tanto tiempo de casa, ¿qué hubiera pasado?".

Preguntas triádicas o el murmurar en presencia de otros

Sitúan a un tercero como testigo de la relación entre otros dos, obligándoles a escuchar cómo se les percibe; probablemente el tercero dirá algo que los implicados no podrían decir. Es interesante observar la conducta no verbal de los no interpelados. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar a uno de los hijos: "¿Mejóro o empeoró la relación entre tus padres después de morir tu abuela?".

Preguntas de comparación entre subsistemas

Las comparaciones entre subsistemas sirven para una variedad de propósitos, por ejemplo si una madre afirma que el problema es la comunicación entre ella y su esposo, el terapeuta puede preguntar quién de ellos dos se comunica mejor con los niños.

Preguntas de una secuencia diferente

Permiten rastrear la secuencia de comportamientos alrededor del problema, es decir, lo que mantiene el síntoma o lo que es lo mismo el ciclo de comportamientos repetitivos que la familia es incapaz de cambiar. Se pregunta qué hacen los diferentes miembros de la familia cuando el problema ocurre. Su propósito es producir una ampliación gradual del campo de observación.

Las preguntas triádicas, clasificatorias, explicativas y las preguntas sobre alianzas sirven para recoger información que confirme una hipótesis; mientras que las preguntas hipotéticas, insinúan un mapa familiar diferente y se emplean más avanzada la entrevista, después de haber

obtenido la información de las secuencias de hechos que rodean al problema y de las alianzas y coaliciones existentes en la familia.

Su propuesta del cambio

La Escuela de Milán propone la no directividad del terapeuta con respecto al cambio. El cambio como ya hemos dicho se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Aunque afecta a los dominios afectivo, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

El Grupo de Milán manifiesta que el terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser ella misma la que encuentre una solución que le resulte adecuada. El equipo terapéutico se mantiene neutral con respecto al cambio, en parte porque considera que el sistema familiar será más creativo que él.

El método del grupo de Milán se modifica constantemente, en sus inicios con su herencia estratégica prescribían el síntoma, sus intervenciones eran las del sacrificio. Posteriormente en vez de poner al hijo al servicio de la felicidad de los padres, les pareció más neutral poner todas las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor o mito familiar. Fue modificando la connotación positiva que sugería la idea negativa de que la familia necesitaba un síntoma y se aproximó a una connotación lógica señalando la habituación y su difícil quebrantamiento, así como también cuán comprensible es en su contexto y tal vez indispensable por el momento.

Como podemos darnos cuenta los recursos técnicos propuestos para el cambio han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán. La intervención paradójica se ha ido abandonando en favor de intervenciones ritualizadas. Además de las intervenciones conductuales directas se siguen manteniendo las intervenciones cognitivas, entre las que destacan la redefinición y la connotación positiva, aunque en determinados casos se emplean metáforas (Boscolo, et.al., 1987).

Las intervenciones: descripciones y prescripciones

A continuación describiré las intervenciones agrupándolas en cognitivas, conductuales y prescripciones ritualizadas.

Intervenciones cognitivas

El propósito de las intervenciones cognitivas es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. En consecuencia, afectan al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás.

Las principales intervenciones cognitivas son la connotación positiva y la redefinición.

Redefinición

La redefinición modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. Generalmente se combina con una connotación positiva dentro de la intervención cognitiva que precede a la prescripción.

La connotación positiva

Con esta intervención se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como debido a razones altruistas, sacrificio o amor por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución. Así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma más satisfactoria.

La connotación positiva del síntoma como se encuentra vinculada con otros comportamientos de la familia es el núcleo de una prescripción paradójica.

Intervenciones conductuales

Dentro de las intervenciones conductuales se encuentran las directas y las paradójicas, estas últimas fueron ampliamente empleadas por el Grupo de Milán en sus inicios.

Prescripciones directas

Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.

Prescripciones paradójicas

Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias.

En el enfoque del Grupo de Milán, el procedimiento clásico funciona en el paciente identificado y en el resto de la familia como una provocación capaz de impulsarlos al cambio, por una reacción en contra de la redefinición y de la connotación positiva. Actualmente, se afirma que con pacientes crónicos, la connotación del síntoma como sacrificio no resulta eficaz y puntualiza que la intención que impulsa una conducta puede dar lugar a efectos pragmáticos opuestos (la intención de un hijo psicótico puede ser que el hermano se vaya de casa y el efecto pragmático que el hermano se quede).

Prescripciones ritualizadas

Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad. Cuando las nuevas conductas y reglas se incorporan al sistema familiar, se supone que la familia necesariamente ha de responder a ese nuevo elemento creando un cambio.

Los rituales, la tarea ritualizada de los "días pares-días impares" y la prescripción "invariable" constituyen las principales prescripciones ritualizadas a las que han recurrido los integrantes del Grupo de Milán.

Rituales

El ritual es susceptible de prescribirse como un experimento, un ensayo, un gesto simbólico o un rito de transición. La intervención propone una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer (Imber-Black, Roberts y Whithing, 1991).

Tarea ritualizada de los días pares-días impares

La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. Así, por ejemplo, el terapeuta puede sugerir la siguiente tarea a unos padres cuyos métodos para tratar de controlar la conducta sintomática del hijo se presentan como irreconciliables y provocan constantes críticas entre ellos: "A partir de mañana y hasta la próxima entrevista, en los días pares de la semana -martes, jueves y sábados- y a X hora; a pesar de lo que el paciente identificado haga -hacer una lista de los síntomas, el padre decidirá con total libertad qué hacer con él, la madre deberá cooperar haciendo como si no estuviera. En los días impares -lunes, miércoles y viernes y con independencia de lo que haga el paciente identificado, la madre tomará el control total de la situación. Los domingos se comportarán espontáneamente. Cada padre, en los días que tiene asignados, llevará un diario de cualquier interferencia del cónyuge con respecto a la conducta acordada de hacer como si no estuviera." La intervención se utiliza en casos de duda invencible -*impasse*-, de escalada simétrica entre los padres, cuando los modelos de educación interfieren seriamente y cuando los intentos de manejar al hijo son saboteados por el otro cónyuge. Se aprovecha la escalada de los progenitores para lograr que cumplan la tarea al tratar de ganarse la aprobación del terapeuta.

Los objetivos de la intervención son: entrenar a la familia en conductas alternativas y en una división de funciones diferentes, bloquear una secuencia de interacción y demostrar la posibilidad de control voluntario al circunscribir a unos días concretos determinadas conductas pertenecientes a la secuencia sintomática (Palazzoli, et. al., 1998).

La prescripción invariable

La prescripción invariable, también denominada "universal", elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando las coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas (Selvini Palazzoli, 1986).

MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO

En los inicios de los noventas, donde la transformación social estaba siendo vertiginosa, la terapia fundamentada en los principios modernistas y las prácticas derivadas de ellos estaban resultando insuficientes para el abordaje de la complejidad de la experiencia y los procesos humanos. Los valores experimentados como eternos, ya no encajaban más en lo que ocurría en el presente; aquello considerado certeza última: "el conocimiento objetivo", era y es ahora sólo una de muchas formas de pensar lo cierto; el conocimiento ya no es uno ni neutro sino varios y surgido del intercambio social mediado por el lenguaje.

La cibernética de segundo orden basada en los trabajos de Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela; así como la premisa de los "sistemas observantes" y el cuestionamiento tanto de la viabilidad de la metáfora cibernética como de la relación tradicional terapéutica; funcionaron como el contexto propicio para dar un giro epistemológico a la Terapia Familiar Sistémica que permitió el surgimiento de las terapias posmodernas, a saber: deconstruccionista y de lenguaje colaborativo.

Con el Construccionismo Social se gesta una redefinición del ser humano, como ser interpretativo que busca dar sentido a su cotidianidad; que construye y reconstruye historias de sus experiencias, las cuales se van ligando en secuencias hasta conformarse como una trama que trata de encontrar un significado a ellas. Puesto que las creencias que construyen estas realidades no son ideas en la mente de la gente, sino que se generan en los procesos de comunicación. El círculo hermenéutico de interpretación-acción puede describirse así: las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades y las realidades se mantienen a través de la interacción social, lo que a su vez confirma que las creencias se originan socialmente.

La propuesta del construccionismo social

Gergen (1985) define al construccionismo social como una forma de indagación social, que: "...busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en que vive (incluyendo su propia participación) ... El construccionismo social no ve al discurso sobre el mundo como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un recurso para el intercambio comunal..." (pag. 268).

Los fundamentos de este nuevo referente teórico hacen hincapié en la construcción de las realidades y su subsistencia a través de un proceso social, es decir tanto la construcción como su mantenimiento son procesos creados con otros en la comunicación y conservados también gracias a la misma.

Dado que en la medida que nos relacionamos con el mundo construimos nuestras ideas acerca de él en la conversación con otros individuos, sólo es posible decir que aquello que entendemos como "realidad" es el resultado de un juego de interacciones sociales. Este movimiento del juego de interacción sujeto/ (pensado en términos de conciencia o conducta) mundo, hacia una relación lenguaje/mundo nos lleva a focalizar cómo las frases, los discursos, las palabras están inmersas en nuestra vida cotidiana y constituyen formas de vida (Gergen, 1992).

Como podemos darnos cuenta el construccionismo apoya la idea de que no hay verdades sociales incuestionables, sino sólo relatos o historias del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que contamos a los otros.

De acuerdo con Rozo (2001), las características del construccionismo social pueden resumirse de la siguiente forma:

- ❖ Simpatiza con el pensamiento posmoderno.

- ❖ Desmantela los fundamentos filosóficos del pensamiento occidental.
- ❖ Considera que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje.
- ❖ Surge de la crítica literaria y textual, de la crítica ideológica (neomarxistas de la Escuela de Francfort), incorpora el análisis sobre los discursos del poder, conocimiento y las ideas feministas; de la etnografía y la antropología retoma la noción de investigación acción participante.
- ❖ Señala que la descripción es preformativa, es decir el lenguaje tiene una naturaleza práctica, pues las palabras no describen al mundo, lo hacen.
- ❖ Funciona como una fuerza transformativa más que destructiva.
- ❖ La vida es dialógica por su naturaleza, vivir significa participar en un diálogo.
- ❖ Enfatiza que el conocimiento es una construcción comunal discursiva y por tanto se debe atender su base relacional.
- ❖ Implica también un proceso de indagación sobre la forma en que en nuestras prácticas discursivas construimos hechos.
- ❖ Asume que la realidad no es estable sino vaga e inestable pues está abierta a futura especificación como resultado de la actividad comunicativa.
- ❖ Se interesa por la naturaleza cambiante, múltiple, compleja e interactiva de la vida humana.
- ❖ No cuestiona el saber sino el poder que a ella se atribuye.
- ❖ Niega la posibilidad de “saber” algo sobre las personas por medio de las teorías.
- ❖ El foco se desplaza hacia los modos en los que el discurso funciona en las relaciones y en cómo a través de éste se construyen y socavan descripciones factuales.
- ❖ Destaca las influencias interpersonales culturales en las historias principales que se tienen sobre uno mismo.
- ❖ Señala que reconstruimos constantemente nuestra visión de la realidad pero en función de tales verdades y en relación con las personas, así se toman decisiones según papeles validados en nuestro grupo social donde asumen interpretaciones particulares.
- ❖ El objeto no genera nuestra representación de él sino que resulta de las prácticas que articulamos para representarlo y son esas prácticas las que trocean la realidad en objetos diferenciados.
- ❖ La realidad existe, está compuesta por objetos pero no porque esos objetos sean intrínsecamente constitutivos de la realidad sino porque nuestras propias características los ponen en la realidad.

Los principios del Construccionismo Social aplicados a la terapia

Con el desarrollo de las teorías constructivistas y recientemente con el construccionismo social se ha vuelto relevante la consideración de que “la terapia involucra el uso del lenguaje”, ello nos obliga a comprenderlo y analizarlo desde una perspectiva relacional (Shotter, 1999).

El impacto que el Construccionismo Social tuvo en el campo de la Psicología fue inmenso: el terapeuta ahora formaba parte del sistema en el que suponía operar, se incluyó a sí mismo como observador, como parte de lo que debía cambiar, ya no pudo mantenerse fuera del sistema observado.

Nuestra disciplina comenzó a cuestionarse la distinción hasta entonces esencial entre sujeto y objeto; entre el conocedor y el conocimiento; se empezó a interesar por el comportamiento del terapeuta: cómo hipotetiza; cuáles son los efectos de las preguntas circulares; tecnologías que van desde el coro griego hasta el equipo reflexivo; todas ellas

observaciones, formulaciones y evaluaciones de actividades de ese nuevo personaje: el terapeuta; sus valores; su papel como creador de realidades a partir de las preguntas que formula; así como de qué es lo que considera como respuestas pertinentes.

Esta nueva etapa originó una redefinición de la filosofía terapéutica; adoptando otra manera de conceptualizar la relación terapeuta-consultante; considerando relevante la colaboración y participación activa mutuas; reconociendo el uso del lenguaje como el eje donde se constituyen las experiencias y prácticas humanas, entre ellas, la terapia; y predominado el interés por los significados construidos socialmente entre los participantes, más que los estados subyacentes o patologías internalizadas.

Todo ello sirvió de inspiración a numerosos psicoterapeutas, tales como Michael White, Tom Andersen, Harlene Anderson y Karl Tomm, entre otros, para desarrollar nuevos estilos de terapia -terapia narrativa, equipo reflexivo, terapia conversacional y entrevista que interviene; respectivamente- basados en nuevas filosofías "no modernas".

La incorporación de la vanguardia de la terapia familiar al posmodernismo requirió el desarrollo o la adopción de nuevos modelos y lenguajes para poder abarcar al complejo conjunto co-construyente del proceso terapéutico, a saber, la familia y el terapeuta como sistema, inmerso a su vez en sistemas discursivos sociales y culturales más amplios.

Primero es digno de resaltar el interés creciente por los significados. Mientras que en la metáfora orgánica del sistema, uno de los puntos principales era el énfasis en los intercambios conductuales; en la metáfora narrativa este énfasis se centra en el modo en el que los conjuntos de significados emergen y circulan interminablemente entre los individuos.

El segundo punto es el de la temporalidad. En la metáfora orgánica del sistema los referentes a una circularidad y circuitos de retroalimentación muchas veces pasan por alto la dimensión del tiempo, se puede asumir que se regresaba a lo mismo, el sistema como homeostato que siempre se mueve para permanecer igual; mientras que la idea del tiempo es fundamental en la metáfora narrativa pues es a través de la secuencia de interacción como se da cuenta de un discurso o más de ellos que estén circulando. Cabe señalar que estos juegos discursivos no se encuentran dentro del cráneo de los individuos, sino que son parte de un flujo general de constantes cambios narrativos, de historias que organizan nuestras experiencias y nuestra relación con nosotros mismos (Sluzki, 1992).

La metáfora que lleva a la construcción tiene una cualidad muy importante que es la polisemia. Ésto hace que al insertar la misma en el diálogo, el significado que en última instancia se le da, depende de los propios clientes. Luego a partir de este nuevo significado que surge se comienza a co-construir una nueva "identidad" a través del diálogo terapeuta/individuo o terapeuta/familia, donde el resultado sin duda dependerá de ambas partes.

Fried y Fuks (1992) señalan que las metáforas expanden los espacios de lo posible, vinculando descripciones en términos no relacionados previamente. Así, la metáfora torna visibles relaciones novedosas, crea significados, alternativas discursivas y prácticas, modos de ser y mundos posibles. Se concibe como un modo de comprensión a través del cual proyectamos diseños de un dominio de experiencia a otro con el propósito de construir un dominio de tipo diferente. Concebida de este modo la metáfora no es sólo una modalidad lingüística de expresión sino también, una de las estructuras cognitivas y constructivas centrales en la organización de significados y prácticas".

Por otra parte la reescritura se refiere fundamentalmente a que paciente/s y terapeuta escriben la historia que la persona narra al estar en terapia, así, esta historia pasa a ser escrita, a estar allí en un "papel", se "exterioriza". Epston, White y Murray (1996) dicen al respecto que la exteriorización es un recurso de la terapia que alienta a las personas para que objetiven y a veces, personifiquen los problemas que experimentan como opresores. Dentro de este proceso, el

problema se convierte en una entidad separada y por lo tanto, exterior a la persona o a la relación que se identifica como problema. La exteriorización del problema permite a las personas separarse de las historias dominantes que han estado modelando sus vidas y sus relaciones.

En esa reescritura, las personas se permiten tomar distancia de sus relatos que valoran como opresores o limitadores, para de esa manera cuestionarlos y dar entrada a experiencias nuevas que hasta ese momento no podían entrar en el relato anterior, las cuales se perciben como más "positivas", se buscan nuevos relatos.

El construccionismo social asociado a posturas posmodernas en la práctica terapéutica implica la redefinición de la psicoterapia como la génesis intencional de significados y narrativas que pueden transformar la construcción de la experiencia de los clientes mediante un diálogo colaborativo. Las razones de lo anterior se deben a la reivindicación de la dimensión semántica en la comprensión de la interacción humana, al rechazo de los conceptos mecanicistas subyacentes a la Teoría General de Sistemas y al redescubrimiento de la importancia de la dimensión histórica, narrativa y lingüística en la Terapia Familiar Sistémica (Gergen, 1989).

La terapia entonces es entendida como una clase especial de discurso social, una conversación orientada a la co-construcción y generación de nuevos significados que pueden abrir posibilidades para el cambio. Puede entenderse también como una práctica social donde se construyen realidades, identidades discursivas.

De acuerdo con Gergen (1996) la psicoterapia puede pensarse como un proceso de semiosis: la forja de un significado en el contexto de un discurso de colaboración. Se trata de un proceso en el que el significado de los acontecimientos se transforma a través de una fusión de los horizontes de los participantes, se desarrollan modos alternativos de narrar los acontecimientos y evolucionan posturas respecto al yo y los demás.

Gergen aquí habla de que el proceso terapéutico debe de buscar el forjar significados, significados que están contruidos por un contexto microsocil que está en relación con la persona y donde el terapeuta pasa a ocupar un lugar en el mismo, pues será introductor de nuevos significados.

La terapia familiar según el construccionismo social, no debería imponer cambios, ni tener como objetivo reparar un defecto psíquico, sistémico o estructural. Su objetivo sería el de conducir una conversación terapéutica de tal modo que la historia/discurso co-construida no implique lo que había sido descrito como problema.

La interacción terapeuta-cliente forma parte de un proceso relacional complejo de colaboración y creación mutua, un espacio de múltiples discursos que configura y mantiene identidades e instituciones sociales. Evidentemente, los cambios vendrán determinados por la estructura del cliente y la interacción con el terapeuta, la expectativa de éste es que el diálogo puede hacer surgir una historia nueva. De aquí que el rol del terapeuta sea activo, no es un oyente activo, sino un facilitador que participa en la conversación con la intención de crear una historia nueva, llena de seguridad, donde el cliente pueda expresarse con plenitud y encontrarse con todo su potencial.

El mundo posmoderno favorece en el terapeuta, una visión tolerante, comprensiva, colaborativa, y respetuosa de la diversidad. Aún más, el proceso reflexivo por parte del terapeuta para explorar su propio marco de referencia arriesga reducir su compromiso para con el mundo social.

Según los construccionistas, las formas como nosotros narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dicen sobre un mundo real, sino que dependen de unos acuerdos sociales que tienen que ser mantenidos constantemente con quienes nos relacionamos. Esto último marca la diferencia con respecto a una concepción de constructos permanentes, así, para

que la realidad que yo narro pueda ser tomada como seria o "creíble", necesito de otros actores sociales que aprueben la misma como válida.

Gergen dice que hay cuatro tipos básicos de narraciones dependiendo de su forma progresiva o regresiva, es decir, si el estado de sentimiento general de bienestar es ascendente o descendente respectivamente: trágica, comedia-novela, ...y fueron felices..., epopeya-heroica.

La narrativa es un sistema constituido por: actores o personajes, guión (incluyendo conversaciones) y contextos (incluyendo escenarios donde transcurre la acción, acciones, historia y contextos previos), ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guión y contexto de modo tal que todo cambio en los actores cambia el guión así como también, todo cambio en el contexto cambia la naturaleza del guión y los actores. A su vez, este conjunto de actores, guión, contexto y trama posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quién la gente se conecta, cómo y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios a su vez reconstituyen -solidifican, reafirman- la historia, y forman, por lo tanto, parte del sistema: "narrativa".

El nivel de "historia" requiere una visión multidimensional y macroecológica: en cada nivel de análisis que elijamos podremos definir una constelación de historias afectando y siendo afectadas por: subhistorias, suprahistorias, historias vecinas, y aún historias sin relación aparente con la elegida.

Así que si esa modalidad de narrar que se utiliza no es efectiva sino limitante al actuar, en la pragmática, la labor de nosotros como terapeutas, será ayudar en la consecución de formas más adecuadas o eficaces de narrar. Estas nuevas formas de narrar pondrán al individuo en campos de acción o experienciales hasta el momento inexplorados.

De acuerdo con Gergen (1996), los principios del construccionismo social en la psicoterapia se expresan de diferentes formas, tales como las que a continuación se señalan:

1. El primer compromiso construccionista señala una ruptura tajante de la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente. El terapeuta pierde su posición de experto, su estatus jerárquico desaparece. Ello supone la desaparición del poder-control unilateral del terapeuta y propone una dinámica de co-construcción sistémica en la que terapeuta-cliente asumen la responsabilidad de su poder de construcción dentro de la relacional/social.
2. El término "paciente" deja de ser utilizado en la nueva relación, ya que su connotación médica expresa una asimetría, entre el enfermo y el sabio terapeuta. Se empieza a masificar la utilización del término cliente.
3. La narración es una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida, a través de las narraciones se interpreta la experiencia.
4. El análisis del terapeuta ante la situación del cliente nunca se puede considerar objetivo.
5. Los puntos de vista individuales se transforman y amplían en la interacción social terapeuta-cliente. En la terapia el terapeuta no impone una realidad al cliente sino que viene a co-construir junto con éste, una nueva forma de narrarla.
6. Se define socialmente a la psicoterapia como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio. Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas, existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado (Anderson y Goolishian, 1996). El cambio en la terapia por lo tanto es la creación dialogal de la nueva narración.
7. La patología en el construccionismo desaparece como tal. El interés ya no se centra en la etiología de los síntomas sino en los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que

mantiene esos síntomas. El terapeuta podrá desencadenar un proceso de cambio si logra interferir la repetición de la misma experiencia que llevó al cliente a la terapia.

8. Las descripciones del terapeuta observador, se ven constreñidas por las descripciones de las propias descripciones del cliente. Por lo tanto el proceso social, en el que las descripciones del cliente y las del terapeuta convergen, actúa como restricción o ampliación de la posibilidad de continuar con sus puntos de vista individuales o cambiarlos. Esta restricción convierte la autorreferencia en un proceso constructivo y no en un mero juego solipsista. La observación del terapeuta está limitada por el punto de vista del cliente y viceversa.
9. El terapeuta carece del poder para cambiar o determinar unilateralmente la dirección del cambio. Sólo la redefinición de la psicoterapia como un contexto de construcción de realidades sociales puede "re-establecer" la responsabilidad del terapeuta.

En la práctica terapéutica construccionista existe la idea de que pese a que el lenguaje no es portador de una realidad objetiva a veces nos lleva a construir un mundo donde no podemos desarrollarnos en buena forma junto con nuestras potencialidades; en esos casos es mejor que abandonemos tal construcción y busquemos una forma que nos abra más posibilidades. También en la obra de Derrida (1988) el lenguaje y más concretamente el texto, toman un lugar escénico fundamental. La obra de este autor ha dado lugar al surgimiento de prácticas terapéuticas, como las que usan White y Epston (1993).

Como hemos dicho en la actualidad se trabaja con los contenidos semánticos de la información; se generan terapias que están basadas en la narrativa, en la reescritura, en la conversación, en la reflexión. A partir de las cuales se averigua cómo se construyen explicaciones de la propia conducta. La persona se da a sí misma una versión de por qué actúa de la manera que lo hace, se "cuenta un cuento" del por qué es como es. Pero le es posible "contarse otro cuento", "aprender otro cuento", porque el cuento contado no tiene por que ser el verdadero. Pues todos los recuerdos, e historias de las personas son en gran parte los que han construido; y si los han construido, es factible construir otros. Hay muchos psicólogos que con el lenguaje empiezan a construir la idea de la meta terapéutica, de forma tal que el cliente empieza a vivirse de acuerdo al lenguaje con el que se había construido. No son construcciones en abstracto, sino cuentos que la persona se dice a sí misma, narraciones que se relata y que terminan orientando su conducta.

Los enfoques posmodernos pueden clasificarse en dos: el de la externalización deconstructiva y el de sistema de lenguaje colaborativo, los representantes de cada una de estas dos líneas se muestran en la siguiente tabla, retomada del seminario impartido por la Dra. Espinosa (2003).

Representantes de los enfoques posmodernos

Enfoque de Externalización Deconstructiva	Enfoque de Sistema de Lenguaje Colaborativo
Michael White	Harlene Andersen
David Epston	Harold Goolishian
Karl Tomm	Tom Andersen
Vickie Dickerson	William Lax
Jeff Zimmerman	Lynn Hoffman
Jill Freedman	Peggy Penn
Gene Combs	Kathy Weingarten

ENFOQUE EXTERNALIZANTE DECONSTRUCTIVO

Representantes

En los últimos años, un grupo cada vez mayor de psicoterapeutas, trabajan con las llamadas Terapias Narrativas, en tanto ofrecen una opción no normativa para la aplicación de las ideas derivadas del Posmodernismo y del Construccinismo Social para la construcción terapéutica de alternativas de comportamiento y para la creación de nuevos significados de vida, a través de la analogía del texto y del lenguaje.

Los representantes principales de este enfoque son el australiano Michael White y David Epston reconocido por su labor terapéutica en el Centro de Terapia Familiar de Nueva Zelanda.

Fundamentos conceptuales

Dentro de los fundamentos conceptuales de este enfoque encontramos la influencia de la teoría cibernética o las restricciones de redundancia de Bateson, “la diferencia que hace la diferencia” y “como sabemos lo que sabemos”, a partir de estas ideas White y Epston re-escriben o asimilan el método interpretativo y la dimensión temporal a su propia metodología. Al afirmar que toda información es necesariamente la “noticia de una diferencia” y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demuestran que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia y para la detección del cambio.

Otra de sus grandes influencias fueron las nociones de *poder-saber-control* propuestas por Foucault, quien estudió la forma como las relaciones de sometimiento en una sociedad están moldeadas por los discursos sociales dominantes, que definen lo que la persona es y cuáles son las personas o tópicos legítimos e importantes (White, 1995).

Dichas premisas descalifican, limitan, niegan y contienen al ser humano e implican “tácticas de dominación” que requieren del “conocimiento experto”, la benevolencia aparente, la vigilancia y el formato de la subordinación interiorizada (Hoffman, 1990).

Desde esta perspectiva se cree que las personas hemos internalizado ideas implícitas de la cultura dominante que prescriben formas de conducta sobre nuestras interacciones con los miembros de la familia y otros contextos sociales. Establece que las ideas populares, científicas, tradicionales y occidentales promueven la clasificación y objetivación de las personas, lo cual nos somete a estándares tiranos: “yo soy ésto” “a mi me pasa ésto” (uno se transforma en el problema) que nos convierten en el problema, mas allá de las conductas específicas, las conversaciones o los patrones recíprocos que invitan al conflicto.

Foucault sostiene que estamos sujetos al poder por medio de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Estas “verdades”, a su vez se construyen o producen en el funcionamiento del poder (Foucault, citado en White y Epston, 1993).

También resalta que la dominación no siempre es evidente, es decir, no se establece necesariamente a la fuerza, dado que las personas participamos activamente en nuestro propio sometimiento, cuando experimentamos una evaluación continua según determinadas “normas” institucionalizadas. En estas circunstancias, nos convertimos en nuestros propios guardianes al evaluar perpetuamente el propio comportamiento y actuar sobre él para convertimos en “cuerpos dóciles”. Según Foucault, vivimos en una sociedad en que la evaluación o juicio normalizador, ha reemplazado a la acción judicial y a la tortura como mecanismo primario de control social (White y Epston, 1993).

Las ideas de Foucault permitieron a los autores entender que muchos de los problemas de las personas son construcciones sociales que se desprenden de “prácticas de poder” que obligan a la gente a definir su identidad y su vida de forma limitada, todo esto permitió delinear una terapia narrativa que ayuda a las personas a oponerse a los efectos de las relaciones de poder visibles o encubiertas que las constriñen (White, 1995).

Así el construccionismo social influye en el pensamiento de White y Epston en la medida en que enfoca las relaciones entre las personas y las normas culturales y sociales que las moldean (Payne, 2002).

Las nociones que White y Epston retoman de Jerome Bruner acerca de que todo texto está “relativamente indeterminado” y de que con cada lectura que de él se haga se determina un texto virtual y diferente, son también parte teórica que nos remite hacia la posibilidad de encontrar experiencias virtuales en cada lectura comportamental (Bruner, 1998).

La analogía del texto no sólo nos proporciona un marco que nos permite tener en cuenta el contexto sociopolítico de las personas cuyas vidas están situadas en muchos textos, sino que también nos permite estudiar la acción y los efectos del poder sobre las vidas y las relaciones.

Las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando sus experiencias y al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones (Lax, 1992). En la terapia narrativa se utiliza la narración (historia, narrativa y cuentos) como una metáfora central del trabajo clínico. Desde este enfoque una narrativa consiste en: eventos; organizados en una secuencia; a través del tiempo; mediante una trama.

Estructurar una historia requiere un proceso de selección a través del cual en los hechos de nuestra experiencia se deja de lado aquello que no encaja en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos acerca de nosotros mismos. Las narraciones determinan las interacciones, la evolución de éstas y de nuestras vidas se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones. Los relatos están llenos de lagunas que las personas deben llenar para que sea posible representarlos. Estas lagunas ponen en marcha las experiencias vividas y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión, las personas rescriben sus vidas (White y Epston, 1993).

Dado que una narración no puede abarcar jamás toda la riqueza de nuestra experiencia vivida, la experiencia vital es más rica que el discurso. Las estructuras narrativas organizan la experiencia y le dan sentido, pero siempre hay sentimientos y experiencias vividas que el relato dominante no puede abarcar (Bruner, 2001).

La terapia narrativa retoma la metáfora delgado/grueso al hablar de los relatos. Distingue una descripción “delgada”, derivada de las creencias que la persona ha tomado inconscientemente de su sociedad, de una descripción “gruesa” o “rica”, que corresponde con más exactitud a la complejidad de su vida. Una descripción “delgada” puede surgir si la persona ha sido sometida a diagnósticos “expertos” porque la posición del “experto” puede empequeñecer su “conocimiento local”. Las instituciones y las personas con poder pueden originar descripciones “delgadas” (Morgan, 2000).

La terapia narrativa puede ayudar a las personas a reexaminar sus vidas y dirigir la atención a su propio conocimiento local, cosa que sirve de contrapeso y produce descripciones más “ricas” o “gruesas” que permiten escapar de los efectos deletéreos del poder.

Los acontecimientos extraordinarios, incluyen toda la gama de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc., que tienen una localización histórica, presente o futura, y que cada relato dominante no puede incorporar. La identificación de los acontecimientos singulares puede facilitarse mediante la externalización de la descripción dominante “saturada de problemas”, de la vida y de las relaciones de una persona. La externalización del relato saturado de problemas puede fomentarse con la externalización del problema y el rastreo del mismo en la

vida y en las relaciones de la persona. Esta externalización ayuda también a interrumpir la lectura y la representación habitual de estos relatos, situación que facilita a las personas identificar los acontecimientos extraordinarios y experimentar un sentimiento de agencia personal (Bruner, 2001).

Características de la terapia narrativa

- ☛ Es un enfoque terapéutico respetuoso que considera a las personas expertas de su propia vida.
- ☛ Concibe a las personas separadas de sus problemas.
- ☛ Considera que el problema es el problema, la persona no es el problema.
- ☛ Asume que las personas tienen habilidades, competencias, creencias, valores, compromisos y conocimientos que les pueden ayudar a cambiar su relación con los problemas.
- ☛ Supone que las personas pueden ser autores de las narrativas de su propia vida.
- ☛ Asume que las personas, cuando llegan a la consulta terapéutica, ya han hecho intentos previos para reducir la influencia del problema en sus vidas y en sus relaciones .
- ☛ Concibe los problemas construidos en contextos culturales. Estos incluyen relaciones de poder, raza, clase social, preferencia sexual, género y otras desventajas.
- ☛ Considera que los problemas motivo de consulta, usualmente han provocado que las personas lleguen a conclusiones pobres de su vida, se conciban deficientes en algún aspecto y tengan dificultad para acceder a su conocimiento, recursos y habilidades.
- ☛ Asume que estos conocimientos, habilidades y recursos pueden ser evocados en las personas para recuperar su vida de la influencia del problema.
- ☛ Supone que siempre hay ocasiones en la vida de las personas, donde éstas han logrado escapar de la influencia del problema. Ningún problema es cien por ciento efectivo en el dominio de la vida de las personas.
- ☛ La curiosidad, el respeto y transparencia son principios importantes del trabajo narrativo.
- ☛ La conversación terapéutica puede seguir diversas direcciones, ninguna es más correcta que la otra.
- ☛ La persona que asiste a la terapia juega un papel significativo en determinar la dirección que va a tomar la conversación terapéutica (Wobeser, 2002).

Lineamientos del proceso terapéutico

White (1997) propone la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a identificar y separarse de los discursos “verdaderos” que los oprimen, a apartarse de las descripciones “saturadas del problema” de sus vidas y relaciones.

Estas externalizaciones (problema o significado) no se prescriben o imponen, sino que surgen del propio lenguaje del cliente. El terapeuta sólo propicia mientras que el cliente, toma la dirección y la nueva historia surge de las múltiples historias.

Entiende la externalización como un proceso continuo de co-elaboración de una “realidad nueva”, implica una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del

cliente, es decir separa sistemáticamente los atributos, ideas, supuestos, creencias, hábitos, actitudes y estilos de vida problemáticos y los distingue de la identificación dominante del cliente.

De esta manera abre un espacio conceptual que permite deshacer algunos de los efectos negativos de la rotulación social, enfatizando que “la persona no es el problema” ello facilita al cliente, el tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre su vida, cuando toma conciencia de sus recursos y limita así el poder del problema sobre él.

Este procedimiento propicia que las personas se aparten de la “historia dominante” y empiecen a generar “historias alternativas” exentas del problema, espacios donde el problema es menos intenso, o los clientes se experimentan de diferente manera. A estos momentos se les conoce como sucesos extraordinarios (historias delgadas que hay que engrosar) que dan pie a una (s) nueva (s) narrativa (s). Es el cliente quien determina las narraciones alternativas que se co-construyen.

Este enfoque plantea el siguiente proceso terapéutico, sin que éste deba llevarse a cabo de manera secuencial.

- ⇒ Descripción saturada del problema. Se explora la descripción saturada del problema, sólo para que la persona detalle su experiencia de dificultades, desde dónde viene y las repercusiones que ha tenido en su vida.
- ⇒ Bautizar el problema. El terapeuta invita al cliente a ponerle un nombre (palabra o frase corta) específico al problema, con la intención de cosificarlo y objetivarlo.
- ⇒ Lenguaje externalizador. Se emplea a lo largo de la terapia a fin de transmitir la idea de que el problema tiene efectos sobre la persona, por ejemplo: “así que la depresión hizo eso con tu vida”; en lugar de decirle tu eres parte del problema, con frases como: “dime como te deprimiste”. Cabe aclarar que en situaciones de abuso, éste no se externaliza como tal, sino las creencias que lo sustentan.
- ⇒ Influencia de los aspectos políticos, sociales y culturales. Dado que la terapia narrativa asume que las relaciones de poder afectan a las personas y las relaciones que éstas construyen, se deben tomar en cuenta estos aspectos para ir conformando consensos y situar el problema en el contexto.
- ⇒ Preguntas de influencia relativa. Por un lado se exploran los efectos que el problema ha tenido sobre la vida de las personas y por otro la influencia que la persona ha tenido sobre el problema, quizá algún logro aislado o extraordinario, por ejemplo: ¿cómo hiciste ayer para ganarle a la bulimia?. En las terapias narrativas se sostiene que las preguntas generan experiencias, no sólo extraen información.
- ⇒ La desconstrucción hacia la solución. Dado que todo relato tiene contradicciones, el terapeuta debe captar cuando el cliente diga algo que niegue la descripción saturada del problema y rastrear la historia y significado de los eventos extraordinarios También puede formular preguntas del panorama de acción e identidad para obtener más datos de la historia alternativa, para que ésta se amplíe y fortalezca. Se le puede preguntar ¿recuerdas alguna situación en que el problema no te haya hecho llorar?, ¿quién se dio cuenta?.
- ⇒ Se invita al cliente a sumir una postura. Una vez que se ha validado la historia dominante y ampliado la historia alternativa, especificando que el cliente no es el problema, se le invita a asumir una postura ante la situación no como culpa sino como responsabilidad. Para que reflexione sobre lo que sabe de sí mismo, su poder y su conocimiento, se le puede preguntar: “...y ahora que conoces ésto, ¿qué crees que podrías hacer por ti?.”

- ⇒ La reautoría o “agencia personal”. El cliente se sabe empoderado, dueño y con control de su vida, encuentra nuevos significados y sus historias son diferentes. El terapeuta no tiene historias alternativas para el cliente. El cliente se sabe capaz de escribir otro libro en la base del anterior o uno nuevo exento del problema. Comienza la agencia personal que se sigue narrando y re-narrando.
- ⇒ Uso de documentos terapéuticos. Básicamente se usan cartas, diplomas y certificados para consolidar historias alternativas, descripciones de logros, estrategias para vencer a los problemas o pasos detallados que indican lo que hay que hacer ante ellos para ganarles.
- ⇒ Uso de testigos externos. Dado que toda persona está construida socialmente y las cosas se empiezan a creer a partir de los ojos de los otros, se debe llegar a consensos, divulgando la historia alternativa. Al cliente se le puede preguntar: “¿quién más se dio cuenta de que le ganaste al enojo?”.
- ⇒ Remembranza. Es parte de los testigos externos, se utiliza a la gente significativa que ha muerto o se perdió de nuestras vidas, con el fin de juntar recuerdos útiles para engrosar la historia. Al cliente se le puede preguntar: ¿qué diría tu maestra si estuviera aquí y viera el camino que has recorrido para vencer al pánico escénico?.

Como podemos darnos cuenta, White (1997) saca el problema, lo entrevista, saca los efectos de él o los efectos que el problema ha hecho en la vida del cliente, juega en el tiempo, siembra dudas, retoma el lenguaje del cliente, dado que lo significativo es lo cierto para la vida. Una vez externalizado el problema, invita al cliente a advertir la posibilidad de actuar contra él, a escapar de la opresión que implica la rotulación, a encauzar su vida en la dirección preferida, formulando preguntas que instalan la idea: “tu puedes elegir, tu puedes decidir, eres un agente activo del curso de tu propia vida”.

Estrategias como normalizar, despatologizar, buscar las excepciones, afirmar recursos y potencializar capacidades, permiten a los clientes resignificarse a sí mismos, co-construir una nueva visión de su realidad, y tomar el control de su vida, diseñando proyectos para un futuro sano y prometedor. En la terapia, las preguntas “¿por qué ésto es un problema para la familia?”, “¿por qué lo ha construido como problema?”, son fundamentales. Pues así como se construye el problema, muchas veces se construye la solución y nuevas realidades. Esta concepción cambia mucho la forma de actuar y propicia una mayor modestia y más tolerancia.

La propuesta de Epston y sus colaboradores (1996), se denomina “terapia de re-escritura” y como su nombre lo indica es una terapia que está basada en sendas misivas escritas entre terapeuta y paciente, es decir, que las posibilidades de reflexión después de la sesión personal donde se conversa, se desarrollan por cartas escritas por el terapeuta y contestadas por su cliente. La terapia centra su trabajo no tanto en la narración sino en el relato, y considera que éste es fundamental en la organización de la experiencia de cada persona.

Para Epston y sus colegas, los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan:

- ⇒ El significado que damos a la experiencia.
- ⇒ La selección de los aspectos de la experiencia que se expresarán.
- ⇒ La forma de la expresión que damos a esos aspectos de la experiencia.
- ⇒ Los efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones.

Los autores ven la vida como una representación de textos y la oferta terapéutica es diseñar nuevas formas textuales para interpretar y afrontar la vida. Su terapia de re-escritura sigue las siguientes premisas:

1. Permitir separar sus vidas y relaciones de los conocimientos/relatos que sean empobrecedores.
2. Ayudar a cuestionar las prácticas del yo y de las relaciones que sean opresoras.
3. Alentar a las personas a re-escribir sus vidas según conocimientos/historias y prácticas del yo y de las relaciones alternativas, que tengan mejores desenlaces.

Un punto importante que resaltan los autores es que el nuevo relato debe expresarse en la cotidianidad para permitir superar el problema, no basta con cambiar privadamente nuestra propia imagen personal, además debe desarrollarse una descripción convincente para exhibirla ante los demás, el nuevo relato debe hallar expresión en la interacción con el otro, de lo contrario no hay un verdadero cambio.

ENFOQUE DE SISTEMA DE LENGUAJE COLABORATIVO

En la terapia Colaborativa el terapeuta se centra tanto en aprender el lenguaje y los significados de los clientes, como en desechar sus opiniones “expertas” sobre como debería ser la gente y como deberían ser las intervenciones -tanto durante las sesiones como al concluir las-.

Terapia conversacional

Representantes

Harold Goolishian, Harlene Anderson y su grupo de Galveston (1988) han promovido la terapia como un proceso en donde el terapeuta y la familia co-crean nuevas narraciones que “disuelven” el problema y en donde el terapeuta es el “conductor” de la conversación. Este enfoque ha sido conocido como enfoque colaborativo de los sistemas del lenguaje.

Fundamentos conceptuales

Las teorías de la terapia se han desplazado rápidamente hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Esta concepción destaca que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan (Anderson y Goolishian, 1996).

Las premisas filosóficas de las terapias colaborativas son:

- ⌘ Los sistemas humanos son a la vez sistemas generadores de lenguaje y de significado.
- ⌘ El significado y la comprensión son constituidos social e intersubjetivamente.
- ⌘ Cualquier sistema de terapia es un sistema que se ha formado alrededor de un problema y que está implicado en el desarrollo de un lenguaje y significado específicos, específico a su organización y a su disolución.
- ⌘ La terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos conversación terapéutica.
- ⌘ El rol del terapeuta es el propio de un artista experto de la conversación cuya finalidad es la de crear un espacio facilitador de conversación (dialógico).

Estas premisas ponen gran énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato, en la medida en que influyen sobre la teoría y el trabajo clínico, además diferencian la filosofía y práctica colectivas de otras versiones posmodernas, e implican un movimiento en las definiciones de sistema social, proceso terapéutico, y posición del terapeuta (Anderson, 1997).

La actual posición se apoya fuertemente en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo interno y externo. Según esta perspectiva, la gente vive, y entiendo su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humanos.

Para los autores, los problemas se desarrollan cuando las conversaciones se vuelven rígidas o estereotipadas y originan un sistema cuyas acciones expresan sus narraciones humanas, por tanto existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación, ya que nuestro "yo" es siempre cambiante (Anderson y Goolishian, 1996).

Dado que el problema se crea y mantiene sobre la base de conversaciones, es sobre esta misma, que puede ser disuelto. Según Anderson y Goolishian (1988), la fuente del cambio se encuentra en lo "no dicho" de cada palabra, frase y discurso. Las personas que tienen un problema intentan discutirlo con otros, conocer la manera en que éstos lo han manejado, sus opiniones sobre él y sobre lo que la persona debería hacer y posteriormente conversan internamente para evolucionar hacia un nuevo significado obtenido mediante la conversación.

La terapia es pues un proceso ligado a la expresión, un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación, una conversación colaborativa, que pretende una búsqueda conjunta de posibilidades y una exploración de lo "no dicho", de cuyo seno nacen nuevas significaciones; no se trata de intervenir buscando soluciones para los así llamados "problemas", sino de conversar y cambiar los sistemas de significados (Anderson y Goolishian, 1996).

El problema se "disuelve", y desaparece de la conversación terapéutica, igual que el sistema definido por el problema. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración, es decir, surge en el desarrollo de nuevas significaciones que conducen a la solución del problema y a la disolución del "sistema definido por el problema".

Anderson y Goolishian (1988) hablan del sistema definido por el problema, del sistema que organiza el problema y del sistema que soluciona el problema. Estos sistemas no son puramente conjuntos de personas, sino más bien entramados de significados. El sistema se constituye alrededor de un problema y consiste en una conversación a su propósito. El problema no es pues una consecuencia del sistema, sino que es este último el resultado del problema.

La propuesta de los autores sobre el quehacer terapéutico habla de la necesidad de identificar aquellos aspectos que "organizan" el problema y a través de la emergencia de nuevos significados dentro de la conversación terapéutica, los aspectos que lo "disuelven". De ahí que se piense a los miembros del encuentro terapéutico como un "sistema organizador/desintegrador del problema".

Lineamientos del proceso terapéutico

Con este enfoque se aspira a la creación de una atmósfera terapéutica que facilite una conversación libre, en donde se de un intercambio de ideas y una búsqueda de exploración y comprensión mutuas, que pueda resaltar el discurso; el interés auténtico sobre el otro; la curiosidad; la intuición para elaborar y/o explorar los significados de lo "no dicho" y la producción de «lo nuevo».

No se pone énfasis en producir cambios sino en abrir un espacio para la conversación, pues en ella se crea la nueva narración, la narración de las historias «aún no contadas». El cambio en el relato y en la autonarración es una consecuencia inherente del diálogo (Anderson y Goolishian, 1988).

El objetivo terapéutico es (retomando las ideas de Gadamer, también presentes en Wittgenstein y Foucault), centrar la atención en lo "no dicho" pero sí implicado en el discurso. Tomando como punto de partida para la conversación, los parámetros de significado del cliente, tal como son descritos por él. La búsqueda de lo "no dicho" se verá facilitada por el "cuestionamiento mutuo" a través del diálogo (Wittgenstein, 1988).

La conversación terapéutica, implica un proceso de «participación conjunta», cada persona habla «con» el otro, no le habla «al» otro. En torno a la jerarquía del terapeuta Goolishian (en Fried y Fuks, 1992) resalta el papel de un "esfuerzo colaborativo". El terapeuta se convierte únicamente, en alguien que participa, a través de la conversación, en la creación de significados sociales. Esto está muy cerca del punto de vista "estético" de la terapia familiar.

Goolishian y Anderson (1996), con su propuesta: "La ignorancia como enfoque terapéutico", plantean como núcleo de su enfoque la posición no de experto del psicólogo sino de ignorante con respecto al sistema lingüístico de los clientes, en el cual ellos sí son los expertos. El terapeuta parte de una ignorancia deliberada, ignorancia que es entendida como "no saber", ya que cree que no hay esencias que captar en las narrativas del cliente y por lo tanto el terapeuta tampoco puede ofrecerle el secreto infame de su problema para que éste pueda reemplazar sus viejas e ilusorias narraciones.

Como no hay significados previos escondidos, sólo en la medida que se narra e interactúa en la terapia se forjan esos significados. El interrogatorio por lo tanto parte de una genuina curiosidad no determinada por hipótesis previas. Un elemento importante de la conversación terapéutica es el silencio y el manejo de preguntas a medio hacer, la propuesta es que el terapeuta a veces no hable o formule preguntas vacilantes y abiertas con largos períodos de silencio, con el fin de fomentar la participación y la invención dialógica del cliente.

Esta propuesta implica introducirse en la narración del cliente preguntando y dialogando para saber más, sin juzgar, analizar o dictaminar teórica o a priori el problema del cliente, es decir, sin transmitir opiniones y expectativas preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que debe cambiarse.

La terapia es vista como una expedición hacia un conocimiento más viable, en un mundo sin referentes fijos impuestos por el mundo exterior, en la que se facilitarán procesos de cambio, pero nunca podrán ser dirigidos, pues ni el cliente ni el terapeuta poseen una verdad absoluta. Los profesionales que intervienen son finalmente colaboradores que ayudan a la familia a construir una visión más coherente de sí misma. Se trata pues de un modelo de terapia conversacional.

Equipo Reflexivo

Representantes

Tom Andersen y el grupo de Noruega (1992; 1994), crean un equipo terapéutico que delibera sobre la familia y ella observa y escucha cómo hace dicha deliberación, aplicándose luego el papel inverso, a este proceso le llaman equipo de reflexión abierta.

Andersen (1987) entiende el "Equipo de Reflexión", como un proceso donde un equipo observa al sistema terapéutico detrás de un espejo unidireccional y luego comparte totalmente sus reflexiones con él, como una manera de abrir la conversación y desarrollar nuevos significados. En la manera de trabajar del equipo de reflexión, el foco se centra en las historias y el desarrollo de ideas.

Fundamentos conceptuales

La idea de Bateson con respecto a que la unidad elemental de información es una diferencia que hace una diferencia, ha sido una base importante para el trabajo clínico en donde los clientes que no saben qué hacer necesitan hacer algo diferente (inusual), aunque no tanto para no percibirlo, pero sí suficiente para que las personas registren la diferencia y generen un cambio (Andersen, 1994).

Otra de las influencias fueron las entrevistas con los asesores de Milán, que plantean preguntas en diferentes tiempos, y tratan de buscar las diferencias cuando se describen situaciones alrededor del problema.

Desarrollar preguntas que se orienten hacia aspectos del significado aún "no-vistos" por las personas, es importante pues en cada acto de descripción se deja fuera a muchas otras posibles (Andersen, 1987).

Cada persona tiene una percepción (podemos llamarla percepción construida) de la situación a la que "pertenece". Esta percepción es la realidad de la persona y existe sólo como la "realidad" del que la percibe. La misma situación "externa" puede transformarse en muchas "realidades". No se puede decir que una "realidad" sea mejor que las demás, pues todas son igualmente "reales".

La consecuencia de estas ideas para el trabajo clínico implica buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones que existan de una situación y promover la ulterior búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado.

Hoffman (1991), considera que la esencia de la nueva terapia posmoderna se centra en la palabra "reflexivo". Ya que el enfoque trata de replegarse sobre sí mismo, ya sea utilizando equipos de reflexión para la terapia, conversaciones reflexivas entre los componentes de la terapia, interrogatorios reflexivos, etc.; que junto con la preponderancia del prefijo "co" describen la conversación terapéutica (co-creación, co-autoría, co-evaluación), lo que indica un proceso de influencia mutua y no de unidireccionalidad o jerarquía.

Para el equipo reflexivo las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas. Así, ésta se convierte en la más amplia base posible para que una persona pueda elegir como manejar situaciones estancadas de manera diferente o cómo responder a acontecimientos nuevos, ya sea que estos puedan ser previstos o no.

La estructura del equipo reflexivo tiene la posibilidad de que a medida que los participantes se escuchan, se hacen nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

Cuando cada uno de los que se encuentran en la conversación tienen significados que son en parte diferentes a los de los demás, pueden emerger nuevos significados. Las conversaciones muy a menudo se detienen cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí (Andersen, 1994).

Lineamientos del proceso terapéutico

El equipo reflexivo a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional y está compuesto la mayoría de las veces por tres personas, este espejo no es necesario y la cantidad de personas no siempre es tres.

Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación. Los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas. Se preguntan

¿de qué manera la situación o el/los tema (s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada?, ¿de qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la (s) explicación (s) presentada?. Asimismo el equipo realiza un especial esfuerzo por contemplar todo lo que las personas que participan en la conversación, dicen, piensan y escuchan en términos de la velocidad y el ritmo de estas fases (Andersen, 1992).

Se necesita una pequeña pausa antes de hablar (actuar) y una pequeña pausa antes de escuchar (sentir). La pausa antes de hablar puede ser utilizada para preguntarse: "¿Qué dijo en realidad?". Ésto concuerda con lo que decía Goolishian: "Tienen que escuchar lo que les dicen realmente, y no lo que ellos quieren decir en realidad".

Después de la pausa, los miembros del equipo presentan sus ideas, hablando entre sí acerca de ellas y preguntándose sobre el/los tema (s) presentado (s), mientras que el sistema terapéutico los escucha. En otras palabras, cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos.

La reflexión tiene una duración de cinco a diez minutos. Después que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema terapéutico hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta manera tienen una conversación sobre lo que habló el equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema terapéutico.

Andersen (1994) resume así sus normas de acción lingüística para asumir la terapia posmoderna:

1. Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación "cuando escuche... se me ocurrió....."
2. Los miembros del equipo al hablar públicamente deben tratar de no transmitir connotaciones negativas. En vez de decir "no entiendo por que no intentan ésto o aquello", se dice: "me pregunto que pasaría sin intentar hacer ésto o aquello..."
3. Cuando el sistema terapéutico y el equipo están en la misma habitación y el equipo está reflexionando se pide a estos miembros que se miren entre sí, es decir, que no miren a los que escuchan (clientes), con el fin de permitir que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar.

El modo de trabajar del equipo de reflexión trata de incluir la mayor cantidad de versiones dejando de usar las palabras "o...o", para usar la expresión "y...y".

La conversación terapéutica en última instancia busca nuevas definiciones de uno mismo, nuevas descripciones, nuevos matices y comprensiones que permitan abordar el problema de una forma distinta.

El desafío está en la negociación y la construcción de maneras de ser viables y sostenibles, que convengan a la familia, al terapeuta y a las formas de obrar culturalmente aceptadas.

El modo de trabajo del equipo de reflexión abierta, favorece un desplazamiento del lenguaje profesional hacia el lenguaje cotidiano. Este lenguaje solo contiene palabras y conceptos que se usan en la vida diaria. (Andersen, 1992).

La flexibilidad y libertad que permiten las múltiples variaciones del equipo reflexivo, son una manera de promover tanto una comunidad de aprendizaje como implementar una práctica profesional reflexiva, que fácilmente evita los esfuerzos diagnósticos, las competiciones y las maniobras de poder (Anderson y Goolishian, 1988).

Similitudes entre los enfoques posmodernos

- ✓ Ambos usan aproximaciones posmodernas en la terapia.
- ✓ Se basan en la filosofía del construccionismo social, es decir afirman que hay múltiples realidades y que las mismas son construidas socialmente y validadas consensualmente.
- ✓ Ven a los clientes como expertos de sus propias vidas que intentan co-construir historias más útiles o posibilitadoras.
- ✓ Adoptan la metáfora narrativa como una forma característica de su trabajo. Así, encuentran interesante, el cómo los clientes le dan un sentido o un significado del mundo, mediante la experiencia, historias, narraciones y las conecta una con otra.
- ✓ Ambos ven que las personas tienen muchas y diferentes descripciones o narraciones de ellos mismos, así se habla de múltiples selfs, más que una ausencia o self verdadero (pues somos multifacéticos).

Se distinguen tres posturas conjugadas e interconectadas entre los representantes del sistema de lenguaje colaborativo y los externalizantes deconstructivos.

1. Privilegian las descripciones del cliente sobre las interpretaciones o explicaciones del terapeuta.
2. Apoyan la no jerarquía del terapeuta y prefieren una postura colaborativa e involucrada.
3. Enfatizan la transparencia más que el secreto, por ejemplo con el equipo reflexivo pues lo que se piensa se externa.

CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

Como parte del equipo de terapeutas que acompañó el proceso de formación de otros terapeutas principales, participe en la atención de 38 familias, en los diferentes escenarios de trabajo clínico y con diversos motivos de consulta (Ver Tabla 1).

Escenario de trabajo clínico	Número de familias atendidas	Condición de su proceso terapéutico (alta o baja)	Número de consultas en promedio por cada familia
ISSSTE	18	13 altas y 5 bajas	5
CCHA	8	5 altas y 3 bajas	8
FESI	18	12 altas, 6 bajas	7

Tabla 1. Familias atendidas en mi función como parte del equipo terapéutico.

Es conveniente subrayar que todas las familias fueron atendidas una vez cada quince días con una duración de 50 minutos aproximadamente en cada sesión. Los procesos terapéuticos de todos los sistemas que nos consultaron, fueron llevados a cabo y comentados con el grupo de supervisión en vivo, que planteó ideas y sugerencias de gran ayuda y relevancia en la implementación de las intervenciones terapéuticas, así como también en nuestra formación.

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia atendida como terapeuta principal.

A lo largo de la formación como terapeuta familiar sistémico atendí a seis familias como terapeuta principal en los tres diferentes escenarios de trabajo clínico, tres de ellas corresponden al ISSSTE, dos a la FESI y una al CCHA. Sus características en cuanto a la etapa del ciclo vital que atraviesan son diversas así como sus motivos de consulta, aunque predominan los problemas de violencia, disciplina y dificultades con la pareja.

Por motivos de confidencialidad se les denominará en adelante: Familia A, B, C, D, E y F. Se les brindó un servicio completo y de alta calidad, en algunos casos se trabajó con algún modelo de intervención específico y en otros se utilizaron varios modelos en pro del cambio.

Se tuvieron como promedio siete sesiones con cada familia. Cuatro de los sistemas atendidos llegaron a término en la terapia y se les dio de alta de manera formal. Otro dejó de asistir reportando que el impacto de las intervenciones había sido favorable en su vida y ya se sentía mejor, por ello, este caso puede ser considerado también como una alta. Sólo a una de las familias se le dio de baja. A todas se les proporcionó seguimiento vía telefónica (Ver Tabla 2).

Las especificaciones de las altas y bajas, así como las observaciones de los seguimientos se explicitan en los expedientes de trabajo clínico por cada familia, integrados con base en el formato de registro estipulado que se constituye por la primera llamada telefónica, la entrevista de primera vez y los reportes de seguimiento.

Familia	Escenario de trabajo clínico	Tipo de familia	Etapa de ciclo vital en la que se encontraba	Motivo de consulta	Nº de sesiones	Modelo de intervención predominante	Condición del proceso terapéutico	Modelo de intervención complementario
A	ISSSTE	Nuclear	Matrimonio con hijos en edad escolar	Disciplina y violencia familiar	2	Estructural	Baja	
B	ISSSTE	Reconstituida	Matrimonio con hijos en edad escolar y adultos	Disciplina y depresión	3	T.B. Problemas	Alta	
C	ISSSTE	Nuclear	Vejez, soledad y muerte	Distribución de poder	7	T.B. Soluciones	Alta	Narrativa Equipo Reflexivo
D	FESI	Extensa	Matrimonio con hijos en edad escolar	Disciplina y violencia marital	8	T.B. Soluciones	Alta	
E	FESI	Nuclear	Matrimonio con hijos adolescentes y adultos	Disciplina y dificultades maritales	16	Escuela de Milán	Alta	Estructural, T.B. Problemas y Soluciones
F	CCHA	Nuclear	Matrimonio con hijos adolescentes	Disciplina y abuso sexual	6	Narrativa	Alta	

Tabla 2. Características de las familias atendidas -durante mi desempeño como terapeuta principal- y su proceso terapéutico.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.

El siguiente análisis corresponde a las seis familias que atendí como terapeuta principal. Como puede observarse en la Tabla 1, en los familiogramas y en los genogramas que a continuación se representan, cuatro de las familias son nucleares, ello quiere decir que los matrimonios con hijos viven de manera independiente en una sola unidad familiar; una es reconstituida y otra era extensa, después del proceso terapéutico se estructuró como familia nuclear.

Las familias se encuentran ubicadas dentro de un nivel socioeconómico medio bajo y asisten a las diferentes sedes, ya sea porque son derechohabientes del ISSSTE; porque forman parte de la comunidad universitaria en el CCHA; o porque el servicio de terapia familiar está abierto a la comunidad en general en la FESI.

Las demandas de apoyo más frecuentes de parte de las familias atendidas fueron aquellas relacionadas con las transiciones importantes en su vida presente y futura tanto en el ámbito individual, de pareja y parental, que afectaban la funcionalidad en los diferentes espacios en los que se desenvolvían. Las temáticas de consulta que más se presentaron fueron las vinculadas con la disciplina hacia los hijos, el manejo del poder entre los miembros de la pareja, la violencia familiar tanto parental como conyugal, así como también dificultades que afectan la salud, tales como las adicciones y los problemas emocionales, como la depresión.

Los datos presentados en la introducción coinciden con los motivos de consulta atendidos durante la práctica clínica y permiten darnos cuenta de que en la realidad mexicana existe un alto índice de problemas psicosociales que deben ser tratados y prevenidos para disminuir su incidencia.

Modelo de intervención empleado

Un factor de gran relevancia en mi ejercicio profesional, fue el enfoque o modelo de intervención que guió el trabajo clínico realizado con las familias, en colaboración con los terapeutas y supervisores. El mismo estuvo relacionado, con el motivo de consulta que la familia refería, las características de la familia y su queja y con el modelo de intervención que estábamos revisando en determinado semestre. Por ejemplo, en primer semestre analizamos el Modelo Estructural; en segundo semestre revisamos los Modelos Estratégico y de Terapia Breve enfocada a Problemas; en tercer semestre conocimos el Modelo de Terapia Breve orientada a Soluciones y el propuesto por la Escuela de Milán y en cuarto semestre los modelos derivados del Posmodernismo.

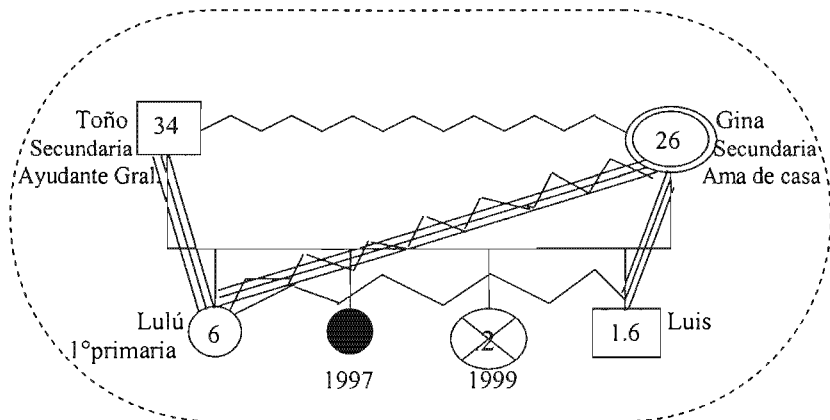
Como puede observarse en la Tabla 1 en el abordaje terapéutico con las familias atendidas, difícilmente se utilizó un modelo de intervención "puro", más bien se emplearon y enriquecieron entre sí diversos modelos, teniendo siempre uno como predominante.

A continuación analizaré la intervención clínica con las familias¹ de acuerdo con el modelo empleado de manera preponderante.

¹ Los nombres y otros datos han sido modificados para respetar la intimidad de las familias.

El Modelo Estructural

FAMILIOGRAMA A



La familia A se compone de cuatro miembros: El señor Toño quien tiene 34 años, trabaja como ayudante general; la señora Gina quien tiene 26 años y su ocupación consiste en atender su casa; y sus dos hijos: Lulú de 6 años quien asiste al 1° de primaria y Luis de un año y medio.

Cuando Lulú tenía 2 años, la señora tuvo un aborto y luego su marido quiso que se sometiera a un tratamiento para tener otro bebé, eso se logró, pero a los dos meses de nacido falleció, situación que a decir de la señora, influyó para que quisiera más a Luis.

Todos los miembros de la familia A acudieron a terapia, fue fácil identificar su estructura familiar, corroborándola con el reporte verbal de los clientes y su comunicación analógica, asimismo se pudo ampliar la conceptualización del problema presentado que se llevó desde el síntoma de la paciente identificada hasta el síntoma como resultado de las interacciones familiares, la realidad familiar y el ciclo vital del sistema.

La Sra. fue quien solicitó la terapia, refiriendo como síntoma que se considera histérica, se enoja con facilidad y le pega a su hija debido a su propia historia. También dijo: *"...yo creo que ya no me aguantan... y tal vez mi marido ya quiere divorciarse"*. Con respecto a sus hijos comentó que la niña era rebelde y el niño enojón.

Debido a que en la familia A predominaban:

- ❖ Límites difusos en el subsistema parental, más evidente con la hija de seis años.
- ❖ Distribución jerárquica desigual entre los cónyuges que a veces facilita al señor, relacionarse con gritos y/o golpes.
- ❖ Igualdad en la jerarquía entre madre e hija, lo que ocasionaba que ambas se amenazaran y acusaran mutuamente ante el señor.
- ❖ Alianza intergeneracional entre el padre y su hija.

Consideramos que el modelo estructural podría ser el más adecuado para realizar la intervención, puesto que las principales tareas de la fase evolutiva "matrimonios con hijos en edad escolar", son:

- ❖ Desarrollar habilidades parentales de comunicación, negociación, fijación de reglas y reparto de roles para facilitar la socialización de sus hijos en contextos como el escolar.
- ❖ Replantear la relación con la familia extensa para incluir los roles de abuelos, tíos y demás parientes.

- ❖ Cambiar las interacciones en el subsistema conyugal defendiendo en todo momento su privacidad como pareja frente al subsistema filial.
- ❖ Organizarse para evitar afectación en el área sexual-emocional.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1991) el cambio de la pauta interaccional que origina el síntoma, se presentará si se modifica la estructura y realidad familiar pues las metas terapéuticas no sólo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. El objetivo terapéutico debe contextualizarse, tomando en cuenta la demanda de la familia y reconociendo las características estructurales del sistema.

En esta familia se hipotetizó que la Sra. se encontraba en un conflicto entre sus creencias por un lado: "así me maltrataron, así maltrato" y por otro lado: una sobreexigencia propia y de parte de su sistema significativo "tengo que ser una buena madre y no sé serlo". Asimismo sus interacciones agresivas especialmente con su hija quizá le estaban sirviendo para mantener a su esposo en una posición jerárquica superior -evitando así que se alejara de sus deberes parentales- y para definir los límites entre el subsistema conyugal y el subsistema fraterno y con respecto a la familia extensa.

Por lo anterior, en el caso de la familia A, se cuestionó la estructura familiar mediante la técnica de fijación de fronteras entre los subsistemas de padres e hijos, a fin de regular la separación de los límites entre los holones, así como también para que se cambiaran los roles y este cambio ayudara al crecimiento psicosocial de sus miembros. También se realizó un cambio de geografía entre la hija y el padre a fin de que la pareja pudiera tener contacto visual y físico y la hija dejara de estar en medio de ellos obstaculizando su relación.

Con el objetivo de modificar la jerarquía entre la madre y la hija se empleó la técnica de desequilibramiento en la categoría de ignorar a la pequeña en sus intervenciones acusatorias hacia su madre a fin de elevar jerárquicamente a ésta.

A lo largo de la intervención se utilizó la técnica de complementariedad, cuestionando la certeza de que existía un paciente individualizado así como también la idea lineal de que sólo la señora era quien controlaba a su sistema familiar, extendiendo así el problema: "explosiones", más allá de la señora.

La familia tuvo una reacción favorable ante las intervenciones terapéuticas y la postura terapéutica cercana. Percibí que se sentía comprendida con respecto a sus demandas, verbalizaron acuerdo, expectativa de logro y confianza en el cambio, se mostraron dispuestos para comenzar a trabajar como pareja de padres, a la niña la percibí desconcertada y a disgusto por el desequilibramiento y la fijación de fronteras.

A partir de estas intervenciones la familia fue capaz de identificar que el motivo de consulta no es exclusivo de un miembro del sistema pues surge en el contexto familiar y se conforma y mantiene con la contribución de cada uno.

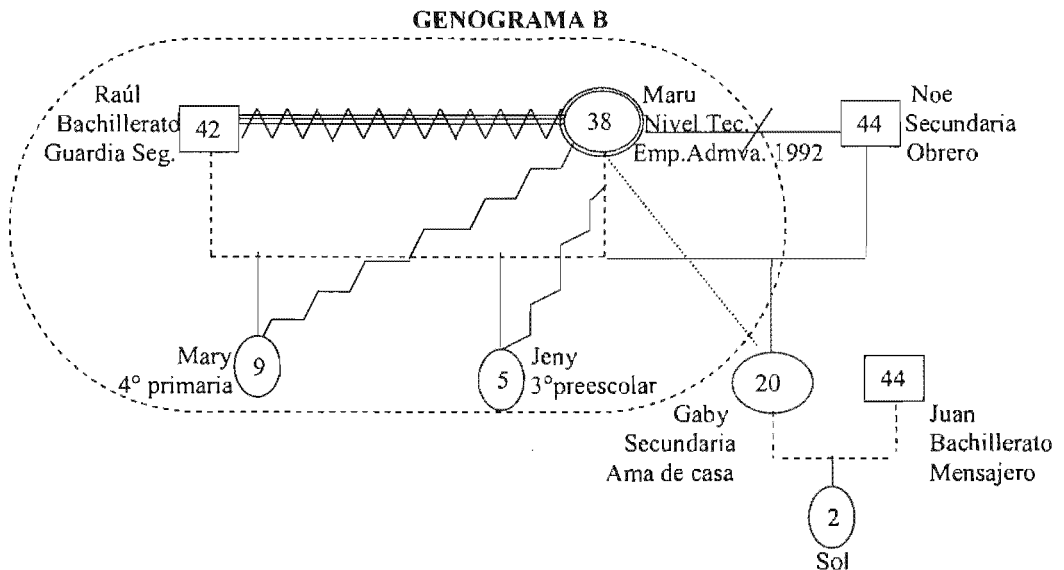
Estas intervenciones tuvieron un impacto favorable en la familia pues la pareja comenzó a trabajar en equipo desde su rol de padres apoyándose y complementándose mutuamente en las reglas transmitidas a los hijos. La señora refirió: "*... por ejemplo cuando mi esposo llega del trabajo mi hija ya no me acusa con él.... pero en parte porque él ya no le pregunta..., y yo ya no le pego*". A decir de su esposa, el señor ya no asumía el papel de juez entre ella y su hija para determinar quien de las dos era la culpable. Por otra parte la señora empezaba a ser más firme con su hija en cuanto al cumplimiento de las reglas y en consecuencia las discusiones entre ellas disminuyeron, la agresión de la niña hacia su hermano también.

Después de dos sesiones de terapia, la familia no asistió a las citas subsecuentes, tampoco avisó sobre sus faltas y se le dio de baja. Por lo anterior no se pudieron concretar otros planes de intervención concernientes al impacto de los cambios a largo plazo sobre los miembros del

sistema, es decir, las dificultades conyugales que pudieron aparecer a partir de la redistribución del poder en la familia.

Considero que las formas de trabajo realizadas con esta familia pudieron haberse mejorado al explorar desde la postura de género el tema de la violencia, las construcciones machistas y los roles estereotipados de género y cómo ellos afectan las interacciones, identificando los elementos importantes del ciclo vital y sus consecuencias a nivel conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo; así como también lo que se hace para detener la violencia. De haber continuado el trabajo con esta familia, dada su necesidad de ampliar su espectro de visión y flexibilidad para el cambio se hubieran podido rastrear los significados y creencias sobre la relación de jerarquía entre el subsistema conyugal y hacia sus hijos y a partir de ello generar en colaboración con la familia los objetivos terapéuticos que les beneficiaran más. Por ejemplo reforzar el rol parental autónomo y efectivo y clarificar los límites en el subsistema conyugal a fin de mejorar sus interacciones tanto al interior de su sistema como con los sistemas externos.

El modelo de Terapia Breve enfocado a Problemas



La familia B se compone de la Sra. Maru, sus dos hijas y su actual pareja. Ella es una mujer de 38 años de edad, que trabaja como empleada administrativa. Desde hace 10 años vive en unión libre con Raúl, su segunda pareja quien tiene 42 años y trabaja como guardia de seguridad, tiene con él dos hijas: Mary de 9 años y Jeny de 5 años, que acuden a primaria y preescolar, respectivamente. Maru tiene también otra hija de su primer matrimonio, llamada Gaby de 20 años, quien vive de manera independiente con su pareja y su hija.

De la familia B sólo asistió la señora refiriéndose a sí misma como la paciente con una amplia gama de problemas provenientes de su infancia, su primera relación de pareja y su primera hija, así como también las malas relaciones con su familia actual (pareja e hijas).

La paciente comenzó enunciando un problema y luego se desvió hacia otro, luego hacia un tercero y así sucesivamente, los problemas reportados fueron: el abandono de su padre durante su infancia, la violencia en su primera relación conyugal, la infidelidad cometida, el alcoholismo y la depresión padecida, el insomnio, su estado de ánimo cambiante, los sentimientos de enojo, tristeza, soledad, miedo y las ganas de desquitarse su coraje en casa y en el trabajo. Durante su discurso hubo que escucharla pacientemente y luego propiciar centrara su atención en el presente para conseguir una jerarquización y formulación clara del problema que ella consideraba más apremiante.

La cliente relató: *"...he querido salir adelante...pero hace dos meses que en mi relación de pareja las cosas se agravaron, he buscado ayuda porque quiero cambiar pero él me bloquea...., pues aunque no quiero pelear, ni enojarme, me hace y me dice cosas que me ponen de malas.... inevitablemente discutimos, incluso en presencia de mis hijas, en quienes descargo mi enojo y no quiero hacerlo"*.

El esfuerzo de Maru para no enojarse con su esposo, ni descargar sus sentimientos en sus hijas, dejó un claro ejemplo de "forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo"(Fisch, et.al., 1994), es decir aferrarse a una solución que no le funcionaba sino al contrario, le generaba la idea de que estaba loca, sentimientos de impotencia y conductas de alejamiento. Aunque este intento no resultaba exitoso, continuaba vigente.

En su discurso, la Señora concedió importancia a la repercusión de su pasado sobre su presente; mostró la constante búsqueda de validación y corrección de su estilo de vida por parte del equipo de salud; así como también una sensibilidad y espiritualidad extraordinarias. Con respecto a la solución de su problema se encontraba en una posición intermedia entre el optimismo y el pesimismo. La paciente nos otorgó responsabilidad y confianza en cuanto al cambio. Se trabajó bajo el enfoque de terapia breve enfocada a los problemas, centrándonos en la relación con ella misma y la expresión de sus emociones, debido a que la paciente la refería como más apremiante.

Con esta familia se realizó la búsqueda de círculos virtuosos y ampliación del cambio en distintas esferas de interacción. Se alentó la transformación, intentando que la paciente identificara los recursos que la conducían a la modificación pretendida en su sentir personal, en la relación con sus hijas, con su pareja, con sus compañeros de trabajo y utilidad en su vida presente y futura. También se rescataron los recursos que mostró durante la sesión, para agrandar el cambio, validar su papel como persona y aumentar su autoestima. Se promovió que identificara los sentimientos generados a partir de sus cambios. De manera reiterada hubo que volver a la paciente al presente resaltando la circularidad del maltrato conyugal, es decir, incluyéndola como partícipe de éste.

Tomando en cuenta la postura de la paciente respecto a su problema y de acuerdo con la estrategia de solución que practicaba, es decir, el esfuerzo por no enojarse, durante las sesiones, se redefinió positivamente la forma de manejar sus enojos actuales como enojos controlados que le dan fuerza para mostrarse indiferente ante las burlas de su pareja, no desquitarse con sus hijas y conseguir su felicidad. Se validó y normalizó lo natural de la presencia del enojo en la vida personal, señalando como características comunes, las sensaciones (impotencia, dudas, ganas de desquitarse impulsivamente.) que éste genera cuando es excesivo o descontrolado. Se redefinió en ella la presencia de dos tipos de enojos: el controlado y el descontrolado. Asimismo se prescribió identificar el contexto bajo el cual ocurría el enojo descontrolado y en cuáles el controlado, en qué consisten, ante qué personas surgen y qué le permite cada uno.

Como podemos darnos cuenta la estrategia que adoptó el sistema de terapeutas, se derivó de las intervenciones principales y consistió en impedir que la paciente se esforzara más en

cuanto a enojarse, es decir, la prescripción propiciaba que Maru se diera libertad para expresar y conocer más del enojo que sentía.

La cliente mejoró su arreglo personal, se dio cuenta de que hay seres humanos valiosos, también superó su estado de ánimo tanto en su trabajo como en su casa, con sus compañeros, después de las sesiones dijo: *"ya no tengo cara de piedra y con mis hijas ya no descargo mi enojo, me di cuenta de que eso era una tontería pues las niñas no son culpables de mi mala relación con él, he reflexionado el mensaje de la sesión anterior y digo para qué seguir peleando, para qué vivir en el pasado, tengo que echarle ganas"*. La señora se acercó más a sus niñas, se mostró más tolerante con ellas y les habló con cariño, eso le hizo sentir mejor.

El impacto de las intervenciones fue benéfico tanto para sus hijas como para la Sra., excepto para su pareja, con respecto a ello reportó: *"... parece que el cambio.... le da coraje a Raúl pues ahora se desquita con las niñas.... eso me desconcierta y al comentarlo con él me dice que estoy loca"*.

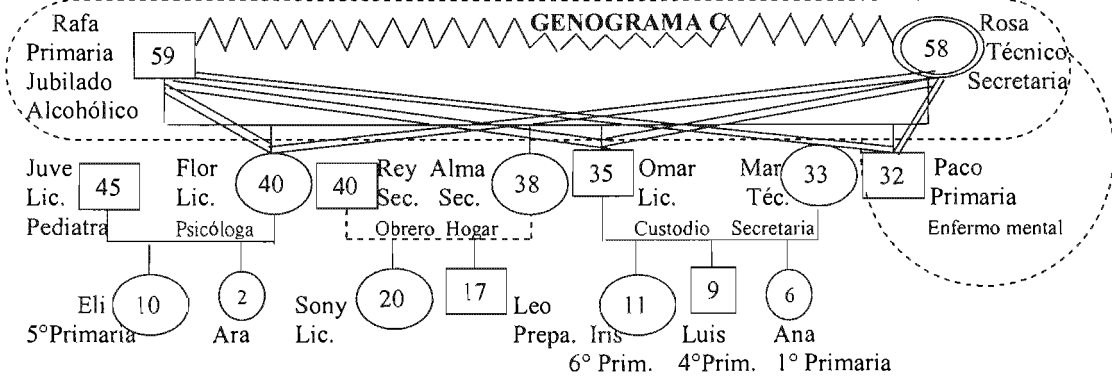
Durante la fase posterior de la intervención en su relación de pareja, la Sra. manejó sus sentimientos de forma favorable y diferente, expresándole su enojo; también se dio la oportunidad de expresar sus lados débiles, reprimidos, por ejemplo, el llanto ante el dolor. Ella ya no quiere que la siga lastimando y ha llegado a la conclusión de que ya no quiere estar con él.

Por la mejoría reportada la paciente dejó de asistir a la terapia y en la última llamada para invitarla a continuar, dijo que ya se sentía mejor. Por esta razón aunque no se le dio de alta de manera formal se le considero dentro de las familias con cambios significativos y por tanto, alta.

Con esta familia contribuimos en la detención de la violencia hacia sus hijas y el reforzamiento de su vínculo con ellas. Considero que las intervenciones enmarcadas bajo el modelo de terapia Breve centrada en Problemas, estuvo acorde con el estado de desgano que la problemática le había generado y que requería directividad por parte del terapeuta, así como cambios rápidos y efectivos, en cuanto a su sentir y expresión durante las dificultades conyugales y después de ellas por la relación con sus hijas. La intervención fue llevada a cabo exitosamente, la señora mostró cambios sorprendentes en pocas sesiones y durante las llamadas telefónicas realizadas.

En sesiones futuras, la presencia del esposo pudo ser favorable debido a que las hijas empezaron a tener problemas con él, quizá por que estaban trianguladas por la pareja. Las intervenciones pudieron enriquecerse enfatizando la importancia del cambio gradual, empleando alguna intervención general, tal como la de "no apresurarse", cuando volviera a hablar de dejar a su pareja.

El modelo de Terapia Breve orientado a soluciones



La familia está compuesta por el Señor Rafa de 59 años actualmente jubilado y la Señora Rosa de 58 años que labora como secretaria, ambos procrearon cuatro hijos: Flor de 40 años quien es psicóloga; Alma de 38 años quien terminó la secundaria y cuya ocupación actual es el hogar; Omar de 35 años quien estudió derecho y se desempeña como custodio; y Paco de 32 años quien sólo cursó la secundaria y debido a su adicción a las drogas, se encuentra enfermo de sus capacidades mentales y bajo el cuidado de sus padres. Con excepción de Paco, el resto de los hijos han formado sus familias y viven aparte.

El Sr. Rafa fue quien solicitó terapia debido a que él y su pareja no dormían juntos, no mantenían relaciones sexuales por decisión de la Sra. y tenían problemas en cuanto al manejo de los ingresos familiares, pues la Sra. era quien acaparaba todo, no gastaba para nada y le dejaba lo mínimo al Sr.

Se definió el problema a resolver: *"entenderse mejor para continuar juntos"*, se ampliaron las excepciones, se formularon preguntas a futuro implementando juegos de lenguaje encaminados al buen manejo de los problemas y las acciones concretas que cada uno puede llevar a cabo para conseguir las excepciones, exaltando los recursos usados por los clientes para lograr el cambio; se amplió el foco de atención más allá de lo sexual. Se validó y normalizó la insatisfacción sexual de la señora por haber establecido una relación violenta con su pareja. Con el fin de rastrear los cambios perceptivos del señor a partir de las verbalizaciones de la señora, se formularon preguntas de acuerdo y de explicación con respecto a la mala relación sexual.

Al llevar a cabo la detección y ampliación de excepciones libres de problema, tales como, salir de paseo juntos, convivir con sus nietos, etc., este sistema pudo hablar extensamente al respecto *"... hemos estado bien, en el paseo nos tratamos como novios y seguimos teniendo puntos en común, los hijos, los gustos, nos tratamos maravillosamente..."* por eso en este sistema y en colaboración con él, se fueron poniendo en práctica intervenciones basadas en el modelo de Terapia Breve orientado a Soluciones.

Dirigimos la competencia entre los cónyuges hacia una dirección positiva, dejando abierta la posibilidad y responsabilidad individual de hacer más y mejor para construir una buena relación de pareja, es decir una victoria compartida; redefinimos la necesidad de cambio en el cónyuge como una muestra de preocupación y cariño; dejamos latente la duda de quién comenzaría a preocuparse y mostrarse cariño a sí mismo, realizando cambios en su propia persona. La Sra. narró: *"me sentí con libertad para darle, para decirle las cosas directamente, segura de complacerlo y sin temor de que él pensara que estaba buscando un acercamiento de otro tipo;... me puse a prueba, puse de mi parte y lo logre ...me siento a gusto, satisfecha pues quiero arreglar las cosas con él"*.

La epistemología Posmoderna que guió la intervención en este caso, se amplió con estrategias derivadas de la Terapia Narrativa, debido a que en la tercera sesión los clientes empezaron a verbalizar reiteradamente el resentimiento por el pasado violento y lleno de adicciones. Nos apoyamos en la Narrativa con el propósito de de-construir la historia dominante asociada al género y con la intención de co-construir una historia más liberadora que no constriñera a los miembros de la pareja.

Se indagó sobre la descripción saturada que del problema tenían los clientes, utilizando un lenguaje externalizador. A partir de ello encontramos que la pareja recibió y practicó una educación estereotipada de género que tuvo varios costos, tales como la conformación de relaciones con desigual jerarquía y violencia en todos los ámbitos, así como también la carencia de límites en los subsistemas de esa familia lo cual condujo a las adicciones e infidelidades. La Sra. refirió *"...al principio por la ignorancia, le decía que me sentía satisfecha, luego por miedo a que me golpeará no le decía que no me satisfacía y creía que era mi obligación estar dispuesta siempre que él quisiera... tal vez siento coraje hacia él y conmigo misma por sentirme incapaz de*

poder remediar las cosas...luego comencé a rebelarme al preguntarme por qué siempre tengo que estar sumisa, comence a darme preferencia a mi misma...igual que mi mamá, también me liberé y asumí el control de los gastos y de todo...". Se identificó cómo es que se han opuesto a las creencias y prácticas inculcadas y ante cuáles no se han opuesto y les gustaría cambiar para lograr mayor bienestar.

Se exploró y cuestionó el significado del concepto "amor" y se les elogió que pudieran ampliarlo a áreas más allá de la sexual, *"..... el amor es tratar de tener a gusto y tranquilo a la pareja, entendiéndose moralmente, respetando las ideas y decisiones, considerarme capaz de resolver las cosas por mi misma y darme más importancia en todos los aspectos, valorarme como persona...". "...el amor es dar sin recibir, entenderse mutuamente..."*

A los clientes se les formularon preguntas de influencia relativa, por ejemplo: ¿Se han seguido desgastando, castigando y autocastigando con el resentimiento y con la indispensabilidad del sexo o les han ganado a ellos? Así como también preguntas del panorama de conciencia (identidad presente) concernientes al efecto de los cambios sobre las cualidades personales y el impacto sobre la interacción de pareja. Además se realizaron preguntas para buscar eventos excepcionales y preguntas del panorama de acción presente con la intención de fomentar en los clientes la responsabilidad individual por los cambios.

Aunque el señor sigue pensando en lo sexual, ha controlado esas ideas por el amor que le tiene a su esposa pues no desea lastimarla; se muestra sorprendido por sus cambios pero no se asume como responsable de ellos sino que los atribuye a la actitud de su esposa y a la paciencia que Dios le da. Los señores han podido llegar a acuerdos, se han estado llevando bien, mantienen preocupación por el bienestar del otro y cada uno ha seguido dando muestras de afecto sin esperar nada a cambio.

Posteriormente en cuanto al manejo de los ingresos familiares, la pareja se mostró inflexible en su postura con relación al otro y el sistema terapéutico asumió una postura pesimista sobre la relación de pareja al destacar sus retrocesos y otorgar gran peso a las características negativas de su relación. Congruente con la cosmovisión Posmoderna se decidió intervenir a través de un equipo reflexivo pues se pensó que ésto ofrecería varias visiones de los temas desarrollados a lo largo del proceso terapéutico y rescataría los múltiples recursos de la pareja. Resultó efectivo.

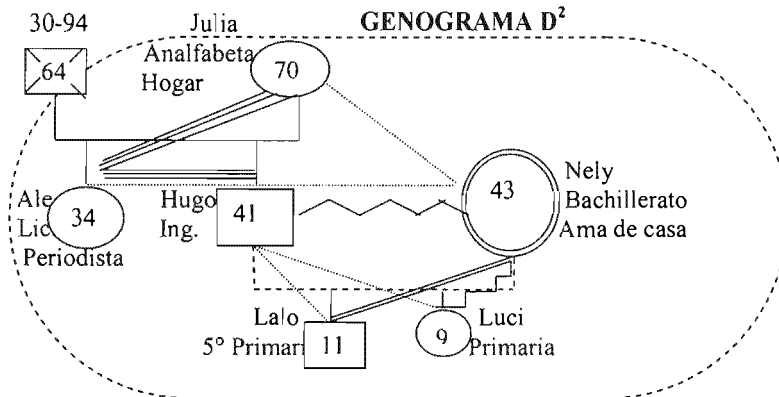
La pareja refirió que han estado bien, sin dificultades, pues cada uno ha puesto de su parte para convivir mejor, la señora reconoce que lo del dinero lo magnifica y le enoja pero ha cedido para evitar problemas. El señor comenta que está pagando sus errores como parte del ajuste de cuentas porque la ama y se lo demuestra a cada instante, sabe que su esposa tiene la sartén por el mango y la entiende en lo sexual aunque no sabe hasta cuando va a aguantar, cree que es un viejito de 18 años que no ha madurado y piensa que la luna es de queso.

El señor dijo: *"...entendí que lo que mi esposa hace es por mi bienestar, tomar me va a llevar a la tumba, no se me antoja ni pienso hacerlo... sigo leyendo...eso me ayuda a comprender y darme cuenta de qué estoy mal... por mi nuevo comportamiento ahora vivo muy feliz...dormimos juntos y hasta tenemos relaciones sexuales."*

Dado que formulé de manera constante a ambos miembros de la pareja preguntas hipotéticas hacia futuro en términos de interacción, explore excepciones, indague diferencias, adopte un lenguaje que invitaba a un futuro alentador y muy factible, y enfatice la responsabilidad de cada uno en la mejora de su relación, considero que el Modelo que sustentó el trabajo terapéutico con esta familia fue el de terapia breve enfocado a las soluciones. Y que se enriqueció con elementos de la terapia narrativa, tales como, la formulación de preguntas del panorama de acción y conciencia; la exploración y cuestionamiento del concepto "amor" y su ampliación a áreas más allá de la sexual; y el rastreo de las creencias sobre los estereotipos de

género, la cuestión de poder y las repercusiones en su relación. El sustento del trabajo terapéutico se fortaleció con el uso del Equipo Reflexivo.

La forma como se trabajaron las demandas de la pareja C nos permiten observar que pueden mezclarse estrategias de dos o más modelos de intervención, por ejemplo terapia breve enfocada a problemas u orientada a soluciones, narrativa y equipo reflexivo para responder de forma efectiva a las preocupaciones de los clientes.



La familia D está compuesta por el Señor Hugo de 41 años quien es Ingeniero; la Señora Nely de 43 años quien se dedica al cuidado de sus dos hijos: Lalo de 10 años y Luci de 9 años quienes acuden a quinto y cuarto año de primaria. Esta familia convive en el mismo espacio físico con la madre y con la hermana del Señor, que cuentan con 70 y 34 años de edad, respectivamente, por tanto, estamos hablando de una familia extensa.

La señora Nely fue quien solicitó terapia diciendo: *"no se por qué pero tenemos muchas dificultades familiares... soy muy nerviosa, grito, me desespero,convivimos poco...hay una desadaptación familiar es como una guerra constante entre todos"*. La cliente mostró principal preocupación por la actitud de sus hijos, la niña rebelde y contestona y el niño callado e introvertido.

El señor comentó: *"a nivel familiar presentamos problemas, desacuerdos, fricciones y tratamos de ordenarnos, buscando alternativas para conseguir armonía"*. Para la señora el problema es: *"... nunca hemos convivido como familia normal, siempre hemos estado separados, él con su mamá y yo con mis hijos, ahora desde hace un año vivimos juntos, con mi suegra"*.

Dado que en la primera entrevista ninguno de los clientes habló sobre lo que les preocupaba respecto de sus hijos -lo aparente-, pareció que la razón de fondo para asistir a terapia, se encontraba en el subsistema conyugal y la Sra. especialmente, lo expresó con resentimiento, incredulidad y desconfianza hacia el Sr. Por lo anterior se depositó en ellos la responsabilidad de decidir si en terapia se trabajarían las dificultades de sus hijos, o las quejas entre ellos como pareja.

Identificamos en la familia D muchos recursos pues a pesar de la distancia habían podido sobrevivir y pretendían afianzar el vínculo familiar. Por ello el primer objetivo fue normalizar su situación actual, redefiniéndola como un periodo de transición que implica realizar una serie de ajustes para integrar a los nuevos miembros al sistema.

² El análisis de esta familia será presentado bajo la modalidad de caso en el examen de competencias profesionales para obtener el grado de Maestría en Psicología.

Una vez que el sistema terapéutico eligió que la intervención directa se efectuara en el subsistema conyugal, se identificó y co-construyó un problema resoluble. "...conseguió armonía familiar e involucrarnos más entre sí como familia". Propiciando que la pareja ampliara su idea de "armonía familiar" y la describiera de manera concreta.

Se les prescribió una tarea genérica orientada a las soluciones eficaces: *"elijan un lugar de la casa, un momento especial que ustedes decidan para reunirse todos, darse cuenta y comentar sobre qué es lo que hacen cada uno cuando sí pueden convivir en armonía familiar y escribando en un papel"*.

A partir de entonces se identificaron los cambios surgidos, las excepciones a las quejas se ampliaron y atribuyeron a cada uno, se connotaron positivamente los recursos individuales, de pareja y familiares que pusieron en práctica para lograr las excepciones.

En los momentos en los que surgió la queja: *"no podemos comunicarnos"*, se redefinió por: *"cada uno ha venido utilizando un canal diferente de comunicación"*. A través del elogio se detallaron las estrategias que la pareja posee en cuanto a responsabilidad y que les podían ser útiles en la esfera conyugal y parental de su vida. Con la intención de que los clientes miraran su cotidianidad de pareja con una lente más positiva, se les prescribió una tarea de fórmula de la primera sesión: *"reflexionen individualmente sobre lo que creen que los ha mantenido juntos hasta ahora y qué suponen que los mantendría juntos en el futuro"*.

La Sra. comentó: *"las razones que nos han mantenido juntos son, el no sentirme culpable por mis hijos, el qué dirán, la seguridad que él me brindaba y creer que en el fondo, él me quiere"*. El Sr. por su parte dijo: *"... ha sido el amor que siento hacia ella, el entendimiento que a veces me demuestra, el sentirme acompañado, la necesidad de tener una pareja, la paz que me transmite y su carácter sencillo, dulce y cariñoso..."*

A lo largo de las sesiones hubo que frenar tanto las quejas del Sr. como la actitud defensiva o de justificación de la Sra. y puntualizar el objetivo terapéutico: *"sentirse más cómodos para integrar una familia"*. Finalmente se prescribió una tarea aproximada a la de la sorpresa: *"Reflexionen de qué manera podrían restituir a su pareja el esfuerzo que hizo para reunirse como pareja, escribir y tener acciones concretas, aunque sean chiquitas, hacia la pareja, como una forma de retribuir lo que ella dejó (familia) o el esfuerzo o inversión que el otro hizo"*.

En la tercera sesión se continuó explorando de manera concreta los cambios y ampliando las excepciones sobre las interacciones de pareja que los han mantenido juntos a pesar de la distancia a través del planteamiento de preguntas presuposicionales, tales como: *¿cómo es que usted trata de entenderla?, ¿cómo fue que pudo lograr este cambio?, ..todos estos cambios.. ¿cómo mejoran la relación?; el empleo del lenguaje; y el manejo del tiempo verbal, dejando la pauta interactiva disfuncional en el pasado y propiciando la idea de la co-participación en la conformación de un futuro alentador lleno de armonía. También se rastreó el impacto inherente a las excepciones en su vida y en la de su sistema significativo.*

El Sr. refirió: *"...he buscado las palabras para hacerle comentarios que no la molesten, escucharla-entenderla, más aún si sus frases involucran sentimientos, ponerle atención, observarla, sentir, ponerme en sus zapatos, acariciarla por ternura, decirle que se ve bien.... yo me siento bien, alegre y relajado porque logre algo que veía muy difícil y pienso que ello se debe a una combinación de todo (conocerla, conocerme, hacer a un lado la barrera del sentimiento malo y abrirme otras puertas)"*. La Sra. dijo: *"...he notado lo que él está haciendo y lo que trata de cambiar.... yo también pienso y analizo qué hice mal... he tratado de no ser como antes...y me siento bien pues me doy cuenta que de alguna manera también estoy haciendo algo bueno, como comprender, ceder y reflexionar antes de enojarme"*. El Sr. dice: *"observo y siento el esfuerzo de ella, ha cambiado de manera gradual, es atenta, tranquila y ecuánime, cuando se molesta ya no*

se deja llevar por el impulso... comenta palabras muy suaves, se retira a reflexionar, no permite que su molestia crezca, vence al malestar, se da cuenta de que eso no la va conducir a ningún lugar, está contenta, manifiesta cercanía física y visual... trata de comprenderme".

Se les prescribió la tarea de la sorpresa: *"cada uno tratara de sorprender al otro con algo bueno o agradable sin que éste sepa de qué se trata. Al darse cuenta de lo que el otro hizo escribirán: la sorpresa fue esto... me siento.... escribirán lo que hicieron y la respuesta del otro".*

En la quinta sesión se rastreó qué cosas fueron las que hicieron diferente por voluntad propia para sorprender a su cónyuge, hablaron de los actos de amor, bienintencionados, de estima y aprecio y cómo se sintieron a partir de ello. Con la intención de que los clientes recordaran, identificaran y verbalizaran su agencia personal de las cosas positivas que les ocurren, se exploró lo que ellos han hecho para solucionar su queja. A fin de consolidar los cambios se indagó sobre los obstáculos que podrían hacerlos retroceder.

La Sra. refirió: *"él se ha comportado menos frío y calculador, más accesible, no me presiona tanto, no se molesta, me escucha, ...yo siento más confianza para decirle las cosas.. eso me hace sentir más tranquila, menos presionada, con menor pesoyo creo que todo se debe a que nos estamos conociendo, y diciendo las cosas...él siempre me ha tratado bien pero yo lo veía con un caparazón jactándose.... Mi familia en Monterrey me dijo que me notaba diferente, con otra actitud, serena, tranquila".*

El Sr. reportó: *"... he notado muchos cambios y me siento muy contento y feliz...ella ya no explota con mucha facilidad, se retira en silencio y analiza, lo toma con calma"....me he dado cuenta de que ser tan rígido es molesto, no conduce a nada, es mejor ser flexible, suave, me lleva a un mejor y más alto punto, anteponer el sentimiento a la razón.....mi hermana y mi mamá se han dado cuenta de los cambios, están menos estresadas, platican en buen tono con ella, incluso mi hija pues, ahora se dirige a su mamá en un tono más cariñoso y dócil. La armonía se está dando poco a poco".*

La Sra. dice que para que las dificultades regresaran tendrían que descuidar lo que han estado poniendo de su parte y para no volver a caer en lo mismo tienen que pensar antes de hacer o decir para que no haya problemas ni se hagan sentir mal. El Sr. piensa que tendría que dejar de considerar, olvidar o tomar en cuenta que tiene una familia, seres humanos que piensan, son sencillos o complejos, sienten, es decir, regresar al egoísmo.

Se elogió a la pareja por sus grandes avances y las muchas ventajas que tienen pues como recién casados (por el proceso de transición que viven) y con su experiencia compartida, se están acoplando fácilmente el uno al otro. Se les recomienda por el momento, no involucrarse en su relación como padres, sino como recién casados. Se prescribe a ambos cónyuges tomar la iniciativa en la tarea de la sorpresa con algo atrevido. Al Sr. se le envía el mensaje de más a la acción y menos a pensar.

Debido a que el sistema creía que los cambios en su relación de pareja se debían al sistema de terapeutas, se les citó a una sesión más para fomentar que los clientes asumieran el control y responsabilidad por los cambios conseguidos y resaltar los recursos y posibilidades que individualmente y como pareja poseen para mantener y aumentar los cambios.

La pareja comentó que les ha ido muy bien, consideran que van avanzando, cada vez tienen más armonía, más comunicación, son más capaces de dar a conocer lo que sienten, cómo se sienten. La Sra. antes se enojaba y ya no hablaba, ahora trata de hacer a un lado el enojo, ser menos estricta consigo misma, relajarse, tranquilizarse, calmarse; eso le hace sentir menos peso encima y más normalidad para decirle cosas a su cónyuge. El Sr. también ha ido corrigiendo poco a poco su comportamiento, ahora ha disminuido los enojos y ha tenido más acercamientos en lo emocional.

El Sr. reportó que cuando tuvo la oportunidad de no pensar, sino de actuar, lo hizo, por ejemplo, sintió el deseo de abrazarla, besarla, tomarla de la cintura y lo hizo. A la pareja se le sugirió ³pulsar los botones que están aprendiendo a dominar, en el caso del señor el del sentimiento y la acción y en el caso de la señora: pensar y decir.

Finalmente se exploró si los cambios les satisfacen a ambos, se distinguieron sus diferentes funciones como esposos y padres a fin de que este rol último no afectara el primero. También se indagó sobre qué botones han decidido pulsar y cómo ha impactado eso en su vida.

En la sesión de seguimiento los clientes reportaron que han estado bien, siguen avanzando, mejorando, van como en una gráfica ascendente, y las siete sesiones han sido un factor determinante en ello. El Sr. por ejemplo ha pulido su comportamiento, su tono de voz, inclusive algunos razonamientos, presta más atención, escucha y entiende lo que antes no consideraba muy importante, por ejemplo los sentimientos de la Sra.; también continúa decidiendo aplicar el conocimiento que tiene sobre el proceso de tocar el botón adecuado para estar más tendiente a la armonía, lo agradable que desean en vez de la fricción, pues el enojo no vale la pena.

La Sra. refirió que su esposo ha hecho varias cosas que ella no pensaba que las pudiera hacer, mientras que ella ha hecho todo lo posible por adaptarse a su nueva vida, reconoce que aunque le cuesta trabajo darle la razón, trata de hacerlo, ha tratado de entenderlo con sus altibajos. Ella misma se ha entendido más pues ya no siente culpa sino trata de hacer algo para solucionar lo que hizo erróneo, además le ha escrito cartas a su pareja eso le parece raro, siente satisfacción y orgullo. La pareja reporta que tienen un mes que están viviendo separados de la familia de origen del Señor, ahora sí como familia nuclear. Y aunque los niños no han dicho nada, los cambios han repercutido en ellos, por ejemplo el hijo comía muy mal y ahora come bien.

Los cambios crearon un ambiente propicio para continuar con el paso siguiente: poder intercambiar opiniones con respecto a la educación de los niños. Pues la Sra. ha dejado de sentir al Sr. como intruso y está entendiendo su manera de ser papá sin que le duela. El Sr. comenta: *"Ahora sabemos escuchar, somos flexibles, sé qué le gusta a ella, sabe qué me gusta, nos estamos enfocando y atendiendo hacia el mismo punto, el mismo objetivo hacia la familia. El sentimiento que se ha fortalecido, se ha expresado más abiertamente, más natural y libre, no tan condicionado a sólo cuando estás alegre, contenta, no enojada. El sentimiento ha aflorado está más en libertad. La flexibilidad nos lleva a unificar criterios. Ahora tenemos la experiencia en hechos y consecuencias, poco a poco estamos adquiriendo la experiencia en la comunicación.... es poco factible que retrocedamos pero siempre hay esa posibilidad"*.

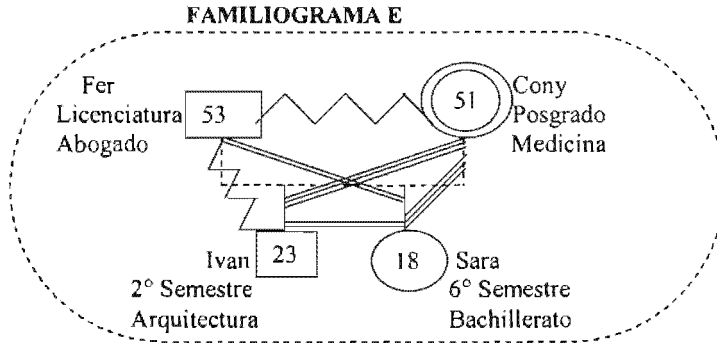
Las intervenciones en la familia D generaron cambios muy notorios, tuvo especial influencia la tarea de la sorpresa. La familia D, fue dada de alta después de siete sesiones, durante las cuales se fortalecieron los cambios y se diseñaron planes para evitar problemas posteriores. Uno de los avances más importantes fue que la familia pudo independizarse de la familia de origen del señor. Los clientes dijeron que fue una decisión muy buena pues se sentían más libres y como una verdadera familia.

Por lo anterior considero que el modelo de Terapia Breve orientado a las soluciones resultó eficaz al lograr el cambio que se pretendía, reflejado en la modificación del contenido del discurso de problemático a no problemático en todas las áreas de interacción de la pareja; el logro de los objetivos planteados por los clientes al inicio del proceso y las diferencias entre las primeras consultas y las últimas.

³ Expresión co-creada por el sistema Terapéutico y utilizada en sesiones previas.

Por ejemplo el señor de la familia D comentó: "... me siento contento y feliz cuando ella no explota con tanta facilidad y las cosas las toma con más calma... yo he sido también más flexible, más suave pues eso me lleva a un mejor punto.....las cosas van mejor, ...vamos avanzando cada vez hay más armonía, comunicación, somos más capaces de dar a conocer cómo nos sentimos y qué sentimos..., no vale la pena el enojo se pierde el tiempo con el enojo..." Y su pareja comentó: "...me da gusto, satisfacción, orgullo porque vamos bien;.... ahora digo: ya la regué, qué puedo hacer, en lugar de sentir culpa, trato de hacer algo para solucionar lo que ya hice y me decido a hablar con Hugo".

Escuela de Milán y Modelo Estructural



La familia E está compuesta por la Doctora Cony de 51 años, su pareja el señor Fer quien se desempeña como abogado; y sus dos hijos: Ivan de 23 años y Sara de 18 años ambos estudiantes, de arquitectura y bachillerato respectivamente.

La Sra. fue quien solicitó terapia debido a que hacía un mes sus dificultades familiares se agudizaron. Consideraba que con su actitud ella generaba las dificultades que le hacían sentir infeliz, angustiada e incapaz para conducir a su familia, por lo que ésta había resultado disfuncional, hacía 4 años había estado a punto de separarse de su pareja.

Durante la entrevista telefónica mostró principal preocupación por la etapa de vida de sus hijos: la adultez y la adolescencia, reconoció los cambios fuertes que éstas implican, como la búsqueda de independencia, las dificultades para entenderlos y manejarlos. No obstante en la primera sesión la paciente abordó como tema prioritario la relación conyugal problemática.

Es preciso aclarar que a la primera sesión sólo asistió Cony y en las sesiones siguientes se fueron incorporando los miembros de su familia, primero Sara, luego Ivan y finalmente Fer en la quinta sesión.

Debido a que en la familia E predominaban:

- »» Límites difusos entre los subsistemas parental y fraterno.
- »» Jerarquía confusa dado que el poder entre los miembros de la familia era inestable, especialmente en la interacción de los padres con el hijo mayor.
- »» Alianza entre madre e hija.
- »» Coalición intergeneracional entre madre e hijo contra el padre.
- »» Centralidad del hijo mayor y periferia del padre.

Al comienzo de la intervención con la familia E se emplearon estrategias tales como, la fijación de fronteras entre el subsistema parental y fraterno, intensidad con repetición del mensaje, enfoque en la triada rígida desviadora del conflicto conyugal, también se empleó el grupo de consulta como coro griego y refuerzo de los lados fuertes. Aunque a partir de la intervención con el Modelo Estructural la familia reportó un cambio sorprendente en el hijo mayor, la señora y la hija lo reconocieron poco y continuaron desviando el conflicto hacia él.

Con la asistencia del esposo a la terapia en la quinta sesión obtuvimos información nueva: la coalición entre madre e hijo en contra del padre y la alianza de la hija con la madre. Así salieron a la luz las dificultades en el subsistema conyugal especialmente en lo concerniente al rol parental de ambos y los costos que éstos originan en los hijos. Para obtener dicha información hicimos uso del interrogatorio circular propuesto por la Escuela de Milán, así, formulamos preguntas de significado enfocadas a futuro, de diferencia, de comparación; estas intervenciones generaron cambios en todos los miembros del sistema, convivieron más, hubo menos molestias y discusiones, más tranquilidad, pudieron identificar los cambios; el comportamiento del joven mejoró y él decidió independizarse; la joven acudió a cursos de regularización para aprobar sus materias.

La señora expresó claramente que ahora no le es fácil aceptar el dominio de su compañero y sus hijos son el pretexto para defender su punto de vista. El señor por su parte refirió que para avanzar había que tratar las cosas que estaban de fondo entre él y la señora, para no seguir afectando a sus hijos.

Al quedar evidenciado el conflicto conyugal, se citó exclusivamente a la pareja. Se emplearon entonces algunas estrategias de Terapia Breve enfocada a los problemas y orientada a las soluciones, para explorar la pauta interactiva disfuncional entre los cónyuges rastreando su origen y evolución, así como también preguntas de escala. Adoptamos una posición pesimista explicitando a la pareja como empeorar el problema: *"de continuar así, seguirán autosacrificándose por el beneficio familiar, arrastrando el pasado y adoptándolo como un enemigo grande que obstaculiza el goce de los hijos y la pareja"*. No obstante también se les dejó abierta la reflexión del cambio en sus manos para relacionarse con el enemigo común de una forma alternativa.

Pese a que el esposo dejó de asistir después de la novena sesión debido a las quejas de su esposa, con ésta, se procedió a la asimilación del pasado que la lastimaba (enojo por la infidelidad de parte del señor) y obstaculizaba su avance en el futuro. La señora fue disminuyendo en sus quejas, en sus enojos, y reconoció su contribución (descarga de enojo) en las dificultades maritales actuales y lo lastimada que había salido ella misma y sus hijos, por vengarse de su esposo. Expresó la culpa que su situación familiar le generaba aunada a la idea de que el señor no quería a su hijo mayor y a partir de lo cual ella se relaciona con éste sobreprotegiéndolo.

La señora disminuyó la expresión de resentimiento hacia su esposo, incluso le atendió de buena gana y fue cariñosa con él; ante las provocaciones de él, no lo insultó ni se molestó, le dio risa, eso le resultó muy efectivo pues su esposo no continuó la pelea y ella se evitó enojos. Le otorgó menos poder de control a su esposo al volverse más autónoma y hacer en la vida lo que quiere hacer, ello ha disminuido el resentimiento.

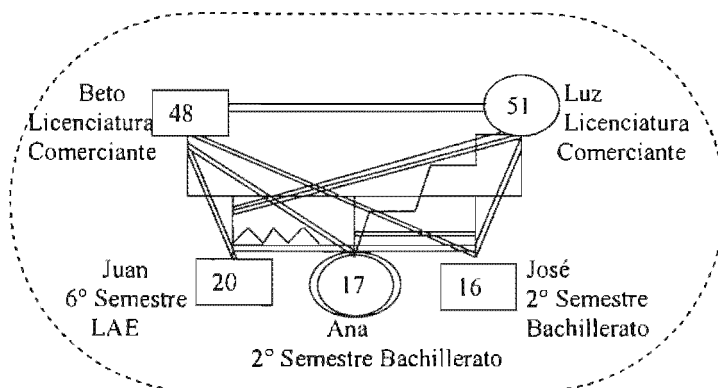
En la decimocuarta sesión, la señora manifestó su necesidad de poner límites a su hijo sin sentirse mal. Para combatir la culpa que experimentaba al interactuar negativamente con su hijo, se le prescribió un ritual. A partir de éste, Cony se dio cuenta de la enorme participación que tuvo en la generación de los conflictos con su hijo, también descubrió que éste considera al señor un buen padre.

En la fase última del proceso terapéutico se ampliaron excepciones así como repercusiones positivas en los diferentes miembros del sistema, enfatizando que su bienestar

personal favorecerá su actuación como madre. Satisfecha, mencionó que mientras ella deja de sobreproteger a su hijo, le permite crecer, madurar y quererse más. Estas aseveraciones se confirman con las actuaciones del joven quien ahora continúa viviendo de manera independiente y asistiendo a la Universidad.

La terapia Narrativa

FAMILIOGRAMA F



La familia F está compuesta por el señor Beto de 51 a., comerciante; la señora Luz que se dedica a atender su casa; Juan de 20 años, estudiante de la Licenciatura de Administración de Empresas; Ana de 17 años y José de 16 años quienes estudian el bachillerato. La familia nuclear vive independiente de las familias de origen de ambos cónyuges.

La adolescente de esta familia fue quien solicitó terapia refiriéndose ella misma como cliente, de la siguiente forma: "*choco constantemente con mamá y con Juan...pienso que yo soy la del problema, por agresiva, desesperada e impulsiva, cuando me hacen enojar, aviento cosas o agredo verbalmente sin pensarlo*". Solo madre e hija asistieron a terapia.

Al atender a la familia F integrada por hijos adolescentes, retomamos las ideas de White (1997) respecto a que los problemas de una persona (agresividad, alcoholismo y bandalismo) se desarrollan en el lenguaje, puesto que el sistema estaba muy concentrado en la descripción saturada del problema e impedido para visualizar una imagen positiva del cliente y su capacidad para afrontar exitosamente los problemas.

Debido a que la cliente sufrió abuso sexual durante su infancia, consideramos a las dificultades que se desarrollaron en su vida, desde un punto de vista contextual, es decir, entendiendo que dicha agresión promovió que la niña experimentara una serie de sentimientos confusos que influyeron profundamente en la percepción de sí misma y en lo negativo de sus interacciones. La joven comenzó a considerarse mala, sucia y a creer que debía avergonzarse por haber sido víctima de abuso sexual, al parecer todos estos sentimientos y convicciones la llevaron a desarrollar sus propios mecanismos para afrontar la vida.

Exhortamos a la adolescente a hablar sobre comportamientos favorecedores a su imagen y útiles para deconstruir la autoimagen dominante. A partir de ello, en el Sistema Terapéutico Total se fue conformando una historia nueva con sus logros aislados. Otro de los elementos con los que se favoreció la creación de la nueva historia, fue la externalización de las dificultades entre madre e hija relacionadas con el abuso sexual; así como también la prescripción de un

ritual de definición y redefinición de la identidad que consistió en despojarse de todo aquello que el abuso les había hecho cargar.

Al parecer ambas fueron conformando significaciones diferentes a las que tenían, especialmente la joven sobre la idea que tenía de la participación de su madre en el abuso y la señora sobre la culpa que su hija le atribuía, ambas pudieron reconocer su condición de víctimas inocentes, e ir más allá en cuanto a la culpa del abuso que mutuamente se atribuían depositándola en el agresor. La señora refiere: "*...nunca pense que a ti te pasara...nunca me dijiste tal vez por miedo a mi reacción...yo no te quería lastimar...no sabía qué hacer... si yo hubiera sabido lo hubiera impedido...hacia él siento mucho coraje y cuando tenga la oportunidad voy a sacar a la luz lo del abuso ante su esposa y sus hijas...*". La joven a pesar de expresar confusión abraza a su mamá y le dice que la quiere mucho, que la perdone por haber sido grosera con ella. Ambas señalan que les gustaría entre ellas existiera mayor confianza y comunicación.

Debido a que el sistema terapéutico manifestó confusión en cuanto al tipo de relación parental que sigue después de confesar una experiencia de abuso y los sentimientos diversos hacia sí mismo y para con otros, en la tercera sesión se consideró oportuno y relevante orientar a la familia F escuchando al equipo reflexivo sobre las cosas vistas desde diversas perspectivas. Esta sesión estuvo llena de emotividad en el sistema terapéutico total. El sistema familiar principalmente expresó mucha apertura para abordar su historia dominante y empezar a sentar las bases de su historia alternativa.

La señora refirió: "*me imaginaba como una persona fracasada en todo porque no cuide a mi hija, eso me alejaba de ella ...pero la intensidad de la sesión pasada nos afectó para bien, para sentirnos mejor, de la tarea ni nos acordamos.... ahora me siento muy satisfecha por la actitud que las dos estamos teniendo, yo más descansada con mayor acercamiento, más comunicación, menos rechazo... y a ella la veo con su mirada más dulce... platica más, por ejemplo de sus deseos, de lo que le pasa con sus compañeras, tiene más entusiasmo*".

En la cuarta sesión se les prescribió un ritual de definición y redefinición de la identidad que consistió en despojarse metafóricamente de todo aquello que el abuso les hiciera cargar por ejemplo la culpa, el odio, la cara light, etc. dicho ritual les ayudó a escapar de una autoimagen considerada problema "soy agresiva" "soy la culpable", etc. y que ambas habían adoptado para sí y para sus relaciones. También sirvió para que se ayudaran a redefinir sus expectativas y a cambiar sus relaciones consigo mismas y entre ellas.

Para llevar a cabo el ritual la familia tuvo que comprometerse en conductas que no formaban parte de sus pautas de interacción habituales. Considero que el ritual ofreció mayor claridad a la familia, incluso aunque no se hubiera concretado su ejecución pues ya había proporcionado a la familia información acerca de las nuevas conexiones establecidas y, por consiguiente, de las nuevas creencias o realidades.

La joven dijo que se había deshecho del miedo, del dolor, de su actitud de reto y se sentía bien pero con un poco de coraje hacia la persona que abuso de ella. La señora refirió que tiro a la basura su pasado y su culpa por no haber cuidado a su hija.

Ciclo vital familiar

Otro eje fundamental de análisis en la intervención con las seis familias, fue su ciclo vital. Estrada (1997) destaca la importancia que para los terapeutas tiene analizar el ciclo vital. En primer lugar porque lo considera un invaluable medio de organización y sistematización para el trabajo clínico con familias pues facilita llegar a la identificación del problema. En segundo lugar porque el análisis posterior de los casos, ofrece la posibilidad de identificar fenómenos semejantes en otras familias y por ende pautas de intervención terapéuticas eficaces.

Dado que la entrevista y terapia familiar realizadas sin una perspectiva de ciclo vital, significan una conceptualización fuera de contexto, diversos autores se han dado a la tarea de proponer diferentes clasificaciones del ciclo vital familiar y destacar su utilidad en el ejercicio clínico (Aldous, 1978; Barragan, 1976; Carter y McGoldrick, 1980; Colon, 1989; Estrada, 1987; Hill, 1965; Minuchin y Fishman, 1984; y Pollack, 1984; en Espinosa, 1992).

Aunque no existen diferencias esenciales entre los periodos del ciclo vital familiar debido a que los autores emplean sinónimos; para facilitar la comprensión aquí retomaremos las clasificaciones que se señalan en el siguiente cuadro y que están propuestas por Minuchin y Fishman (1991), Haley (1989) y Espinosa (2001).

Clasificaciones del ciclo vital familiar

Minuchin y Fishman	Haley	Espinosa
	El galanteo	
Formación de la pareja	El matrimonio	Matrimonio sin hijos
Familia con hijos pequeños	El nacimiento de los hijos y el trato con ellos	Crianza de hijos pequeños
Familia con hijos en edad escolar o adolescentes		Crianza de hijos en edad escolar
	Dificultades matrimoniales en el periodo intermedio	Adolescencia y adultos jóvenes
Familia con hijos adultos	El destete de los padres	Partida de los hijos y vejez
	El retiro de la vida activa y la vejez	

A lo largo del trabajo con familias reconocí lo provechoso del conocimiento adquirido durante mi formación, con respecto al ciclo vital de las familias pues ello me permitió organizar las acciones clínicas de manera práctica. De alguna forma me sugirieron la dirección que debía tomar, basándome, en parte, en la evaluación de la etapa del ciclo vital y las correspondientes tareas familiares e individuales que complejizan el proceso evolutivo.

El trabajo terapéutico de Erickson (en Haley, 1989) refleja que distingue periodos cruciales en la familia y enfoca la atención hacia ellos, tomándolos como guía para sus intervenciones, pues considera que los síntomas aparecen cuando el ciclo vital familiar se disloca o interrumpe, por tanto el síntoma es una señal de que el sistema enfrenta dificultades para avanzar a la siguiente etapa.

De acuerdo con Espinosa (1992) los miembros de la familia tienen ante sí el permanente desafío de dar respuestas eficaces y significativas a cuantas situaciones se les vayan presentando. En todas ellas se requiere de un cambio de estatus de sus miembros, produciéndose un proceso emocional muy complejo que envuelve la transición de una fase a la otra. Así, resulta relevante para la terapia, analizar los casos en torno al ciclo vital pues facilita la identificación de los mecanismos de adaptación de las familias y sus miembros a cada nueva circunstancia.

Debido a lo anterior, las seis familias analizadas de acuerdo con el modelo de intervención empleado, se analizarán en torno a la etapa de ciclo vital que atraviesan en el momento de solicitar terapia.

La etapa evolutiva de las familias atendidas, corresponden a la etapa: familia con hijos en edad escolar; adolescencia, adultez, y vejez, soledad y muerte.

Familias con hijos en edad escolar

Las tres familias con hijos en edad escolar (familias A, B y D.) son un vivo ejemplo de las vicisitudes que se viven en dicha etapa, debido a que el sistema tiene que relacionarse con otros nuevos sistemas, tales como, la escuela. Las reglas deben renegociarse para definir el

tiempo para el estudio y cumplimiento de las tareas; los límites entre padres e hijos necesitan modificarse para continuar permitiendo el contacto con los padres pero también ofreciéndole libertad al hijo, la importancia del subsistema conyugal puede comenzar a desvanecerse (Minuchin y Fishman, 1991).

La reorganización familiar se complejiza cuando el matrimonio está criando además a hijos pequeños -tal fue el caso de la familia A, en la que se agudizaron las malas relaciones entre madre e hija con la llegada del hermanito-, pues estos requieren mayor y diferente cuidado, la conformación de nuevas relaciones parentales y fraternas y reglas claras que garanticen la seguridad y crecimiento de los hijos. En esta etapa del ciclo vital familiar es característico el alto nivel de estrés y necesidades de reacomodo, por la incorporación de nuevos miembros a la familia.

Lo anterior quedó claramente reflejado en los motivos de consulta de las familias A, B, y D; pues éstos se relacionaron con los hijos, que presentaban, a decir de los padres: rebeldía, carácter introvertido, desobediencia, demandantes de cariño.

En los tres casos fue la madre quien solicitó el servicio de terapia familiar, refiriendo:

Familia A: *"...quiero cambiar mi carácter histérico porque me trae dificultades con mi esposo,....le grito y pego a mi hija de seis años... creo que ya nadie me aguanta..."*.

Familia B: *"...me siento agresiva, con enojos y ganas de desquitarlo en mi casa.... tengo poco contacto y tolerancia hacia mis hijas..."*.

Familia D: *"...vivimos desadaptación familiar por mis nervios, el carácter de mi pareja y la poca convivencia entre nosotros y con nuestros hijos.... la niña está rebelde y el niño muy introvertido..."*

Como ya hemos dicho Minuchin y Fishman (1991) señalan que el establecimiento de nuevas relaciones y el reacomodo con el exterior por incluir a otros sistemas, es un proceso complejo al que sigue una respuesta del mismo sistema familiar para volverse a estabilizar pero si la fluctuación se amplía, la familia puede entrar a una crisis que la lleve a un nivel diferente de funcionamiento, capaz de superar las alteraciones.

Mención aparte merece la familia D de tipo extenso dado que vivía una situación transicional debido a que el cónyuge desde el inicio de la conformación de su familia vivió separado de su esposa y sus hijos, sólo los visitaba esporádicamente por ello las relaciones de ese sistema se interrumpían frecuentemente. Hasta hace poco la señora y sus hijos se habían integrado a la familia de origen de él, por tal, las relaciones entre los miembros cambiaron, nuevos subsistemas aparecieron y la complejidad del sistema aumentó debido a los límites imprecisos, la confusión de roles y el estrés que el cambio trajo consigo.

Digno de resaltar es la condición de que en las tres familias atendidas existía un conflicto marital irresuelto caracterizado por diferentes niveles de violencia de parte del esposo hacia la mujer, lo cual generaba en las mujeres de los tres sistemas, enojo que era descargado sobre los hijos.

En los tres motivos de consulta pareciera ser que existe sólo un responsable, éste es, un paciente identificado: la madre, que genera la problemática familiar principalmente en su relación parental que culminan en dificultad conyugal. Sin embargo a lo largo de la consulta con estos sistemas pudimos darnos cuenta de que los conflictos referidos tenían que ver con la disciplina hacia los hijos y por la reorganización del sistema debido a la llegada de un nuevo hijo, como en el caso de la familia A; o por el tipo de relación establecido en el subsistema conyugal, que se vio claramente reflejado en las familias B y D.

Lo anterior concuerda con lo dicho por Espinosa (2001) en cuanto al periodo: crianza de niños pequeños, en el que aumenta la autoridad femenina convirtiendo al hijo en el centro de atención que desencadena los sentimientos de abandono y rechazo en el hombre, lo cual favorece

la periferia tradicional del varón. La fase: crianza de hijos en edad escolar evidencia que en las familias mexicanas la supremacía del subsistema parental, favorece el desvanecimiento del subsistema conyugal, lo cual deja ver la alta valoración que la familia otorga a los hijos y que implican algunas formas de sacrificio.

Familias con hijos adolescentes y adultos jóvenes

La etapa de emancipación de los hijos es, quizá, la más dramática y con frecuencia, las familias se ven envueltas en una serie de ajustes y reajustes en esta etapa de su desarrollo.

Las dos familias con hijos en etapa adolescente (familias E y F) reflejan claramente los acontecimientos que atraviesan los sistemas compuestos por miembros jóvenes, debido a que en esta fase de la vida se adquiere mayor libertad, mayor capacidad y desenvolvimiento en diferentes contextos; habilidades que le llevan a cuestionar y renegociar la organización, los valores, las creencias y prácticas de la familia a la que pertenecen y le inducen a comenzar el proceso de separación (Minuchin, 1992).

Las tareas principales de esta fase del ciclo vital familiar de acuerdo con Espinosa (1992) son:

- ❖ Cambiar los patrones de relación padre-hijo.
- ❖ Reenfocar los aspectos de la propia actividad laboral, paterna y vida marital.

Los padres de estos sistemas también evolucionan y ya no son los mismos adultos jóvenes que criaban niños, se han convertido en adultos en edad media cuya vida conyugal se haya en plenitud, dado que el enfoque de la vida individual y de pareja ha madurado (Haley, 1980).

Si la familia además está conformada por hijos adultos jóvenes con compromisos y estilo de vida propios, pueden surgir dificultades cuando el hijo mayor pretenda dejar el hogar de origen y entonces los padres se encuentren sin nada que decirse, ni compartir, pues durante años han conversado del hijo.

La etapa de la familia con hijos adolescentes y adultos jóvenes, muestran que el primogénito, especialmente si pertenece al sexo femenino, tiene que luchar si su deseo es adquirir mayor libertad personal (Espinosa, 2001).

Lo anterior se vio reflejado en las demandas de las familias que caen en esta etapa del ciclo vital familiar. En la familia F fue la propia adolescente quien solicitó el servicio refiriendo discusiones frecuentes con su madre y su hermano mayor debido a su necesidad de autonomía; resentimientos por el pasado, poca confianza de parte de su sistema familiar hacia ella y predominio de la convivencia adictiva y de bandalismo de ella con sus contemporáneos.

A lo largo del proceso terapéutico de la familia F pudimos darnos cuenta que una parte del conflicto tenía que ver con la disciplina de la adolescente. La madre de ella comentó: *"se enoja con facilidad cuando se le pide algo o se le niega algún permiso y va reprobando en la escuela..."*. Por su parte la cliente nos reportó: *"... pienso que yo soy la del problema, por agresiva, desesperada e impulsiva, cuando me hacen enojar, aviento cosas o agredo verbalmente sin pensarlo, pertencí a un grupo de porros..., comencé a beber porque estoy gorda y fea..."*.

Como señalan Minuchin y Fishman (1991), la disciplina es más difícil de implementar en esta etapa de vida puesto que el grupo de pares cobra mucho poder por sus propios valores sobre droga, alcohol, vestimenta, estilo de vida y perspectivas futuras; además de que la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles.

Es preciso comentar que las características del sistema en esta fase evolutiva se complejizaron porque la adolescente de la familia F vivió una experiencia de abuso sexual con sentimientos confusos que influyeron profundamente en la percepción de sí misma y en lo negativo de sus interacciones principalmente con su madre, que se agudizaron al revelarle el abuso sufrido.

Cuando una familia tropieza con dificultades en el cumplimiento de la tarea de separación de padres e hijos, suele manifestarlo con suma lealtad a la familia nuclear tanta que descuidan su propio desarrollo individual. En las familias caracterizadas por un alto grado de lealtad, la individuación del joven adulto resulta a menudo difícil porque la familia puede interpretarla como una forma de rechazo. Algunos adultos jóvenes responden a este dilema manteniéndose muy dependientes del apoyo emocional y, a veces, económico de sus padres; con frecuencia, proporcionan compañía y dedicación solícita a uno de ellos o a los dos (Wright, Hall, O'Connor, Perry y Murphy, 1982).

Si las reglas familiares no permiten una progresión natural a través de varias etapas del ciclo vital de la familia, o un cambio accidental (por ejemplo, enfermedad crónica, divorcio), es posible que un miembro de la familia contraiga un síntoma como una solución que ayude a la familia a avanzar por su senda evolutiva (Hoffman, 2001). El síntoma o problema presentado constituye un dilema interaccional derivado de creencias peculiares de esa familia, por tanto una de las metas terapéuticas será proponer a la familia creencias o realidades diferentes para el problema, que tal vez le faciliten descubrir sus propias soluciones.

Vivir esta etapa familiar, a veces conduce a la pareja a retomar las disputas de antaño, es decir, las cuestiones problemáticas antes de la llegada de los hijos y que no se resolvieron, con frecuencia los conflictos llevan a la separación, divorcio y en casos extremos al homicidio o suicidio. Ante esta circunstancia no parece accidental que aparezca un síntoma en algún hijo como un intento de resolver lo que ocurre en su familia en esa etapa (Haley, 1999). Una nueva presión puede vivirse si los padres de esas familias enfrentan la pérdida de sus propios padres y el dolor consiguiente.

Lo anterior se vio reflejado en la familia E conformada por un hijo adulto joven y una hija adolescente, la madre fue quien solicitó terapia diciendo: *"...siento infelicidad porque no se imponerme, me falta carácter, me siento incapaz de conducir una familia..., especialmente por la etapa de vida de mis hijos y sus actitudes inmaduras....: reprobación académica, consumo de drogas y vagancia..."*

El motivo de consulta se refería a la relación con los hijos, la preocupación por la etapa de vida que atravesaban y que implicaban cambios fuertes para la familia (búsqueda de independencia) y mayor dificultad con respecto al manejo parental.

Desde el principio de las consultas pudimos notar que a esta demanda subyacía un conflicto en la relación de pareja, matizado por resentimientos mutuos del pasado, debido a: embarazos no planeados, carreras truncadas o de culminación difícil, violencia, mínimo desempeño en su rol parental e infidelidad de parte del esposo.

Con relación a sus dificultades conyugales la señora comenta: *" no he sabido llevar una relación de pareja, desde el noviazgo hasta mi vida en unión libre con él, llena de violencia, infidelidad y carente de afecto, pasando por mi rol como madre soltera"*.

Ante tal conflicto marital, los síntomas de los hijos -rezago académico-, principalmente del adulto joven -vagancia y adicción-, desviaban la atención hacia sí, perpetuándose para ser definidos como fuente de los problemas familiares y de esta forma servían para mantener unido al subsistema conyugal, aunque con la amenaza latente de separación. Pues como comentó el joven *".... todo se debe a que somos un tipo de familia alternativa a la común, diferente, con muchas broncas, mis papás viven en unión libre y han pasado cosas fuertes y extrañas tiempo atrás..."*.

Sí recordamos que las principales tareas de las familias cuando los hijos se van son:

- ❖ Ampliar las interacciones a nuevas áreas: laboral, recreativa, social-asistencial, etc.
- ❖ Asumir el rol de abuelos.
- ❖ Reorganizarse como diadas.

Resulta comprensible que en la familia E, con la salida del hijo mayor de su sistema, los conflictos de pareja empezaran a enfrentarse abiertamente, Esto concuerda con lo que Haley (1999) dice caracteriza a la fase del destete de los padres o familia con hijos adultos, con respecto a las dificultades que emergen entre los padres, cuando los hijos logran su independencia. Pues en la pareja se estructuran cambios que llevan a nuevos patrones en la relación diádica que facilitan la independencia de los hijos. No obstante cuando los hijos han sido el único eje de contacto entre los cónyuges, pueden presentarse problemas, tales como separación o divorcio, adicciones, violencia, etc., que reflejarán las dificultades que el sistema tiene para pasar a la siguiente fase evolutiva.

En la familia E la vinculación de la pareja se daba a partir de los hijos y cuando el mayor de ellos decidió independizarse la pareja tuvo intentos de separación, dicho conflicto conyugal fue conciliado por la hija menor que aún convivía con sus padres y dijo: "*.....sí yo no mediara entre ellos -sus papás- tendrían enfrentamientos más fuertes y directos..*"

Familia que vive el retiro de la vida activa y la vejez

La familia C fue el único sistema atendido, que vive la fase de la vejez, soledad y muerte. De acuerdo con Minuchin y Fishman (1991) en esta etapa los hijos han adquirido sus propios compromisos y estilo de vida, el subsistema de los cónyuges vuelve a ser el holón familiar esencial para ambos, mantienen relación con los nietos, nuevos miembros de la familia; también puede ser una etapa de pérdidas de salud, trabajo, contemporáneos, rendimiento físico y mental; o bien de desarrollo propio y conyugal. Esta fase es de relativa armonía que puede subsistir después de la jubilación pero a veces dicho evento puede generar dificultades pues esposo y esposa tendrán que convivir 24 horas al día (Haley, 1999).

En congruencia con lo mencionado por Minuchin y Fishman (1991) en la familia C todos los hijos habían conformado su propia familia de manera estable, excepto el hijo menor que se encontraba incapacitado de sus facultades mentales debido a un problema de adicción.

Espinosa (2001) señala que en esta etapa, el varón es quien presenta mayor sufrimiento y dificultad para asumir roles más activos o de mayor presencia y reconocimiento de hijos y nietos; generalmente emplea el mal humor o el alcohol como signos depresivos.

En el caso C, ciertamente es el esposo quien sufre las pérdidas a nivel económico, laboral, social y de salud, pues es diabético; siente que no tiene nada que hacer porque es jubilado, está solo en casa y ocasionalmente cuida a sus nietos, posee limitados recursos económicos para satisfacer sus gustos ya que ahora es su esposa quien controla los gastos. La señora por su parte mantenía relaciones con su esposo, matizadas por resentimientos del pasado: violencia máxima en todas las áreas, alcoholismo por parte de ambos miembros, infidelidad etc. situaciones todas que obstaculizaban la relación sexual con su esposo.

Sí bien es cierto que todas las familias viven estas transiciones familiares, también es cierto que no todas requerirán insertarse en un proceso terapéutico ya que por sí mismas pueden utilizar efectivamente sus recursos para pasar a la siguiente etapa. Como podemos darnos cuenta la exploración del motivo de consulta presentado por las familias atendidas, se llevó a cabo a través de una lente fundada en el desarrollo y el ciclo vital; ello posibilitó el surgimiento natural de las metas. Es decir se coconstruyeron realidades viables acordes con los principios evolutivos

y del ciclo vital familiar. Por ello podemos decir que el conocimiento sobre el desarrollo familiar resulta provechoso en nuestra práctica clínica porque indica tareas y vínculos representativos de cada fase que quizás oprimen a la familia atendida.

1.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total: observaciones clínicas en los escenarios de trabajo.

La terapia familiar sistémica

Es cierto que no existe una forma correcta para enseñar y aprender a hacer terapia, ni tampoco una manera mejor de brindarla; más bien existen formas distintas de hacerlo. También es cierto que hacer terapia no puede aprenderse sólo teóricamente sino haciéndose responsable de un trabajo clínico ético, bajo la guía de un supervisor, ya sea a nivel conversacional, por grabación en audio o video, o bien en vivo a través de un circuito cerrado o un espejo de visión unilateral que permita al supervisor observar, guiar, sugerir o hacer salir al aprendiz para discutir algún punto relevante.

En la Terapia Familiar Sistémica el terapeuta puede estar acompañado por un supervisor que a su vez puede estar acompañado de más supervisores y/o de terapeutas que también se encuentren en formación. Este sistema se origina con el propósito de desarrollar e incrementar las habilidades, capacidades, técnicas, supuestos teóricos, ética y competencias profesionales de los aprendices.

Puedo definir la terapia familiar sistémica como el resultado de un esfuerzo conjunto del sistema terapéutico total basado en las experiencias y contribuciones de todas las personas que lo conformaron, que definieron e imprimieron un cambio a los diferentes "problemas" atendidos y que se relacionaron con los sistemas familiares con los más altos principios éticos.

Qué es el sistema terapéutico total

Como hemos venido señalando, desde una epistemología sistémica, es fundamental integrar los diferentes elementos incluidos en un sistema. En la relación terapeuta-cliente surge una unidad sistémica atravesada por las interacciones de los dos subsistemas en el contexto de la terapia, considerado como el Sistema Terapéutico Total (STT). Aurón (2000) define los diferentes componentes que engloban al STT, como:

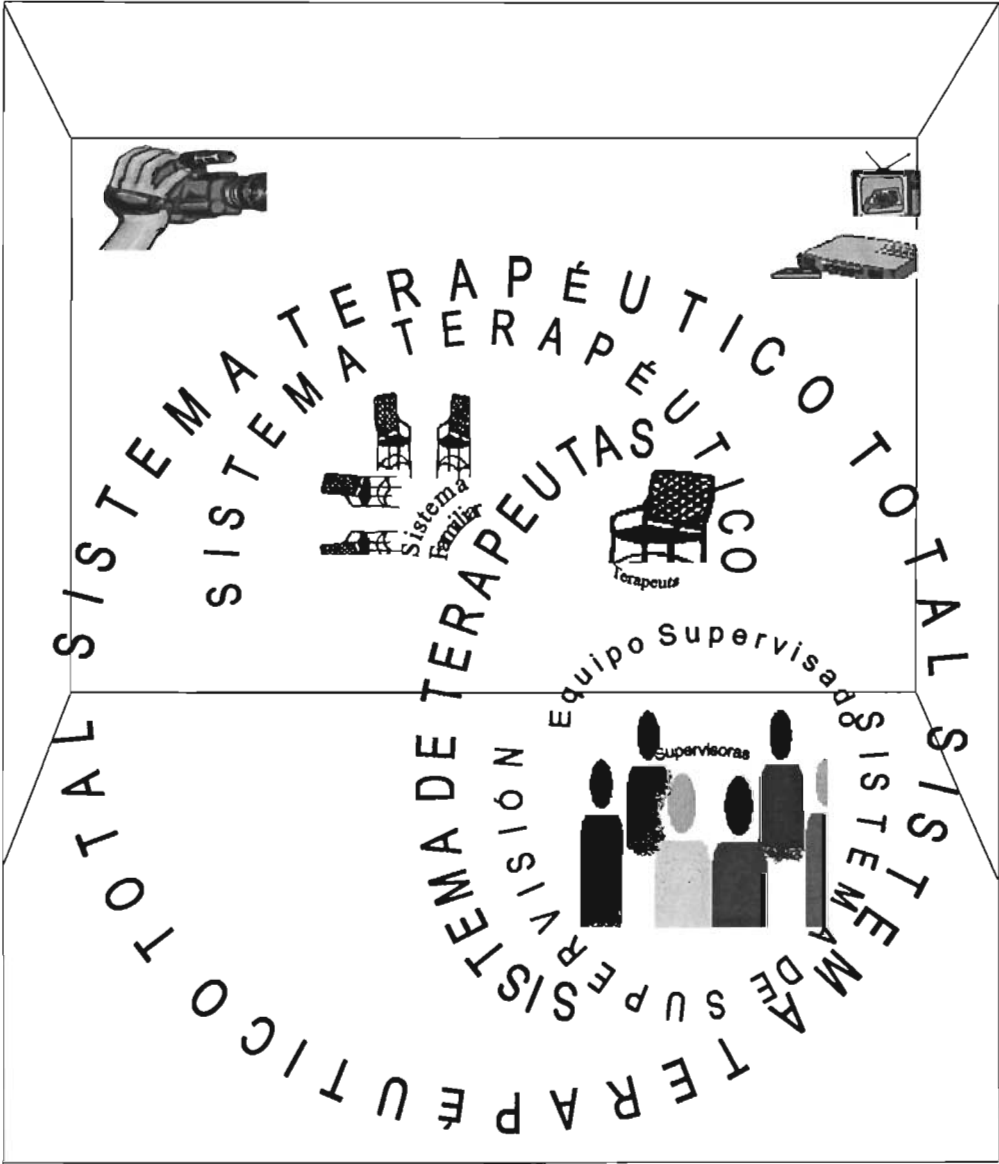
Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico;

Equipo Supervisado + Supervisor (es) = Sistema de Supervisión;

Sistema de Supervisión + Terapeuta = Sistema de Terapeutas;

Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión = Sistema Terapéutico Total.

Así los alumnos que formamos parte del grupo de formación y quienes nos supervisaron, conformamos lo que se denominó el sistema de terapeutas. Por otra parte cada terapeuta con la familia que atendió conformó el sistema terapéutico. Los terapeutas y los supervisores detrás del espejo formaron el sistema de supervisión. Con estos dos últimos sistemas en conjunto se constituyó lo que se ha denominado el STT. La siguiente figura da idea de la conformación típica del STT en una sesión.



El sistema de terapeutas se compone de lo que Von Foerster (1981) llamó Sistemas Observantes; donde el primer nivel de observación lo conformó el terapeuta ante la familia, y el segundo nivel de observación estuvo integrado por el equipo de observadores (terapeutas y supervisoras), colocado detrás de un cristal de visión unidireccional o bien en la sala de circuito cerrado.

La conformación del STT durante nuestra formación, fue cambiando con el paso del tiempo, dado que el grupo de los diez terapeutas se dividió y las supervisoras así como los consultantes variaron. Puesto que realizamos el trabajo clínico en diferentes escenarios, los contextos también se modificaron.

El STT reflejó en cada momento una configuración única de acuerdo con las personas que lo constituyeron. En la primera fase de formación, todos los participantes teníamos similar trayectoria académica por la Licenciatura en Psicología y un interés común, la Residencia en Terapia Familiar; no obstante éramos diferentes por nuestras características personales, experiencias de vida, idiosincrasia, etc, esto último favoreció la conformación de un grupo heterogéneo que pudo enriquecerse entre sí. En el sistema terapéutico total que conformamos se propició una visión amplia de los fenómenos, previo establecimiento de un buen vínculo entre las personas que lo constituimos, ello favoreció la efectividad en el proceso terapéutico de los sistemas familiares atendidos y mi aprendizaje a través de mi propio ejercicio profesional y mediante la observación y análisis de la acción de otros que como yo, se estaban formando. Fue un espacio en donde los miembros del sistema nos acompañamos y las supervisoras facilitaron la generación, análisis e integración de lo acontecido en la terapia.

La importancia del sistema terapéutico total en la formación de terapeutas familiares

En mi formación como terapeuta encontré algo más allá del aprendizaje de técnicas de intervención familiar sistémica, me refiero a mi desarrollo como persona, pues la epistemología que las sustenta da un giro a la persona que se interesa por conocerla y practicarla día a día, ésto sólo es posible gracias a las implicaciones de interacción humana, vivenciales y emotivas, que ofrece el proceso de enseñanza-aprendizaje de la residencia en terapia familiar sistémica.

La metodología a partir de la cual nos enseñaron y a partir de la cual aprendimos a hacer terapia, es una posibilidad para mirarnos desde los ojos de otros, darnos cuenta de nuestros puntos ciegos que limitan el trabajo clínico, acercarnos con nuestras emociones e identificar aquellas dificultades irresueltas que pueden repercutir negativamente en la atención psicológica ética.

Trabajar en conjunto con un equipo de supervisión brinda un enorme soporte al terapeuta y al cliente le ofrece una gran confianza, al mismo tiempo que resalta su valía como consultante. A nosotros como profesionales de la salud nos fomenta el compromiso, la disciplina y la capacitación continua tanto a nivel personal como profesional.

El equipo de supervisión nos ayudó a identificar nuestras áreas de oportunidad para el cambio, así como también cómo es que ellas pueden ser superadas durante el ejercicio clínico para no afectar negativamente la relación con nuestros clientes.

Contar con la guía de un supervisor o dos y con un gran número de voces diversas me reconfortó por la sensación de estar acompañada, permitió enriquecer el trabajo de unos terapeutas con el trabajo de otros a partir de las observaciones, guías y sugerencias; además al cliente le brindó una consulta revisada a detalle de manera sistemática, estilo que debería existir en todos los casos, tanto a nivel institucional como privado.

Las relaciones que se dieron en el sistema terapéutico total me permitieron autoexploración, autoconocimiento y autovaloración, así como también facilitaron que como terapeuta principal manifestara mis sentimientos, opiniones y escuchara los del equipo, posibilitando así, que ellos ayudaran en mi crecimiento personal y en mi práctica profesional.

En mi experiencia, de manera gradual dejé de vivir al equipo de supervisión detrás del espejo como una cámara vigilante, más bien empecé a sentirlo como un gran apoyo que principalmente me acompañó respetuosamente, promoviendo mi autonomía en cuanto a la toma de decisiones, el manejo de mis tiempos y emociones, fue tolerante manifestando paciencia y comprensión y promovió que reflexionara sobre la “terapia empírica” que en ocasiones suelo poner en práctica. Esto último creo que es de fundamental importancia dado que a veces hacía cosas sin pensar y eso en la práctica profesional puede ser delicado, afortunadamente en las situaciones que lo llevé a cabo fue algo favorecedor para la familia atendida, pero revisar mis intervenciones, ejercerlas de manera más consciente y planificada redundará en la calidad del servicio que ofrezco.

Formar parte del sistema terapéutico total implicó aceptar que mis propios aspectos privados se convirtieran en públicos, cuando menos en el grupo. Dicho proceso estuvo protegido y bajo la responsabilidad y escucha de los supervisores que no sólo nos apoyaron y estimularon sino que también evaluaron la competencia, confianza, autonomía, decisión y responsabilidad nuestra con los clientes.

El trabajo clínico con supervisión en vivo

Los terapeutas en formación, el terapeuta principal (responsable directo del trabajo con la familia) y los supervisores nos reunimos momentos antes de iniciar la sesión de terapia, para dar oportunidad al terapeuta principal de informar sobre su caso, proporcionando un resumen con los aspectos más relevantes de la sesión previa y las estrategias de intervención programadas; mientras tanto los supervisores promovían en nosotros la formulación de hipótesis y la conformación de nuevas líneas de intervención.

Lo anterior permitió que nos disciplináramos en cuanto a reportar de manera profesional los casos que estaban bajo nuestra responsabilidad y lo más importante, sirvió para ampliar nuestra lente al observar al sistema atendido y comentado por todos, es decir, nos brindó la posibilidad de una apertura ideológica, personal y profesional, hacia el trabajo supervisado; ésto promovió asumir actitudes éticas para tratar a nuestras familias.

Durante la presesión cada terapeuta proporcionó oportunamente un resumen verbal y la transcripción escrita (acta) de la sesión previa. La elaboración de actas de sesión, agilizó las presesiones ya que ellas incluían las hipótesis sobre el caso y planes futuros de intervención. Es preciso señalar que la elaboración de las actas, estuvieron matizadas por la idiosincrasia de quien las realiza, por su singular condición de observador o de actor y por su propia subjetividad. Asimismo los demás terapeutas como lectores a su vez, transformamos la experiencia entonces por tercera vez, ya que las transcripciones de cada sesión y los comentarios del equipo de supervisión estuvieron también filtrados por la lente de su propio entrenamiento, de su personalidad y de la distancia que lo separaba de la situación terapéutica.

La presesión también fue útil para comentar la nueva información que los sistemas familiares atendidos nos comentaban fuera de terapia -en conversación de pasillo- sin la presencia del equipo. Estos datos se ofrecían al sistema de terapeutas con la intención de que tuvieran idea de nuevas aperturas y por supuesto nuevas hipótesis y líneas de intervención a seguir.

Hacemos responsables de los registros de nuestros compañeros, promovió el que realmente nos hiciéramos cargo de todos los casos atendidos, aunque no estuviéramos directamente atendiéndolos, esto hizo que participáramos más en la conformación de los mensajes, las líneas futuras, las sugerencias al terapeuta.

Otra actividad realizada fue revisar los videos del terapeuta principal, al hacerlo además de aprender, fue más factible observar sus lados fuertes y sus áreas a pulir y comentárselas sin temor de ofenderlo, es decir practicar una crítica constructiva, propositiva. De igual manera mis compañeras al ver mis videos pudieron retroalimentar mi ejercicio como terapeuta sin temor a ofenderme, es decir, ofreciendo una crítica constructiva y quizá una o muchas alternativas para superar mis áreas débiles. El trabajo realizado me permitió ver cómo otras (mis compañeras y supervisoras) percibieron mi ejercicio profesional y luego verme a mi misma; creo que ello me amplió el conocimiento de mi, así como también me ayudó a partir de la nueva narrativa a superar algunas áreas que consideraba débiles, lo cual sin duda repercutió positivamente en la atención que brinde a las familias.

Durante los momentos en los que los miembros del sistema de terapeutas nos reuníamos, pude compartir con ellos no sólo lo relevante del sistema terapéutico del cual yo era terapeuta principal sino también hablar y/o caer en la cuenta de mi propio proceso al interior del sistema terapéutico, es decir, de mis ansiedades, temores, alegrías, frustraciones, ignorancias, certezas, sentimientos, etc., con ello quiero decir que me desnude tanto en lo personal como en mi formación como terapeuta y eso me ayudó en los dos niveles.

Durante la sesión terapéutica

Durante las sesiones, el terapeuta principal tenía en promedio treinta minutos para seguir las líneas de intervención planteadas en la presesión y después hacía una pausa, si el terapeuta lo decidía podía salir antes por cualquier duda, o bien el supervisor podía intervenir en las sesiones para "rescatar" al terapeuta principal en turno, cuando éste reflejaba embotamiento, isomorfismo no productivo con la familia, o simplemente para señalarle nuevas líneas de intervención que a su parecer detrás del espejo y desde su experiencia profesional eran más convenientes.

La participación más importante del sistema referido, la tuvo durante la pausa, en la cual conversábamos sobre lo relevante y se elaboraba un mensaje para la familia. Esto sirvió muchísimo a los terapeutas principales que a veces nos encontrábamos como parte de la familia, inmersos en su problemática o con muy pocas oportunidades para realizar alguna intervención, entonces el sistema de supervisión, nos ayudó a colocarnos dentro de nuestro rol como terapeutas y ofrecer desde ahí una alternativa de dirección. En otros casos reforzó nuestro actuar alentándonos a continuar de esa forma, también nos aclaró dudas y nos ofreció una visión más de lo acontecido especialmente en el sistema terapéutico y en el sistema terapéutico total.

Como ya he mencionado considero de suma importancia, tanto para el sistema terapéutico como para el sistema de terapeutas, los diferentes momentos en los que el sistema de terapeutas se reúne, especialmente la pausa antes de finalizar la sesión. Ya que por un lado, permite identificar a los terapeutas principales los posibles "errores" a lo largo de la sesión y las alternativas de solución más adecuadas, además refuerza el proceso de formación y desempeño de los terapeutas así como también amplía el panorama de visión e intervención. Por otro lado, la reunión de los terapeutas momentos antes de finalizar la sesión, es útil para el sistema familiar pues al separarlo de la sesión, sirve como marcador de contexto e imprime al mensaje que el terapeuta transmite, un matiz de importancia, conclusión, o novedad.

Conversar con el equipo antes de finalizar la sesión, me ayudó a contactarme con mis sentimientos con relación a los clientes o lo que ellos manifestaban a fin de utilizarlos al servicio

del proceso terapéutico del sistema y luego entendiendo su base autorreferencial, tomarlo como área mía digna de reflexionar o superar en terapia.

Los diferentes tiempos que el sistema de terapeutas aprovecha para reunirse y comentar con respecto al sistema familiar que se atiende, hacen posible que el sistema de terapeutas pueda tomar distancia del sistema familiar y después de conversar, reflexionar y ordenar las ideas acerca de lo que el sistema terapéutico ha dicho, poner sobre la mesa de discusión los diferentes planes y caminos para llevar a cabo la intervención más adecuada y decidir con respecto a qué aspectos merecen ser destacados en el mensaje, tarea o intervención final.

Formar parte del sistema terapéutico total permitió que mirásemos hacia nosotros mismos, descubriéramos algunas emociones y estilos comunicativos de los que tal vez no nos habíamos percatado, también permitió que tuviésemos una visión más amplia de los fenómenos observados. Nos dió la oportunidad de desarrollar la capacidad de observación analógica, de análisis y de síntesis sistémica del discurso terapéutico; así como también, de detectar las habilidades terapéuticas a partir de una visión sistémica.

Asimismo sirvió como espacio de contención emocional, cuando ayudó a explorar las respuestas emotivas de cada terapeuta para ponerlas al servicio de los pacientes, o mejor dicho del proceso terapéutico. El sistema del que forme parte me reafirmó que nuestras respuestas emotivas más que un obstáculo son una muestra de nuestra capacidad para involucrarnos en la relación terapéutica, desde luego dentro de límites aceptables.

Al principio de mi formación, atender a un sistema familiar contando con un sistema terapéutico total me volvió vulnerable a la observación directa y convirtió al sistema de supervisión que me acompañaba, en un gran ojo crítico, en esas primeras ocasiones lo que predominó en mí fue el temor.

Posteriormente, el paso del tiempo y la maduración grupal y personal a nivel epistemológico, teórico y metodológico me ayudaron a desarrollar soltura y confianza en mi quehacer como terapeuta y promovieron que mi severo ojo crítico se flexibilizara, se volviera más atrevido, permisivo, alentador y capaz de reconocer no sólo mis errores sino también mis aciertos, entonces, me fui animando a mostrarme más y agradecí las correcciones que se hacían de mi labor, así como también los aplausos que la misma ameritaba, aprendí a no tomar tan en serio mis caídas sino a crecer a partir de ellas, a soltarme como terapeuta, a reconocermé, a aceptar los aplausos y poder aplaudirme yo misma.

Así fue como poco a poco sin mayor preocupación fui "desnudándome" ante mis compañeras y supervisoras a veces sin darme cuenta de ello, por encontrarme sumida en cuerpo y alma en el proceso del sistema terapéutico y permitiéndome en dicho sistema gozar de los privilegios por ser el terapeuta principal, pero sin olvidar que la conversación con la familia no estaba enteramente bajo mi control ni bajo el suyo sino en manos del sistema terapéutico total, fue entonces cuando resignifique al sistema de terapeutas como un apoyo, como mi respaldo.

En la última fase de la formación puedo decir que nuestro trabajo fue realizado con mayor soltura y gradualmente el supervisor disminuyó la guía al terapeuta principal, a veces incluso logramos tal entendimiento que bastaba alguna señal no verbal de parte nuestra o del sistema de supervisión, por ejemplo: gestos de aprobación, desaprobación, confusión o aburrimiento, para que cambiáramos el rumbo de nuestras intervenciones, abriéramos una línea nueva, formuláramos una pregunta para ver si se daba una apertura o siguiéramos por el mismo camino avanzado.

El sistema de supervisión

La supervisión fue la parte medular de las intervenciones con los sistemas familiares, su participación estuvo presente en todos los momentos que implica una sesión de terapia familiar sistémica: la presesión, la sesión, la pausa y la postsesión, incluso en casos de seguimiento en los que ya no se contaba con supervisión en vivo sino supervisión en relato.

En el último semestre el sistema de supervisión, más que vivirlo como un sistema de evaluación, fui sintiéndolo como un espacio que tanto a las terapeutas en formación como a las supervisoras, nos llevó a un ejercicio continuo de autoobservación con el otro sin estar atrapadas en el poder. Por lo anterior puedo decir que la formación en la maestría de terapia familiar sistémica fue un espacio nutritivo para todos, es decir, no sólo para los alumnos sino también para las supervisoras y desde luego para las familias atendidas.

La formación personal y profesional detrás del espejo me dio también la oportunidad de experimentar un aprendizaje desde otra perspectiva por momentos un poco más ligero, cuando no era yo quien estaba como terapeuta supervisado; pues podía observar a cada miembro del grupo en formación, enriqueciéndome con sus intervenciones, aprendiendo de sus áreas de oportunidad, poniéndome en su lugar y pensando cómo podría actuar yo ahí. Accedí pues a un aprendizaje desde un segundo nivel de observación.

Relación entre supervisor y terapeuta supervisado

En los inicios de nuestra formación, las interacciones entre supervisoras y terapeutas privilegiaron el descubrimiento de nuestros propios obstáculos, y no tanto la ayuda para transformar éstos en recursos para la terapia; aunque no existió un claro establecimiento de metas, con respecto a obstáculos, para cada uno de los terapeutas en formación, sí hubieron recomendaciones constantes para atenderlos, creo que de esta forma cada uno asumimos la responsabilidad en el desarrollo de nuestra persona.

Posteriormente la buena relación personal con las supervisoras creo un clima de trabajo bueno y productivo, de esta forma nos ayudaron a transformar nuestros obstáculos personales en recursos terapéuticos. Considero que en general nos atendieron cuidadosamente a cada uno dentro del espacio grupal, puesto que las intervenciones personalizadas en espacio individual nos correspondían al acudir a nuestro propio proceso terapéutico.

Acoplarnos al sistema terapéutico total para convertirnos en miembros útiles no fue una tarea sencilla, pero se logró gracias al apoyo y conducción de las supervisoras. Fue importantísimo que se priorizara la relación terapeuta, supervisor y demás terapeutas en formación, bajo el entendido de que la respetuosa y abierta convivencia humana y de trabajo favorecerían la buena ejecución de la tarea terapéutica con el cliente. Pienso que las relaciones que promovimos fueron respetuosas, abiertas y profesionales, con respecto a los comentarios realizados creo que todos fueron retomados por los terapeutas principales.

La mayoría de las supervisoras centraron su labor en el análisis del proceso terapéutico, en las conductas, patrones de relación y sistemas de creencias tanto de la familia atendida como del sistema terapéutico, asimismo en las formas de intervención y los efectos terapéuticos en la familia. Sólo algunas de ellas se concentraron también en lo que sintieron de sí mismas, de los terapeutas en formación y de la familia, además de analizar el proceso evolutivo personal del terapeuta y el proceso de integración del equipo de terapeutas y de éste con el supervisor.

Dado el mayor conocimiento y experiencia clínica de parte del supervisor y el recordar que no sólo se estaba dando terapia o incluso, aprendiendo a través del proceso de supervisión tras el espejo sino que también se nos estaba evaluando, criticando y controlando

constantemente, algunas veces me remitió a una idea de poder y el consecuente riesgo de la desaprobación por las intervenciones realizadas, más que a la idea de la enseñanza respetuosa, constructiva, tendiente a una actitud positiva de crecimiento y desarrollo que me permitiera descubrir mis cualidades como terapeuta y potenciarlas.

Tal vez ello generó que en las primeras sesiones los terapeutas supervisados se limitaran a lo establecido en la presesión, o nos mostrásemos cautelosos en la relación terapéutica, impidiéndonos el contacto humano, espontáneo y la empatía con la familia, haciendo de esta interacción con el sistema algo sumamente organizado. También pudo haber limitado la explotación al máximo de hipótesis propias, quizá ser creativo en la planeación de metas y estar seguro de que cualquier equivocación puede repararse.

Así, al principio de la maestría, pude observar que los terapeutas otorgábamos a los supervisores, quizá por el vínculo idealizado que con ellos conformamos, la jerarquía para que pudieran ejercer el poder y el control, ello tal vez incrementaba nuestra ansiedad y nos conducía a pensar, hablar y mirar de acuerdo con las formas establecidas en el equipo, como si tuviéramos que homogeneizáramos entre sí, pudiera ser por sentimos "perseguidos", sobreexigidos y por tanto en riesgo de ser desconfirmados, inhibidos o descalificados.

Gradualmente, de manera personal y grupal, los terapeutas en formación fuimos dejando a un lado la idolatría a las supervisoras y a las verdades definitivas así como también fuimos madurando previa expresión abierta de miedos y temores, de esta forma nuestras supervisoras pudieron transmitir más fácilmente sus saberes en conjunto con y para los terapeutas en formación; nosotros supimos utilizarlos mejor cuando confiamos plenamente en el sistema de terapeutas.

Poco a poco, nos volvimos más conscientes de que cada miembro del sistema teníamos nuestro propio ritmo y manera de elaborar los conocimientos. Nuestra actitud como terapeutas y como equipo, fue cambiando y volviéndose más atrevida al darnos cuenta que los supervisores cuestionaban, ampliaban su "super" escucha y promovían nuestra voz, la de todos, abrían caminos hacia la creatividad generando en nosotros actitudes positivas de confianza, crecimiento, desarrollo, curiosidad, contención y aprendizaje, más aún en las fases últimas de nuestra formación.

Pude darme cuenta que en los últimos semestres, las supervisoras confiaron más en nosotras, dieron mayor libertad a nuestro ejercicio, existió más apoyo a las líneas de intervención que seguíamos, me quedó con la idea de que en este periodo predominó la enseñanza respetuosa, constructiva, tendiente más a una actitud de desarrollo y potenciación de nuestras cualidades como terapeutas.

Sugiero para que las nuevas generaciones de terapeutas en formación, no generen las primeras y equivocadas emociones, que el sistema de terapeutas defina entre sí claramente los roles y límites tanto de los terapeutas como de los supervisores explicitando las responsabilidades, el respeto, las reglas de relación y procedimientos.

Desafortunadamente, sólo en casos excepcionales tuvimos la oportunidad de ver a nuestros maestros, manejar en coterapia o terapia casos continuos con temas especiales o que hubieran sido de interés académico y didáctico, ésto también nos hubiera permitido observarlos más de cerca en su interacción con la familia, sus silencios, sus provocaciones, reflexiones, equivocaciones, aciertos, emociones, incluso su actitud ante el abandono de la familia que deja la terapia.

Reconozco que durante nuestra formación se empleó un método de enseñanza con dos fases: una dedicada a la observación y la otra a la práctica. Para los terapeutas en formación fue valiosa, pero hubiese sido más, si en la primera fase, los supervisores hubieran enseñado su estilo terapéutico en sesiones en vivo mientras los terapeutas en formación observaban a través de un

espejo de visión unidireccional; lo ideal sería que cuando un maestro hiciera la terapia, otro en la sala de observación estuviera interpretando para los estudiantes los movimientos del terapeuta, instándolos a prestar atención a las técnicas y seleccionando determinadas operaciones para someterlas a discusión y análisis.

Con el paso del tiempo nos volvimos más confiados de nosotros mismos, más autónomos en la dirección de la sesión terapéutica y nos sentimos más libres para tomar decisiones, en ocasiones durante la conversación terapéutica sólo hicimos una breve pausa para discutir con el sistema de supervisión, sin interrupciones por escrito, orales por el teléfono o para conversar más ampliamente.

Los cambios en las acciones especialmente de parte de los terapeutas en formación, reflejaron mayor soltura y nos dieron la oportunidad de recomprobar que desde diferentes caminos podemos lograr los objetivos, tal vez al principio pensaba en las intervenciones del supervisor como las más idóneas y luego me fui convenciendo de que nuestras intervenciones, podían ser igual de acertadas y podían implicar mayor o menor tiempo.

El sistema terapéutico

Al principio percibí dificultad en los terapeutas supervisados o principales, al aplicar durante la sesión el nuevo paradigma epistemológico, quizá porque la asimilación del mismo a la vida propia estaba en su comienzo, creo que se tenía bien comprendido como constructo teórico aunque en el momento de la aplicación clínica, pareciera que no creyésemos en los postulados sistémicos, la tarea de la congruencia epistemológica resultó difícil, así como el manejo de técnicas; el rastreo de información se complicó algunas veces debido a que teníamos muy arraigada la formulación de preguntas lineales, en este sentido las supervisoras nos apoyaron en destacar la importancia de la formulación de preguntas circulares.

Fue claro que los alumnos podemos mejorar la aplicación de las técnicas, por ejemplo en cuanto al manejo del mensaje, pues cada uno le da una intensidad, entonación y matiz particular que viene a transformar el sentido del mismo, si éste, no resulta acorde con la expectativa familiar entonces es desafortunado pero no irremediable.

Por otra parte me di cuenta que el manejo del silencio es una prueba de resistencia a la angustia. El terapeuta debe salir airoso y superar la ansiedad que genera el silencio, ya que de esa forma puede obtener mayor información ya sea verbal o analógica de parte del sistema.

Así vemos que no sólo se trató de aprender técnicas y estrategias de intervención sino también de aprehender a utilizarnos como un instrumento terapéutico. Es decir aprender a ver al sistema dentro de un marco ecológico (tarea difícil en sí misma) y aprehender a vernos dentro de él, ésto es, ocuparnos de entender nuestro lugar y postura en ese sistema del que formamos parte.

Mi experiencia como terapeuta supervisado, me permitió confirmar lo que la cibernética de segundo orden ya postulaba: la neutralidad y la objetividad no existen, de esta forma, aunque lo pretendiéramos nuestras intervenciones no pudieron ser desde afuera, como si fuésemos un sistema aparte, sino que se dieron gracias a que desde el primer contacto con el sistema familiar conformamos con él, el denominado sistema terapéutico. La cibernética de segundo orden me permitió reconocer que el observador (nosotros: terapeuta, terapeutas en formación y supervisores) interviene desde el primer contacto con la familia y que la dinámica familiar le abarca a él (a nosotros) y su propia posición ante la misma (nuestra posición ante la familia).

Hacernos conscientes de nuestro propio papel como terapeuta ante la familia, implicó además de conocer y manejar los modelos de terapia familiar sistémica, trabajar con la familia en vivo, mostrar nuestro trabajo al sistema de supervisión y mostrárselo a nosotros mismos a través de la revisión de nuestros videos, en aras de analizarlo con ojo crítico y perfeccionarlo.

Para ello resultó de suma importancia asimilar que las observaciones del ser humano, tienen una base autorreferencial, es decir, sus opiniones surgen de sí mismo, de sus circunstancias actuales y de su propio proceso de vida. Aprender esto, no es tarea sencilla ya que involucra el reto de manejar la reactividad en la interacción del terapeuta con la familia.

Quizá desprendemos de la idea de observar e intervenir en un sistema familiar “desde fuera” como si fuéramos cosa aparte de dicho sistema, resultó una tarea complicada, tal vez fue el paso más difícil para quienes fuimos educados bajo el marco de una epistemología lineal.

No obstante el trabajar con un sistema terapéutico total me ayudó a mirar no sólo lo que el cliente quiere o la necesidad que yo tengo con relación al motivo de consulta del cliente sino a ir más allá, acceder a los sistemas y problemas referidos, desde diversos ángulos y sincronizar las intervenciones sin dejar de lado la postura y motivo de consulta del cliente, que debo señalar fue cambiante en cada una de las sesiones.

En los casos de violencia, con la intención de establecer buen enganche con el generador de violencia para comprometerlo en la terapia y así tener más alternativas de cambio, intenté ser empática y para ello tuve que desprenderme de la visión víctima-victimario. En estos casos se habló de las circunstancias socioculturales que facilitan la violencia en el hogar, sin dejar de lado desde el primer momento la tarea de iluminar, llamar por su nombre a la violencia y asignar una responsabilidad individual del ejercicio de la misma.

Por otra parte aunque las opiniones del sistema de terapeutas pudieron ser diversas, al final el terapeuta principal las unificó para transmitir al sistema familiar y para ello teníamos toda la libertad de hacerlo, sólo si nos desviábamos enteramente del objetivo principal de la intervención o mensaje final, se nos hacía llegar una nota y podíamos seguirla tal como se indicaba, o hacer una nueva pausa para comentar ampliamente con el equipo. Si la intervención del terapeuta se desviaba mínimamente, los comentarios podían llevarse a cabo en la postsesión para que en las sesiones subsiguientes las acciones del terapeuta se corrigieran en las intervenciones con las familias.

Me resultó muy satisfactorio pensar que detrás de nuestro desempeño como terapeutas existieron unos ojos grandes que nos observaron, comentaron sobre lo que hicimos con la familia, reflexionaron y nos transmitieron su pensar, nos sugirieron algún camino y no nos dejaron andar solos; eso es algo que me lleno de confianza profesional y me queda claro que al sistema familiar lo envolvió dentro de un contexto de posibilidades.

Menciono esto porque generalmente después de dos o tres sesiones, la familia se comunicaba no sólo con nosotros (terapeutas principales) sino con el sistema de terapeutas; cuestionándolo, agradeciéndole, confirmando, o simplemente enviándole saludos.

Sistema de terapeutas

Con respecto al sistema de terapeutas, es decir, supervisoras, terapeuta principal y terapeutas en formación, puedo decir que las supervisoras se encargaron de crear un grupo con una atmósfera de apoyo, a través de una posición básica de aceptación de los errores y su superación. Dicha atmósfera me permitió en los diferentes momentos de la sesión (presesión, sesión, pausa y postsesión) y en las diferentes sedes, compartir ideas con relación a las posibles directrices a seguir con cada una de las familias atendidas.

Algo de suma importancia fue que tanto terapeutas como supervisoras tuvimos gran apertura para escuchar las diferentes visiones y tratar de conjuntarlas en nuestras intervenciones, no obstante hubo ocasiones en que, debido a la gran cantidad de ideas que en el equipo de supervisión se generaban, el terapeuta principal pasaba desapercibido algún detalle que por

algunos pudo ser valorado como un inconveniente pero que no tuvo gran repercusión negativa en términos de la intervención.

Considero que el sistema de terapeutas tuvo una visión muy optimista de los sistemas terapéuticos, ello sin duda propicio que encontráramos más recursos y proporcionásemos más connotaciones positivas a las familias atendidas.

Percibí que en algunas ocasiones cuando el terapeuta se instauraba en un isomorfismo con la familia, el sistema de supervisión podía discutir con él sus observaciones y sacarlo de esa reproducción de pautas rígidas. En algunos casos cuando el terapeuta no se percató completamente de la conducta no verbal del paciente, el sistema de supervisión le ayudó a observarla

Considero que la epistemología que gira alrededor de la terapia familiar sistémica movilizó aspectos internos individuales, familiares o de pareja en los terapeutas, que de no haber sido trabajados en un proceso personal, podríamos haberlos actuado en las intervenciones del proceso terapéutico que atendimos, por ello creo que es indispensable que los terapeutas en formación acudan a terapia.

Con esta forma de trabajo también aprendí a coordinar la multitemporalidad del sistema terapéutico total (el tiempo del cliente, el tiempo del sistema de supervisión y mi tiempo) en las tres dimensiones (presente, pasado y futuro) y a enterarme de todos ellos saliendo cada cierto tiempo de la relación terapeuta cliente para entrar en mi propio tiempo en un diálogo interno y luego al diálogo con el equipo. Reconozco que en ocasiones los tiempos citados, se superpusieron y los diferentes miembros del sistema reaccionamos a este entrecruce.

Realizar terapia familiar sistémica contando con el sistema terapéutico total, fue una forma de intervención que permitió que interactuáramos y por tanto que nos enriqueciéramos con los recursos personales y profesionales de cada uno de los elementos que conformaron el sistema, los errores, las experiencias de vida y el manejo de los modelos teóricos en las intervenciones, tanto las de mis compañeras como las mías propias, por ello el enriquecimiento fue mutuo.

Considero que el sistema de terapeutas fue de primordial importancia para el sistema terapéutico, más aún al principio de nuestro proceso de formación, ya que en ese momento pareciera ser que era más importante para nosotros, pensar, comprender e implementar modalidades de intervención, así como una reproducción metódica de algún modelo de terapia; detalle del que nos dimos cuenta y superamos gracias a las conversaciones con el sistema de terapeutas.

La función del sistema de terapeutas también fue muy valiosa cuando el sistema familiar que lo conformaba era una pareja, ya que el trabajo con ella produjo en ocasiones, sentimientos más perturbadores en el terapeuta principal por lo que la presencia de otros terapeutas ayudo a contener y contrarrestar estos sentimientos.

Como parte del equipo de supervisión, es decir cuando yo no fui terapeuta principal pude darme cuenta de los enredos emocionales que a nivel personal tenemos y que sin quererlo llevamos a nuestra práctica y que pueden distinguirse y sobrellevarse sí se cuenta con un equipo de supervisión.

Me atrevo a decir que las personas que conformamos el sistema de terapeutas quedamos muy satisfechas del trabajo realizado con el sistema terapéutico total, pues las intervenciones de unas fueron enriquecidas por las de otras y alentadas entre sí, aunque fueran opiniones diferentes, y nunca de manera incisiva ni intrusiva sino todo dentro de un ambiente cordial y respetuoso, en el que identificábamos y hacíamos del conocimiento del terapeuta principal, sus lados fuertes y sus puntos ciegos no sólo contemplando su lenguaje verbal sino también su

comunicación no verbal. Esto creo que fue muy importante para el crecimiento personal y profesional no sólo de los terapeutas en formación sino también de las supervisoras.

Quiero señalar que como cualquier ser humano me encuentro en la búsqueda de una constante mejoría, en constante evolución y si ésta se da a partir de la interacción con otros que como yo están formándose como terapeutas, considero que mi crecimiento es más sencillo, enriquecido, acompañado, alentado y clarificado en cuanto al qué y para qué, así como también autoplanificado, a través de la conversación, pues éste me abre mayores y mejores posibilidades.

El sistema familiar

Analizar al sistema terapéutico total implica realizar una integración de los diversos aspectos que lo conforman y van desde la familia que acude a atención, hasta el supervisor, pasando por el terapeuta principal, los terapeutas en formación y desde luego todos los factores inmersos en una interacción personal y de enseñanza-aprendizaje, me estoy refiriendo a valores personales, reacciones emocionales, cuestiones éticas, estilos terapéuticos, epistemologías particulares, habilidades y recursos personales, manejo de técnicas, experiencias de vida, en fin características de personalidad.

Recordemos que son dos los objetivos principales de la maestría: la formación y el servicio, siempre se privilegió el servicio por razones éticas, rescatando por supuesto los aspectos de la formación.

Creo que las familias atendidas se sintieron privilegiadas por estar bajo tratamiento con doce o siete terapeutas y más que considerar al terapeuta principal como un estudiante que podía equivocarse, en la mayoría de los casos se le dio el lugar de experto.

Por respeto a las familias que atendimos fue requisito indispensable informarles sobre la modalidad de trabajo con equipo de supervisión en vivo, así como también de la función de los elementos pedagógicos, haciendo énfasis en la idea de que "varias cabezas piensan mejor que una" y por tanto la calidad de la terapia aumentaría.

Los sistemas familiares atendidos que terminaron su proceso terapéutico, lograron cambios sorprendentes, no obstante también hubo familias que abandonaron el proceso antes de concluirlo satisfactoriamente, pero en las sesiones que asistieron expresaban cambios; puedo suponer que estas últimas familias dejaron de asistir al servicio de terapia familiar porque no le otorgaban el valor merecido, tal vez por su obligatoriedad. Por lo anterior considero que estos factores disminuyen la probabilidad de reportar como altas, las familias atendidas y por ello deben ser cuidadosamente manejados.

Queda claro que ninguna sesión de terapia familiar fue igual entre sí, ni con la misma familia, tampoco el estilo terapéutico fue idéntico con una familia y otra. Las intervenciones del terapeuta estuvieron determinadas por la trama terapeuta-familia-sistema de terapeutas. Cabe señalar que algunas veces fue la familia la que condujo la sesión, en otras sesiones fue el equipo, en otras el supervisor, en otras el terapeuta, lograr esto último requirió la comprensión, compromiso, paciencia, seriedad y respeto del supervisor y del resto del sistema hacia el estilo terapéutico del terapeuta principal.

Uno de los casos atendidos por una compañera en el CCHA, llevaba un buen progreso pero sufrió durante su proceso terapéutico de interrupciones y ruidos por las condiciones de la sede, que a decir de la familia les resultaron incómodos, les apenaban, y les hicieron abandonar la terapia.

A diferencia del escenario CCHA, en la sede ISSSTE tuvimos todas las facilidades para efectuar la terapia familiar siempre en el mismo lugar, a puerta cerrada para dar al sistema

familiar, la privacidad merecida, libre de ruidos distractores tanto para los clientes como para el sistema de terapeutas.

A pesar de las situaciones que ocurrieron y que no estaban bajo nuestro control, puedo decir que en ambas sedes se llevo a cabo una atención comprometida, de calidad y con altos principios éticos. Lo anterior no sólo se debió al entusiasmo y profesionalismo nuestro sino también al interés, compromiso y guía de las supervisoras, así como también al apoyo de los directivos, administrativos y personal de psicología de ambas instituciones que colaboraron oportunamente y con amabilidad.

Podemos decir de las familias atendidas, el sistema terapéutico total consiguió que el servicio fuera denominado como valioso, eficaz, amable, excelente y generador de cambios a nivel personal, en la resolución de conflictos y de mejora en las expectativas.

Por mi parte puedo decir que quede muy agradecida hacia el personal de las instituciones en las que colaboramos y especialmente hacia las familias que solicitaron nuestro servicio ya que al permitirme estar inmersa, contactar con ellos y experimentar sus vivencias, pude descubrir que aún tengo asuntos personales que resolver.

El crecimiento más evidente sin duda fue el de los terapeutas ya que gracias a las retroalimentaciones del equipo, el análisis de nuestras videograbaciones y la terapia real principalmente; pudimos obtener mayor conocimiento de nosotros mismos a nivel personal y en cuanto a entes comunicantes, aspecto de fundamental importancia en nuestra profesión.

Creo que con el paso del tiempo, la ansiedad va disminuyendo, el crecimiento personal y profesional va aumentando, así como la confianza, soltura y apoyo tanto afectivo como teórico metodológico.

Personalmente creo que el equipo reflexivo que practicamos, de alguna manera convirtió a los sistemas familiares en espectadores de sus propias historias, pero más precisamente de lo que sus historias impactaban al sistema de supervisión. Ello comúnmente parecía aumentar la empatía con el cliente; así como la multiplicación de posibilidades, entre ellas la identificación del cliente con alguno de los relatos que escuchó y una profunda reflexión de él (y del equipo) que favoreció un cambio.

Finalmente quiero mencionar que a lo largo de mi formación reafirme que el atender familias con un sistema terapéutico total promovió en todos los elementos que lo conforman la conversación fluida sobre lo escuchado y lo visto (actuado) en el sistema terapéutico y con ello la pluralidad y diversidad de voces y de escuchas expresándose en diferente forma y tiempo, que a veces privilegiaban en mayor o menor medida, lo dicho, lo hecho y/o lo sentido durante las sesiones.

Pienso que por todas las ventajas que ofrece el trabajo de terapia familiar con el sistema terapéutico total, debe realizarse de esa forma, aunque a veces no sea posible. Sería importante ingeniárnoslas para trabajar como si hubiera sistema de apoyo, es decir, darnos tiempos, de introspección, para presiones, pausas y postsesiones a fin de que den como resultado un trabajo más organizado, comprometido y de calidad con los sistemas familiares que atendamos.

Por lo escrito hasta ahora, puedo decir que participe en un modelo de formación integrativa que no sólo permitió que desarrollase habilidades como terapeuta familiar sino que estableciera una relación afectiva tanto con las supervisoras como con mis compañeras y conmigo misma, pues hubo momentos donde los terapeutas nos dedicamos al trabajo vivencial manejando nuestras propias familias de origen y la familia actual.

2. Habilidades de Investigación.

2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.

La práctica profesional de la Terapia Familiar Sistémica implica la integración de conocimientos y habilidades con respecto a técnicas métodos y procedimientos derivados de la investigación científica. Por tal razón se impartieron dos seminarios en la asignatura de Métodos de Investigación Aplicada I y II, a partir de los cuales fue posible diseñar y conducir dos proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa aplicada en escenarios profesionales, fundamentados en una metodología apropiada, asesorados por expertos en investigación y derivados de una amplia gama de temas y problemáticas familiares a investigar, tales como: la estructura y funcionamiento de familias y parejas en diferentes etapas del ciclo vital, la interacción familia-síntoma/problema, la infidelidad y su relación con la autoestima de las mujeres, entre otros.

Nos sorprendió que sólo un miembro de la población que solicitó terapia pertenecía a la etapa de la vejez, debido a que la literatura referente a esta fase evolutiva reportaba una gran disfuncionalidad familiar en los sistemas que incluían a adultos en plenitud. Ello y nuestra inexperiencia en el tema, nos condujo a explorar, refinar y ampliar nuestras ideas sobre la funcionalidad familiar en la vejez, última etapa del ciclo vital de un individuo.

Se realizó un especial esfuerzo por abarcar en el diseño de nuestros protocolos de investigación, información relevante y actualizada sobre la etapa de la vejez, específicamente sobre su funcionalidad familiar y los eventos adversos que enfrenta; así como también incluir un fundamento completo acerca de la metodología cuantitativa y cualitativa útil para quienes desearan replicar o iniciar nuevas líneas de investigación sobre este tema a fin de que les permitiera una mejor comprensión y abordaje. Por otra parte nuestra pretensión fue más allá de formular hipótesis y generar conocimiento sobre los factores involucrados en la vejez y la funcionalidad familiar puesto que los hallazgos encontrados fueron difundidos en foros académicos con el fin de socializar el conocimiento y contribuir así en la evolución de éste.

A continuación reporto una síntesis tanto de la investigación cuantitativa, titulada: "Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez.", como de la cualitativa, denominada: "Significado de vivir la etapa de la vejez, sus eventos adversos y las formas de afrontamiento".

En ambos estudios se planteó la importancia de realizar investigación sobre la funcionalidad familiar en la etapa de la vejez y los eventos adversos que este tipo de población enfrenta.

Investigación Cuantitativa.

Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez.

Durante la vejez se presentan cambios biológicos, psicológicos y sociales que suelen asociarse con una pérdida de adaptabilidad del adulto mayor, es una etapa vulnerable en la cual se pueden presentar sentimientos de soledad y tristeza que en ocasiones devienen en conductas sintomáticas, ello estará en función de las características individuales y de la dinámica familiar.

El sistema familiar adquiere relevancia para la persona que envejece pues si la dinámica familiar en la que se encuentra inmerso es disfuncional, puede ser un factor que dificulte su adaptación a la nueva etapa, o bien un elemento que mantenga la inadaptación; de allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Por otra parte si la familia es funcional puede favorecer el ajuste del anciano y ser un factor protector ante el

impacto del contexto sociocultural que lo margina y enfatiza sus limitaciones (Fuentes, González y Casal, 2000).

La investigación cuantitativa, tuvo la siguiente hipótesis de trabajo: la familia del adulto mayor que acude al Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene una dinámica familiar con dificultades en la comunicación, afecto negativo, poco apoyo y autoridad. Y se realizó con el propósito de describir la funcionalidad de 15 familias con un miembro en la etapa de la vejez (60 años cumplidos o más) y determinar sus diferencias con relación a las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de unión y número de integrantes por familia.

Dado el carácter dinámico de la funcionalidad familiar, ésta ha sido evaluada y definida de muy diversas formas (Vergel, López y García, 1999; Orlando, Soler y García 1998; Espejel, Cortés y Ruiz, 1995). Dentro del marco teórico de nuestro trabajo, la funcionalidad familiar se entendió como “la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa” (Espejel, 1997).

Los hallazgos en el estudio de este tópico, indican que el anciano con las limitaciones propias de la edad, estilo de vida y particular forma de comportarse, incide en la dinámica familiar y se ve obligado (a) a convivir con dos o más generaciones. Algunas familias en esta etapa empiezan a presentar conflictos en las relaciones con los ancianos porque las costumbres, creencias, normas, estilos de vida y sistemas de comunicación son diferentes y aunque todos tratan de adaptarse y hacer ajustes, la mayoría de las veces no lo logran.

La escala de funcionalidad familiar creada y estandarizada en México por Espejel, et. al. (1995), ha sido aplicada a familias con intento suicida, con adolescentes en depresión, con menores infractores, con discapacidad y con niños en edad escolar, pero no se ha aplicado a familias con adultos en plenitud.

Dado que el citado instrumento es la única medida de evaluación familiar validada en población Mexicana que permite un análisis sistémico por áreas de funcionalidad, se decidió emplearlo para ampliar la visión de la funcionalidad familiar en la etapa de la vejez.

Dicho instrumento se encuentra conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas (autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos.) que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia.

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, no experimental, desarrollando un análisis del fenómeno sin influir en él; realizando una búsqueda sistemática empírica en la que no se controló ninguna variable independiente debido a que fueron situaciones ya manifiestas y no manipulables. El propósito fue describir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio. No se trató de demostrar la influencia de una variable sobre otra, dado que el fin de un estudio descriptivo es detallar el panorama del sujeto (Salkind, 1997).

Se utilizó un diseño de una sola muestra, (corte transversal ya que se evaluó a la familia en un momento único), ya que es el más indicado para los estudios de tipo descriptivo (Newman, 1997).

En las 15 familias estudiadas en el Centro de Seguridad Social Legaria del Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona Noroeste de la Delegación 1, los niveles de funcionalidad fueron desde funcional hasta disfuncional pasando por medianamente funcional y poco funcional. Se observó que la funcionalidad familiar que mayor incidencia tuvo, fue la de medianamente funcional, seguido del funcional; la poca funcionalidad y disfuncionalidad sólo fue reflejada por una familia en cada nivel. Nuestros hallazgos nos permiten descartar la hipótesis que teníamos con respecto a la dinámica familiar disfuncional en el adulto mayor.

Las evidencias de la presente investigación difirieron de los resultados obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo por Orlando, et. al. (1998) y Vergel, et. al. (1999) quienes

encontraron en las muestras de las poblaciones estudiadas, que en la etapa de la vejez, predomina la disfuncionalidad familiar. Podemos inferir que las diferencias encontradas se deben a que el instrumento que empleamos es diferente a los utilizados por los autores citados teniendo en común sólo algunas áreas. Otra posible causa de diferencia en los resultados es que en nuestra investigación el tamaño de la muestra es menor, comparado con el de las investigaciones citadas.

Por otra parte las familias de nuestro estudio presentaron en mayor medida funcionalidad en las áreas de apoyo, recursos y conducta disruptiva, contrario a lo reportado en investigaciones precedentes. En el mismo orden continúa autoridad y control. Las áreas de afecto y comunicación les siguen aunque no predomina la funcionalidad de estas áreas. Finalmente se ubica el área de supervisión que en las 15 familias, muestra una mínima funcionalidad.

Las familias se inclinaron a lo medianamente funcional en las áreas de afecto y comunicación; seguidas de conducta disruptiva, autoridad, recursos y control; el área de apoyo se presenta en menor medida como medianamente funcional y; el área de supervisión, en este nivel de funcionalidad, no aparece.

En lo que se refiere a la poca funcionalidad, el área que más predomina en esta categoría es la de supervisión; el área de control y comunicación tienen una mínima presencia en este nivel; así como también la autoridad y el afecto. Cabe señalar que las áreas de apoyo, recursos y conducta disruptiva, sólo son disfuncionales en una familia.

Finalmente en el nivel de disfuncionalidad únicamente se presentó de manera discreta en el área de supervisión.

En resumen se notó que la muestra, evaluó como funcional o medianamente funcional, ocho de las nueve áreas exploradas: Autoridad (87%), Control (80%), Afecto (87%), Apoyo (93%), Conducta disruptiva (93%), Comunicación (80%), Afecto negativo (73%) y Recursos (93%). Ello sugiere que en general, se reconoce a la persona de la tercera edad como figura de autoridad, fuente de apoyo a la familia y se le toma en cuenta en las decisiones importantes. En estas familias existe un ambiente que propicia la comunicación verbal y no verbal entre sus miembros, en los que no se presenta ninguna conducta disruptiva, al contrario, los integrantes de la familia y ésta en sí misma, posee un potencial instrumental y afectivo y lo utilizan en su vida cotidiana. Ello concuerda con Pegueros, Solís y Benítez (1996) en cuanto a que el anciano ejerce funciones vitales dentro del sistema familiar y es un recurso útil para el mismo, al tomar parte activa en el cuidado y atención de los miembros más jóvenes y realizar tareas domésticas que alivian el quehacer cotidiano de la familia.

Sólo el área de supervisión indica la tendencia contraria, pues resultó poco funcional y disfuncional (73%). Los resultados en esta área sugieren que se dejan gran número de funciones al anciano que potencialmente pudieran satisfacerlo, tal vez en el papel de guardián de la familia, al pasar de un rol pasivo de reserva a uno activo de protección o de atención a ella. O bien, de acuerdo con Cuevas y Vera (1996), este dato puede responder a la necesidad que tiene el anciano de ser aceptado, amado y recibir afecto de parte de su familia a partir de lo cual se sienta motivado a asumir papeles que no le corresponden a cambio de recibir afecto y atención.

Finalmente se sugiere una probable relación entre las variables género, edad, escolaridad y ocupación con la funcionalidad familiar, por lo siguiente:

En género, predominó la presencia de la mujer; cobrando importancia esta variable en la investigación de la funcionalidad, en familias que tienen entre sus integrantes uno o más adultos mayores. Lo anterior, es reforzado por las peculiaridades de viudez predominantes en las mujeres. Estos resultados coinciden con lo reportado por Moraga y Oquendo (1997) que ratifican la tipología de la mujer cabeza de familia por viudez, separación o mantienen su estatus cuando es la dueña de la casa y provee atención y cuidados a todos los miembros que lo requieren.

Con relación a la edad se observó que la única familia disfuncional se ubicó en el rango de edad de 71 a 75 años, infiriéndose una relación de a mayor edad del viejo, menor funcionalidad, lo cual no obstante requiere mayor investigación. Las diferencias encontradas pueden atribuirse a que entre más envejece y se deteriora biopsicosocialmente la persona de la tercera edad, es más probable que su familia empiece a percibirlo como una carga y por tanto se vean afectadas negativamente las distintas áreas de funcionalidad familiar. Por otra parte se sugiere una probable relación de mayor funcionalidad familiar cuando el adulto mayor es casado que cuando es viudo.

De la misma manera la escolaridad es otra variable que pareció indicar tal relación ya que ninguna de las familias con un grado escolar mayor a la primaria obtuvo evaluación de disfuncional o poco funcional.

Por otro lado, en lo que se refiere a la variable ocupación se obtuvo que ninguno de los adultos mayores que tiene actividad remunerada obtuvo una evaluación familiar de disfuncional o poco funcional, sugiriendo una relación entre esta variable y la funcionalidad familiar.

Con respecto a las variables de tiempo de unión y número de integrantes parece no haber relación alguna con la funcionalidad familiar en la muestra. No obstante que el número de integrantes indica la convivencia del viejo con más de una generación. Esto contradice lo encontrado por Orlando, et. al. (1998) donde la mayoría de los ancianos reflejan conductas de insatisfacción en sus núcleos familiares cuando hay más de dos generaciones y ello se debe a la presencia en el hogar de personas con diferentes edades, costumbres, formas de pensar, que pueden conducir a la insatisfacción de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Los resultados de nuestra investigación constituyen una aportación en el estudio de la funcionalidad familiar en la etapa de la vejez, dado que las áreas evaluadas nos permiten conocer la dinámica familiar y describir los factores que pueden estar relacionados con la funcionalidad del sistema familiar con al menos un miembro que vive la etapa de la vejez. No obstante, consideramos necesario que se abran nuevas líneas de investigación que profundicen sobre este tema.

Investigación Cualitativa.

Significado de vivir la etapa de la vejez, sus eventos adversos y las formas de afrontamiento.

Como mencionamos con anterioridad, consideramos que la vejez es una etapa caracterizada por un sinnúmero de eventos adversos, si a éstos, sumamos la disfuncionalidad de su sistema familiar, su adaptación a la nueva etapa se dificulta, por ello y dado que en nuestro estudio cuantitativo se encontró que sólo una familia resultó con disfuncionalidad familiar, surgió el interés de conocer cómo el miembro que se encuentra dentro de la etapa de la vejez en este sistema; vive, siente y cuáles son las creencias que posee en torno a la etapa de vida que atraviesa, qué eventos valora como adversos y cómo los ha enfrentado en su diario vivir y cómo todo ello se relaciona con su contexto más amplio familiar y extrafamiliar.

Para cumplir con nuestro objetivo empleamos una metodología cualitativa de estudio de caso único (Valles, 2000), perteneciente a la categoría de caso instrumental (Serrano, 1999) dado que intentamos conocer la vivencia del adulto en plenitud, dentro de su contexto familiar.

Nuestro primer criterio para la selección del sujeto objeto de investigación, fue el estudio previo de orden cuantitativo (Avilés, Nájera y Salas; 2002); el individuo destacó como la única persona que evaluó con "disfuncionalidad familiar" y llamó la atención cómo una persona vive y afronta la tercera edad en un medio de disfuncionalidad; a fin de describir cuáles son sus medios de sobrevivencia a pesar de la adversidad de la organización familiar.

Participó una mujer de 72 años, viuda. Residía en la colonia Deportiva, Delegación Miguel Hidalgo, México, D. F. La entrevistada tuvo dos matrimonios y sólo con el primer esposo tuvo una hija. Cobraba una pensión por viudez y un ingreso por jubilación. Por otra parte la participante era creyente de la religión católica. Padecía diabetes. Al momento de la entrevista vivía en su propia casa, en donde vivían también su hija (51 años, enfermera) y su yerno (54 años ingeniero); así como dos hermanos, Rubén (81 años, viudo) y Roberto (64 años, soltero, padece de sus facultades mentales).

Se empleó la técnica de entrevista en profundidad, entendida como un proceso comunicativo de extracción de información. Se eligió este tipo de entrevista por las ventajas que se ajustaron a las condiciones de economía de tiempo (por trabajo en equipo y con un solo individuo) y flexibilidad de aplicación; así como por sus características complementarias para la triangulación de información con el reporte previo de la investigación cuantitativa.

Elaboramos una entrevista en profundidad, basándonos en un diseño estructurado. Tomamos una organización de análisis de 3X3: de tres dimensiones (Vejez, Eventos Adversos y Afrontamiento) por tres categorías (creencias, vivencias y sentimientos) por tres subcategorías (individual, familiar y extrafamiliar). Abordando el proceso de significación-acción en su contexto que lo determina.

En este sentido la mujer entrevistada tuvo una posición privilegiada en cuanto al contenido de lo que pretendimos indagar, pues sólo ella estaba posicionada justo en el lugar desde el cual nos pudo dar cuenta de sus creencias, vivencias y sentimientos que constituyen datos subjetivos e intrínsecos de la protagonista que dan significado a su vida cotidiana en un espacio social determinado.

La señora reflejó ser una mujer dinámica, autónoma, responsable y bastante clara en cuanto a las ideas relacionadas con su etapa de vida; cuenta con una buena red extrafamiliar, misma que le permite tener su valía en alto así como una idea de autoeficacia. Estos datos contrastan con los encontrados en la evaluación de su funcionalidad familiar, que como ya dijimos con anterioridad, se ubicó dentro de la categoría disfuncional, ello quiere decir que su sistema familiar tiende a ignorar las tareas que competen a cada persona, pues las responsabilidades y quien las asume continuamente varían, de acuerdo con las posibilidades de los miembros del sistema.

Así, podemos decir que reconocemos la importancia e influencia familiar en el desarrollo y ajuste emocional de los individuos en este caso en la adaptación del anciano a esa etapa de vida; no obstante resaltamos la importancia que tienen los recursos personales y el valerse de redes extrafamiliares para afrontar exitosamente a nivel práctico, esta etapa de la vida como contrapeso a los inconvenientes.

Esta investigación sirve para demostrar que aunque exista disfuncionalidad familiar, el miembro del sistema que atraviesa la tercera edad puede enfrentar exitosamente los eventos que valora como adversos.

Este tipo de hallazgos indican la importancia de observar de manera holística los factores que intervienen en la etapa de la vejez, pues la experiencia de la vida familiar del viejo se da siempre en un contexto socialmente estructurado donde el sistema de valores y creencias vigente regula las relaciones sociales y familiares.

En el presente estudio se puede notar que los temas de soledad, muerte, sufrimiento, abandono, depresión, problemas de salud, herencia de bienes y pérdidas físicas y/o materiales; son constantes en la etapa de la vejez. Esos temas pueden tener una significación especial para el viejo y connotar una situación adversa hasta derivar en una forma de afrontamiento particular o bien simplemente representar una dificultad más que hay que afrontar.

La significación o creencia que da el adulto mayor a los temas que se suceden en la etapa de la vejez se relaciona muchas veces con algunas áreas de la dinámica familiar, como el apoyo, la autoridad, autonomía e independencia.

Es interesante notar que en la mujer entrevistada sobresalen actitudes personales de sociabilidad mismas que fundamentan gran parte de sus formas de afrontar las dificultades, atendíendolas con un sentido práctico y con poder de decisión. La entrevistada no correspondió con las definiciones de la literatura típicas de la vejez, en aspectos como dependencia, material o de cuidados, hacia la familia o aislamiento social que menciona Zetina (1995); ni crisis de desvalimiento (Soria, Carvallo y Oropeza 1998), pues ella es independiente física y económicamente. Se percibe fuerte, pero con sentimiento de soledad en la familia, lo que pudiera indicar más un asunto emocional derivado de sus creencias. Sin embargo, la Señora posee una connotación negativa sobre la vejez incluido su rol social y su nueva condición de enfermedad.

Los resultados confirman que la etapa de la vejez tiene repercusiones en el funcionamiento familiar y coinciden con el estudio de Fuentes, et.al. (2000) con respecto a que las principales dificultades detectadas se vieron en la comunicación, pues la Señora de nuestro estudio, no era capaz de conversar de manera clara y directa sus problemas con la familia, así como la toma de decisiones era más bien independiente que de manera conjunta; la carencia afectiva de cariño, apoyo, respeto y comprensión, que esperaba de su hija y su yerno traía marcadas diferencias y dificultades en las relaciones familiares.

Cabe indicar que los hallazgos de las dos investigaciones connotan que la metodología cualitativa y la cuantitativa pueden arrojar datos complementarios y/o de mutuo enriquecimiento. En nuestro caso pudimos rescatar una parte más global con el análisis cuantitativo y entrar a detalles más finos con el análisis cualitativo; es notorio que aún cuando ambos abordajes derivan de encuadres epistemológicos distintos aportan utilidades diferentes que bien pueden aprovecharse en la práctica de la investigación psicológica.

Nuestros resultados constituyen una aportación al estudio de la etapa de la vejez, no obstante considero como ya mencione, que sería pertinente abrir nuevas líneas de investigación que profundicen sobre este tema, por ejemplo abordando los estilos de afrontamiento que los adultos en plenitud emplean para manejar las vicisitudes de esa etapa de vida.

Como profesional y persona fue gratificante y enriquecedor poder llevar a cabo ambas investigaciones, en colaboración con otros dos compañeros, pues empleamos nuestras habilidades de negociación, tolerancia y flexibilidad.

Finalmente puedo comentar que como estudiante quede satisfecha del conocimiento adquirido sobre los dos tipos de metodología de la investigación. Puesto que considero de suma importancia que quienes nos dedicamos a la clínica investiguemos reiteradamente nuestro objeto de estudio con la intención de que el vínculo entre la investigación y la práctica terapéutica no se pierda, sino que se afiance hasta volverse indisoluble.

Creo que el binomio con respecto al paradigma de la complejidad y del construccionismo, es fundamental para avanzar en el conocimiento de la Terapia Familiar Sistémica. Por ello es necesario contar con óptimos clínicos no sólo pragmáticos sino interesados en investigar y convertirse a la par en óptimos teóricos, es decir, terapeutas, investigadores reflexivos y explicativos en cuanto a sus acciones, buscadores de conjunciones, creadores de formas nuevas y mejores que puedan ser plasmadas de manera teórica.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.

3.1. Elaboración de productos tecnológicos.

Videos: "Técnicas de Terapia Estructural" y "Terapia Estratégica"

El proceso de enseñanza-aprendizaje tradicional, centrado en la utilización de libros exclusivamente, nos limita, pues nuestro aprendizaje no va más allá de memorizar lo aprendido para luego olvidarlo. En la formación de terapeutas la mejor manera de aprendizaje de los modelos de intervención, no se limita a lo teórico sino que se complementa con el aspecto práctico que se adquiere haciendo terapia, viendo hacer terapia a otros o bien, demostrando a través de la elaboración de un video, la comprensión de determinada modalidad de intervención familiar sistémica.

Para facilitar la comprensión de los modelos de intervención sistémica, los docentes propusieron la elaboración de dos videos. Uno sobre el modelo estructural y otro sobre el enfoque estratégico. Los videos pretendieron contribuir en la difusión de información básica sobre los enfoques que abordan, ofreciendo a los terapeutas en formación de manera clara, sencilla y concisa, las concepciones fundamentales y las técnicas de intervención que los modelos proponen como elementos básicos para el tratamiento y cambio en el sistema familiar. Tuvieron dos objetivos: mostrar las diferentes técnicas de terapia tanto estructural como estratégica e incrementar el material para la enseñanza en Terapia Familiar Sistémica.

Elaborar los videos como método didáctico audiovisual fue significativamente más enriquecedor que revisar sólo a nivel textual los modelos de intervención sistémica. Si tomamos en cuenta que cuando la práctica se aísla de la teoría existe alta probabilidad de que pierda su significado, entonces cobra particular importancia tal conjunción como forma de aprendizaje, especialmente durante la formación de los terapeutas, proceso en el cual no se admite disociación entre teoría y práctica, dado que la familia como objeto de trabajo es una unidad dinámica y compleja que requiere en cada momento revisiones teóricas y prácticas que se adecuen al cambiante fenómeno concreto.

Realizar los videos como forma de aprehender fue una experiencia nutritiva a nivel profesional y personal que además aseguró el conocimiento adquirido a un más largo plazo, me permitió socializarlo, difundirlo y demostrar la efectividad de los modelos mediante la aplicación de ellos a casos ficticios.

Hablo de socialización del conocimiento, ya que durante la realización de los videos fue necesario crear y/o adaptar ejemplos de motivos de consulta e intervenciones, para actuarlos ante una cámara. Ello implicó entre nosotros, continuos momentos de expresión, retroalimentación, polémica y reflexión dado que las diversas maneras de entender y abordar una misma técnica permiten ver más de sus posibilidades cuando se pone en marcha la creatividad del terapeuta que la usa.

Por otra parte, ya que en el formato de video no es posible una presentación prolongada de textos o argumentos, pues lo que habla es la imagen, explotamos al máximo nuestra capacidad de síntesis, hubo que seleccionar de entre muchas propuestas la más breve y representativa para escenificar cada técnica ello también nos exhortó a escuchar con atención y comprender más de una opinión respecto a la organización y presentación.

De igual manera los videos ofrecen la posibilidad de brindar a quienes lo miren, un amplio espectro de aprendizaje a diferentes niveles: visual, auditivo, analógico, incluso

kinestésico. Ésto es valioso si se considera que por medio de videograbaciones, ejercicios, terapias simuladas y terapias reales, el alumno puede adquirir mayor conocimiento de sí mismo como sujeto comunicante, utilizando no sólo el análisis de la comunicación sino todos aquellos aspectos de sí mismo que interactúan con los otros y pueden influirlo: la postura corporal, los gestos, el tono de voz, el uso del tiempo y del espacio, tendiendo a reducir el espacio entre lo que se piensa hacer y lo que realmente se hace.

Pienso que los videos permitirán al estudiante desarrollar su capacidad de observación durante el proceso de terapia, lograr una mejor comprensión y aplicabilidad de los conceptos estudiados durante su preparación y entrenamiento, y no sólo eso sino quizá le sensibilizará ante las demandas de los solicitantes de terapia familiar para asimilar actitudes terapéuticas que hablen de un compromiso social y personal, de respeto y confidencialidad hacia las necesidades de los clientes.

Para facilitar la comprensión de las técnicas de intervención y dar cuenta de ellas, en ambos videos, nos apoyamos de familias y motivos de consulta ficticios, con la intención de acercarnos lo más posible a la práctica en vivo.

Lo hicimos de esta forma pues consideramos que este medio ofrece a los estudiantes la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros del sistema terapéutico emiten señales unos a otros al interactuar entre sí, facilita llevar un seguimiento más preciso de los patrones interaccionales del sistema y por ende identificar necesidades y lados fuertes dentro de él. A partir de lo cual los estudiantes pueden detectar en una forma más precisa los procesos que caracterizan a la familia, definir objetivos terapéuticos, formular hipótesis para generar nuevas relaciones y verificar el impacto de las intervenciones puestas al servicio del consultante.

La población a la que están dirigidos estos videos, concierne especialmente a los alumnos que se inician en el campo de la Terapia Familiar. También pueden ser útiles a docentes que deseen emplearlos como apoyo didáctico dentro de un curso de terapia familiar sistémica, adicional al tradicional texto expositivo, para lograr un aprendizaje óptimo. Al utilizarlos recomiendo que exista una introducción, comentando brevemente en qué consiste cada modelo, asimismo que se vea junto con los estudiantes a fin de observar el lenguaje verbal y no verbal del grupo durante el video, para guiar la discusión o aclarar dudas.

Más allá de las expectativas con respecto a los videos, puedo decir que el esfuerzo depositado en la realización de ellos me ayudó a desarrollar la capacidad de observación del proceso terapéutico y a afinar mi habilidad para entrevistar, enganchar, definir motivos de consulta y objetivos terapéuticos. Otro de mis logros fue que conforme íbamos desarrollando los videos, mi curiosidad iba despertando y pude plantearme los procedimientos más adecuados para la problemática ficticia presentada.

Todo ello contribuyó al desarrollo de mis habilidades de análisis y síntesis, así como también enriqueció mi conocimiento sobre los modelos de terapia estructural y estratégica que abordamos, me permitió trabajar en equipo, respetar las ideas de los otros, unir esfuerzos y tener en mente que siempre se puede hacer algo mejor, es decir superar nuestros propios logros y contribuir en el conocimiento de las nuevas generaciones.

Con respecto al trabajo en equipo, puedo decir que las experiencias fueron riquísimas pues me permitieron el conocimiento y la convivencia de grupo; así como la organización entendida como una diferenciación y asignación de responsabilidades, no sin una carga afectiva, que normalmente se llevó en buenos términos.

Se espera que todo el trabajo realizado para la elaboración de estos videos sirva como elemento motivante a todos aquellos escépticos acerca de los alcances y posibilidades que la

Terapia Familiar Estructural y Estratégica nos brinda y el respeto y tolerancia que se debe a los diversos modelos de intervención.

Pienso que el diseño bajo el que están estructurados los videos, es ameno, didáctico y sencillo; características que supongo alentaron a los principiantes en la convicción de dominar los modelos de intervención familiar sistémica. Finalmente quiero señalar que se unieron grandes esfuerzos para darle forma al video, desde las maestras de la residencia, quienes han compartido con nosotros sus invaluable conocimientos; hasta el equipo que gentilmente colaboró para su edición; desde luego pasando por nosotros los estudiantes, quienes requerimos varias horas de lectura del modelo, discusiones y selección del material más relevante y representativo, a fin de ofrecer un buen material didáctico.

Manuales: "Terapia Estructural" y "Terapia Breve Centrada en los Problemas"

Otra modalidad de producto tecnológico elaborado, fueron los manuales de Terapia Estructural y Terapia Breve Centrada en Problemas.

Los manuales se elaboraron con la finalidad de brindar a los terapeutas familiares, una introducción básica sobre el fundamento teórico que sustenta estos enfoques, así como también un acercamiento a las destrezas clínicas requeridas para el manejo adecuado de los dos modelos, propiciando el desarrollo de habilidades terapéuticas en los principiantes, es decir, como una forma de influir en las aptitudes que el terapeuta debe alcanzar para convertirse en eficaz promotor del cambio, asociándose al sistema y utilizándose a sí mismo para transformarlo. También se realizaron como una manera de contribuir en la disminución de las dificultades que enfrentan los estudiantes de terapia familiar al identificar la especificidad y aplicación clínica de los diversos modelos para seleccionar los procedimientos adecuados de la intervención profesional.

Por lo anterior, el objetivo de los dos manuales fue presentar las premisas conceptuales que fundamentan los modelos y al mismo tiempo enfatizar y ejemplificar dichos principios, en la práctica terapéutica; esta última pretensión la obtuve, señalando cada técnica de intervención con su respectivo ejemplo.

La presentación de los temas fue bastante sencilla, primero introduje a los terapeutas familiares en el conocimiento de los términos principales de la terapia estructural y breve centrada en problemas, posteriormente, mencione las fases de la intervención y finalmente describí las estrategias principales de intervención con ejemplos que facilitan su comprensión.

Dado que pienso que los estudiantes aprenden más cuando los conceptos se relacionan directamente a casos clínicos, en los manuales diseñados, además de definir conceptos, otorgue particular importancia a las intervenciones que los modelos proponen para el cambio, las describí de manera amena y sencilla en términos de sus objetivos, procedimientos y utilidad y las ejemplifiqué valiéndome de situaciones problemáticas hipotéticas, atendidas siguiendo los modelos de Terapia Familiar Estructural y Breve centrada en los Problemas.

Los manuales se realizaron con la intención de que los estudiantes lean, aprendan, analicen, discutan y cuestionen las técnicas de intervención, así como también la viabilidad de los modelos a las problemáticas presentadas en los sistemas familiares mexicanos; la intención es que estimulen su creatividad y continúen buscando conocer más sobre ambos enfoques y no sólo se queden ahí, sino que a partir de ello generen, planteen y apliquen ideas nuevas útiles para tratar eficazmente las demandas del México actual con alta incidencia en el servicio de Terapia Familiar.

Los manuales elaborados pueden considerarse una contribución para el conocimiento de la Terapia Familiar Sistémica, así como también un material más para la enseñanza de los

alumnos; que si se lee, analiza y discute de manera grupal y con el maestro puede desarrollar en el estudiante actitudes de ética y de compromiso social que le lleven a plantearse la necesidad de innovar sus capacidades profesionales de una manera constante.

Elabore los manuales pretendiendo satisfacer diversos intereses, el más importante fue sintetizar el origen, desarrollo y propuestas de intervención de los modelos para verificar qué tanto había comprendido el material teórico revisado durante los seminarios: "terapia breve centrada en los problemas" y "terapia estructural", es decir, ensayar la intervención clínica hipotética con los dos modelos, otro de mis propósitos fue presentar de manera concisa las premisas teóricas y metodológicas que guían a un terapeuta, una razón más, fue elaborar y ofrecer un material didáctico que pudiera ser difundido a alumnos que se inician en el conocimiento de la terapia familiar sistémica y una última que puede rebasar mis intenciones si se emplea creativamente, fue ofrecer a los docentes un material útil en la enseñanza a sus alumnos.

Con el desarrollo de los manuales, también accedí a los modelos de intervención en una especie de relectura. Una lectura reelaborada que me permitió introducir, como en retrospectiva la experiencia adquirida en la formación con el equipo incluida la supervisión, y por ende una visión ampliada de la terapia en vivo. De esta forma creo que cerré un ciclo de revisión-experiencia-revisión, en donde cada re-visión incluyó otro nivel de observación que nutrió mi aprendizaje sobre el proceso terapéutico.

Así pues los productos tecnológicos pueden ser una forma de contribuir en la evolución del conocimiento terapéutico y del mío propio pues al concluirlos me deja satisfecha por la comprensión teórica metodológica lograda a partir de su producción y por los alcances que puede tener en quienes lo utilicen.

Creo necesario que un terapeuta familiar debe conocer los modelos de intervención a través de todos los medios posibles y no sólo eso, sino manejarlos eficientemente, desde luego para ello requerirá largas horas de estudio y sobre todo práctica continua de las formas de intervención.

Folleto: "Ciclo Vital Familiar"

El folleto "Ciclo Vital Familiar" fue una modalidad más de producto tecnológico obtenido para ser utilizado en un programa de intervención comunitaria.

En su elaboración se recurrió a la investigación documental en libros, revistas y a datos de censos estadísticos de la población de estudio; así como a la aplicación de una entrevista abierta y semidirigida diseñada para complementar la información recabada, con casos reales.

La importancia que tiene la familia en el desarrollo y vida del ser humano, es muy grande, por ello es importante conocer las fases por las que el sistema familiar atraviesa, explorar los conflictos típicos de cada fase y a través de una serie de testimonios actuales descubrir las soluciones exitosas y fracasadas que algunos mexicanos han intentado en cada etapa.

El folleto se realizó dado que consideramos que existe poca información sobre el ciclo vital de las familias mexicanas. Ésta es una gran desventaja para el equipo interdisciplinario que atiende a una familia pues al intentar comprender su desarrollo natural y en función de éste orientar su estrategia para tratar al sistema; difícilmente podrá acceder a algo distinto de los mitos que ofrecen los libros acerca de cómo debería ser la familia, mismos que se alejan día con día de la familia actual, sus necesidades y sus áreas de oportunidad.

Como terapeutas familiares tenemos la oportunidad de observar en consulta las diferentes etapas del ciclo vital familiar y ofrecer con ello y los autoinformes o entrevistas a profundidad un conocimiento más veraz sobre la familia actual mexicana, no obstante reconocemos que

cualquier comprensión alcanzada con respecto al desarrollo familiar diariamente se desactualiza, por los cambios culturales y el estilo de vida familiar.

Con todas estas reservas, en el folleto presentamos las fases por las cuales atraviesa la familia y consideramos puede ser útil tanto a profesionistas de diversas disciplinas que quieran conocer acerca de este tema, así como a la comunidad en general que se interese por saber qué situaciones críticas enfrenta la familia en sus diferentes etapas de vida, para evitarlas o salir victorioso de ellas en la medida de lo posible.

El folleto está dirigido especialmente a familias y parejas usuarias de instituciones de seguridad social. Posee un lenguaje claro, sencillo y preciso. En su elaboración se vertieron los relatos de diversas personas que viven diferentes momentos del ciclo vital y que expresan experiencias similares a aquellos a quien va dirigido con una explicación teórica de respaldo. Por fines didácticos fue dividido en cuatro partes. En la primera presentamos la fase de transición al casamiento que implica el noviazgo o galanteo. La segunda abarca el periodo matrimonial sin hijos y el matrimonio con hijos. La tercera parte consiste en la explicación de el matrimonio en sus años intermedios, cuando los hijos se encuentran en la adolescencia. La última parte, trata el matrimonio en la etapa de la vejez, que implica el retiro de la vida activa.

Todas las etapas del ciclo vital de la familia poseen oportunidades de satisfacción y logro, de acuerdo con las peculiaridades de los objetivos o tareas que tengan por resolver, cuando por determinada razón la familia no puede solucionar las dificultades al interior de la familia es necesario solicitar ayuda externa de un terapeuta que nos guiará en la consecución de nuestros objetivos para pasar a la siguiente etapa de desarrollo familiar y seguir enfrentando la vida.

La experiencia fue enriquecedora, me dejó gran aprendizaje, al integrar lo empírico o cotidiano de las vivencias familiares de la población entrevistada y la gama de datos recabada.

3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.

Taller y folleto: "Prevención del abuso sexual infantil"

En México, la violencia sexual representa un serio problema social y de salud pública, debido a su alta incidencia. Se estima que en nuestro país más de 16 mil menores de edad en México son víctimas de la explotación sexual comercial infantil y el 80% de estos menores ya han sido antes víctimas de algún abuso dentro de su entorno familiar y social; en su mayoría viven en condiciones de pobreza y en circunstancias de vulnerabilidad social: abandono, soledad, desprotección jurídica, vida en las calles, maltrato, migración y violencia intrafamiliar.

Se ha demostrado que la violencia sexual produce un sin número de secuelas graves a nivel físico, psicológico y social, que alteran el desarrollo integral de las víctimas y de sus familiares. No obstante poco se habla de la experiencia real, y resulta complicado esclarecer su incidencia debido a que las denuncias de este hecho son mínimas, quizá porque es un evento que daña la integridad personal y familiar, provoca vergüenza, atenta contra la afectividad, la sexualidad, la autoestima, la confianza y la capacidad para socializar (Finkelhor, 1996).

Debido a que cada familia es distinta, el abuso sexual también es diferente en su manifestación y finalidad, sin embargo en los sistemas familiares en los que hay abuso sexual, la estructura familiar sufre una serie de modificaciones que alteran las fronteras generacionales, los límites y los roles. Las familias que modifican la frontera generacional y sexual suelen ser sistemas cerrados o aislados donde predominan los secretos debido a que los canales de comunicación se encuentran bloqueados o bien los roles familiares no están bien perfilados. En algunas familias pueden llevar varias generaciones cometiendo el abuso y presentándose éste debido a la carencia emocional que existe, en dichos sistemas los abusados aprenden a obtener

beneficios tales como atención, afecto, en apariencia librarse del maltrato, etc. En estas familias hay resistencia para descubrir las relaciones abusivas pues ello significaría la destrucción del sistema, el desastre económico, el encarcelamiento, la pérdida de la autoestima, etc. (Sullivan y Everstine, 1997).

La teoría sistémica menciona la existencia principal de una estructura familiar donde el poder está dado según una jerarquía rígida, este parámetro de interacción familiar es fácil de conformar dado el modelo de la familia mexicana, en donde una o dos personas, generalmente los padres disponen del control y el poder sobre los otros miembros del sistema. En estas familias se encuentra validado por la vivencia en su familia de origen, el uso inadecuado del poder ya sea a través de la fuerza física de los fuertes contra los débiles o mediante actitudes o comportamientos que facilitan la impunidad para aquellos que rompen los límites sociales y familiares. Esta impunidad resulta básica para establecer una victimización sexual, llegando a niveles de complicidad dentro de los miembros de la familia que permiten que el suceso sea menos secreto y más asociado a conductas justificadas socialmente, tales como el alcoholismo, la drogadicción, la ausencia de alguno de los padres o características del abusado, tales como, carencia de estrategias adecuadas para defenderse, y desde luego una vulnerabilidad familiar que lo precipite y deje al abusador impune ante sus actos injustos y abusivos en contra del menor (Durrant y White, 1993).

A pesar del importante papel que juega la familia en la capacitación de la autoprotección de los niños y por ende en la evitación de la ocurrencia del abuso sexual, generalmente al interior de ella no se suele hablar claramente sobre sexualidad y aunque los padres piensen que callando se les niega el acceso a ese tema, en realidad con sus actitudes están mal educando sexualmente a sus hijos.

Esta mala educación sexual que reciben los niños o si queremos llamarle incapacidad para autoprotgerse, quizá tiene su origen en la ignorancia de los padres con respecto a su propia sexualidad, lo cual puede generarles ansiedad en el manejo de este tema, probablemente temen que sus hijos tengan prácticas sexuales precoces, es decir, comparten algunos o todos los mitos sobre la sexualidad humana o tal vez desconocen cómo expresar sus sentimientos y pensamientos a sus hijos por temor a perder su jerarquía en el sistema y el control sobre ellos.

Por tal razón es conveniente crear un ambiente familiar en el que exista seguridad, confianza y una comunicación clara y directa a fin de que los niños se sientan con plena libertad de pedir información sobre su sexualidad. Así pues se torna necesario concientizar a los padres sobre las ventajas que tiene darles elementos de protección a sus hijos para afrontar efectivamente una posible situación de abuso sexual. Pensamos que con enseñar a los padres a ser agentes de cambio de las conductas problemáticas de sus hijos, y dándoles información básica sobre el abuso sexual podrán identificar las conductas apropiadas e inapropiadas, se concientizarán acerca de su estilo de crianza y establecerán relaciones parentales más sanas.

Como hemos dicho dirigir nuestros esfuerzos para evitar que el abuso sexual se presente es tarea prioritaria, pero no sólo prevenir teniendo como foco de atención a los padres de familia sino atendiendo también a los niños, ya que éstos pocas veces son alertados e informados sobre los riesgos que pueden correr aún estando entre personas de su confianza, de ahí la importancia de prevenir el abuso sexual informando a los niños sobre sus derechos así como también con respecto a la forma de afrontar y evitar situaciones que puedan lesionarlos.

La mayoría de los programas preventivos del abuso sexual hacen énfasis en los siguientes temas: conocimiento del cuerpo, fortalecimiento de la autoestima, conocimiento sobre sus derechos, identificación de situaciones de riesgo, identificación de diferentes tipos de caricias y secretos, conocimiento sobre alternativas para enfrentar una situación de abuso, reconocimiento sobre la importancia de ser escuchado. Generalmente estos talleres están diseñados para niños

mayores de seis años o con retardo en el desarrollo, y se ha dejado de lado a un sector muy vulnerable de la población: los niños menores de seis años. Éstos, por su etapa de desarrollo, por las condiciones familiares, económicas o mala educación sexual, ingresan a la educación escolar como población de alto riesgo.

En este sentido corresponde al psicólogo diseñar talleres de prevención específicamente para esta población, los cuales deberán considerar que a los niños que se encuentran en esa etapa de desarrollo les resulta divertido observar y escuchar cuentos y relatos sobre otros niños, por tal motivo el emplear el teatro puede resultar además de divertido, eficaz para educar, es decir, se puede convertir en una herramienta muy útil para prevenir el abuso sexual.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores es que diseñamos el Taller: "Enséñame a cuidarme y me protegeré", cuyo propósito fue que los asistentes adquirieran habilidades para afrontar situaciones de riesgo de abuso sexual. Se incluyó el teatro guiñol, música y materiales atractivos para facilitar el proceso de enseñanza de los temas involucrados en el abuso sexual: conocimiento del cuerpo, nombre correcto de los genitales, derechos de los niños, secretos, caricias agradables y desagradables y afrontamiento ante situaciones de riesgo. El objetivo de las actividades del taller fue además de proteger al niño del abuso sexual, concientizarlo sobre sus capacidades de afrontamiento en la vida cotidiana, así como también desarrollar su capacidad de autoprotección y autoconfianza para hacer valer sus derechos y cuidar de su persona.

Sin embargo este esfuerzo por hacer a los niños más independientes, asertivos y libres, no puede lograrse si el trabajo preventivo se limita a los niños, que es lo que usualmente se hace, debemos recordar que los niños forman parte de un sistema mayor, y que si los miembros de éste no poseen la misma información, es probable que el efecto alcanzado con los niños, se pierda. Consideramos que el abuso sexual es un asunto de educación que implica cambiar estructuras derivadas de ideologías que visualizan a los niños carentes de individualidad, poder de decisión y dignos de respeto.

Por tal razón diseñamos además del taller para niños, un taller para los padres, titulado: "Alternativas de prevención del abuso sexual hacia mis hijos". Constituido por una amplia y comprensiva vivencia de la sexualidad y la violencia desde el rol de generador hasta el de receptor. Todo con el fin de que reflexionaran sobre su situación a nivel personal y parental y se sensibilizaran sobre sus limitaciones y fortalezas formativas en la sexualidad y en su estructura como familia, su comunicación, sus roles, su jerarquía, etc.

Con el objetivo de sensibilizar a los padres sobre la posibilidad de que sus hijos se conviertan en víctimas de abuso sexual, realizamos además del taller, un folleto informativo-preventivo en el que con imágenes y párrafos breves, expusimos las medidas preventivas ante el abuso sexual e información desmitificada acerca del tema.

Ambos talleres se llevaron a cabo en las instalaciones del Jardín de Niños Miguel Hidalgo de la Colonia Luis Donaldo Colosio. Tuvieron como objetivo general proporcionar a los asistentes los conocimientos suficientes para poder prevenir la ocurrencia de un caso de abuso sexual, intentamos que los contenidos fueran a un tiempo fáciles de comprender para la población hacia la cual se dirigió y suficientes para permitirles actuar ante él, por ello, se dio relevancia a la dimensión vivencial del taller. En todo momento se abordaron tanto las sesiones como lo escrito en el folleto, sistemáticamente; con un inicio, manejo de tema principal y cierre, agotando todas las dudas, a través de dinámicas y apoyos audiovisuales.

Aunque todos los padres de familia del Jardín de Niños fueron convocados para participar voluntariamente en el taller, sólo obtuvimos respuesta de quince familias. Ello nos deja preocupados pues ante la gravedad de la problemática abordada y sus secuelas, pareciera que las familias permanecen inmóviles e insensibles y de esta forma contribuyen a la vulnerabilidad de

los niños y a la impunidad de los agresores. Asimismo nos dejó pensando por qué será que la gente no participa en este tipo de actividades, los argumentos que la institución y las familias señalan, son: falta de tiempo, no tener quien cuide a sus hijos más pequeños durante el tiempo que se asiste al taller, cuestiones laborales, etc., sin embargo consideramos que a estas razones subyacen otras más poderosas, las cuales sería importante indagar en intervenciones futuras.

Los padres de familia que decidieron involucrarse en el taller respondieron excelente, mostraron interés constante, participación activa y al finalizar expresaron haber aprendido a respetar más a sus hijos, a creer en ellos a involucrarse propositivamente en su educación sexual, a tomar la iniciativa de hablar con ellos para prepararlos y ayudarlos a enfrentar las situaciones difíciles de la vida sexual, comprendieron también que hablar de sexualidad a los niños no les perjudica en su desarrollo, sino que por el contrario es mucho más sano y benéfico.

A decir de los asistentes, les ayudó a aclarar conceptos y creencias sobre el sexo y sexualidad, uso de la autoridad y estilos de comunicación. De igual importancia fue el hecho de reflexionar cómo contribuye su comportamiento a la disfuncionalidad familiar y a la formación de sus hijos, ya que observamos que muchos de ellos, repetían las prácticas de crianza, las ideas distorsionadas en torno a la sexualidad y el disfuncional patrón de comunicación que habían vivido en sus familias de origen y que en algún momento de su vida habían reconocido y criticado como inadecuado y nocivo.

Consideramos que combinar el trabajo de padres con sus hijos es de fundamental importancia. Los esfuerzos preventivos que toman en cuenta y capacitan únicamente a los niños, son insuficientes ya que sólo enseñan a éstos a reconocer situaciones de riesgo, sin tomar en cuenta el sistema familiar en el que se encuentra que en ocasiones puede ser de alta vulnerabilidad al abuso. En dichos sistemas los niños, por más habilidades que tengan, difícilmente podrán evitar ser víctimas de un abuso ni tampoco podrán actuar como agentes del cambio familiar.

El enfoque familiar hizo posible reunir los subsistemas individual y parental. Nuestra intención fue crear un efecto en cascada con la pretensión inicial de favorecer el análisis y reflexión a nivel individual, después ver con detenimiento el desempeño paterno, identificando el grado de funcionalidad; y finalmente reconocer en el niño el impacto positivo, especialmente en cuanto al desarrollo de habilidades efectivas para afrontar cualquier situación de abuso, tales como, cuestionar la autoridad, defender sus derechos y tomar decisiones.

Por esta razón estamos convencidos que la prevención tiene mejores resultados cuando deriva de un trabajo familiar, que cuando se dirige exclusivamente a los niños, ya que insistimos, ellos están vinculados a un suprasistema que va desde lo cultural hasta lo familiar pasando por lo social; mismo que regula el comportamiento, diversificándolo o limitándolo.

A partir de la realización de este programa de intervención comunitaria se pudo observar que existe una gran necesidad de recibir capacitación sobre educación sexual y violencia, por ello es imperioso seguir abriendo nuevos espacios de atención preventiva que permitan desarrollar, fortalecer y dar seguimiento a los programas existentes y no sólo eso sino también ampliar las líneas de investigación para enriquecer el conocimiento actual sobre la efectividad de los talleres de intervención o prevención con diferentes poblaciones en cuanto a edad, género, comunidad o grado académico. Sería importante también investigar a profundidad el tipo de dinámica familiar que hace más probable la ocurrencia de un abuso sexual, así como la reacción de la familia al descubrir el abuso. Se requiere un cambio social que posibilite individuos, particularmente padres de familia, sensibles a la problemática de los niños y que quieran involucrarse realmente en su defensa, respeto y protección.

Reconocemos que la propuesta llevada a cabo en este nivel de intervención, no es un producto terminado sino que está en proceso e irá transformándose, refinándose, hasta hacerse más efectiva y más sensible a las necesidades de las familias mexicanas.

Terapia de red

La intervención de red es útil en muchas situaciones donde se ha llegado a la inmovilidad o a la falta de soluciones. El método a menudo logra impedir un suicidio o en las escuelas por ejemplo, la deserción escolar.

La intervención grupal con familias permite enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática y así ofrecerle otras posibilidades. Mony Elkaim (1989) dice que "la eficacia de estas prácticas se debe al extraordinario impacto que puede tener la dinámica de un grupo a través de una nueva captación compartida de la crisis y el respaldo del otro....la red puede aportar transformaciones aunque solo sea por el increíble número de soluciones que posibilita....la transformación o curación puede resultar de una simple redefinición de los mensajes con lo que surge un contexto vital diferente" (p.39).

En nuestro caso particular los objetivos de este tipo de intervención, fueron conformar una red con los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco participantes y sus adultos significativos, en la cual:

- Los miembros de la red con la ayuda del equipo terapéutico, construyeran una nueva historia que diera cuenta de la conducta de los sintomáticos.
- La intervención de red permitiera a los adultos romper con las etiquetas sobre los adolescentes y a éstos comprender la razón del comportamiento de los adultos.
- Los participantes a partir de la toma de conciencia del problema compartido y de las nuevas historias, se unieran para descubrir nuevas alternativas de solución.
- Las nuevas soluciones posibilitaran a los adultos significativos brindar un apoyo efectivo que permitiera a los adolescentes hacer uso de sus potencialidades.
- Las nuevas relaciones posibilitaran que los adolescentes logran avanzar académicamente.

Para conseguir los objetivos, llevamos a cabo el siguiente procedimiento:

1. A través del Área de Psicopedagogía se recolectaron las solicitudes de los alumnos interesados en recibir apoyo terapéutico.
2. A partir del motivo de consulta planteado en las solicitudes se determinó el área específica donde la familia requería asistencia y con base en ello se conformaron grupos de cinco familias.
3. Se estableció un horario y fecha para realizar una reunión informativa con ellos.
4. Se contactó telefónicamente a cada familia para hacerle la invitación a esta modalidad de apoyo terapéutico, explicándole brevemente en qué consistía y la necesidad de que acudiera el adolescente y un adulto significativo, en la fecha y hora señalada para la reunión informativa.
5. En dicha reunión se les presentó al equipo de terapeutas y se les informó con detalle sobre la intervención.

El grupo de red en el que me desempeñe como coterapeuta principal, se conformó por cuatro familias, los motivos de consulta, así como sus expectativas, se describen a continuación:

Familia A. La adolescente dijo sentirse inferior a sus hermanos -exitosos en lo académico- por haber reprobado 6º semestre, con coraje hacia sus papás por desempeñarse como

hija parental; con culpa por la mala relación que tiene con su hermana. Refirió que en su casa falta comunicación especialmente con su padre, que la sobreprotege. Espera de la terapia adquirir mayor confianza, tratar de entenderse y disminuir los desacuerdos. La madre de esta joven dijo que en su casa no están las cosas tan graves, sólo hay desacuerdos y le gustaría que sus hijos los entiendan mejor a ellos como padres.

Familia B. La joven comentó que su mamá es una mujer ocupada e irritable y su papá agresivo y sobreprotector. Ella se siente sola, deprimida e insegura, especialmente en cuanto a su físico. Le gustaría tener mayor fortaleza, seguridad y no deprimirse, piensa que lo mejor sería que sus papás se separaran. La madre de la adolescente reportó que su esposo es agresivo, golpador y exigente, todo ello la pone muy nerviosa. Piensa separarse de él y tramitar una pensión alimenticia, le gustaría que se llevaran mejor como familia, exceptuando a su esposo.

Familia C. La madre del adolescente refirió que ha vivido en ambientes violentos primero como receptora y luego como generadora de violencia al maltratar a sus hijos y ocasionar en uno de ellos, aislamiento, baja autoestima, bajo rendimiento académico, e intentos de suicidio. Tanto él como su madre han acudido a terapia individual que les ha ayudado a estar más relajados y comunicarse más. Les gustaría que la terapia de Red les sirviera para tener mayor fortaleza, seguridad, autoestima, acercamiento, convivencia, apoyo mutuo, mejorar en la escuela y tener más amigos.

Familia D. La joven reportó que no tiene papá y que al nacer, su mamá la regaló con sus tías abuelas. Dijo sentirse sola, culpable, floja, aislada, con odio, fácilmente influenciable y con bajo rendimiento académico. Espera que la terapia le permita ver con un enfoque diferente su vida y despertar de su "sueño". La tía abuela dice que la joven se ha alcoholizado, se ha puesto agresiva, ha dejado de entrar a la escuela y ha pensado en suicidarse. Le gustaría comprender qué es lo que le pasa para ayudarla.

La intervención en red consistió de cinco sesiones grupales de una hora y media de duración cada una a la que acudieron el adolescente acompañado de uno o más adultos significativos (madre, padre, hermano mayor o tutor). Cada grupo de red fue atendido por dos terapeutas principales en presencia de todo el equipo formado por otros ocho terapeutas. En total se atendieron cuatro grupos como parte del equipo de supervisión.

Primera sesión. Cada uno de los miembros del grupo expuso las razones por las que estaba ahí. Las intervenciones se hicieron buscando que cada miembro se sintiera acompañado en sus preocupaciones y al mismo tiempo se redefiniera el síntoma de los pacientes identificados.

Segunda sesión. Se formaron dos círculos, uno de adolescentes y otro de adultos, los adultos observaron sin intervenir mientras los adolescentes expusieron su problemática y visión de lo que ocurría en sus familias y les afectaba y/o ayudaba. Con esta forma de intervención se pretendió propiciar una nueva visión del adulto sobre lo que le ocurre al adolescente y sobre su participación en ello.

Tercera sesión. Nuevamente se formaron los dos círculos pero en esta ocasión quienes hablaron fueron los adultos mientras los adolescentes observaron en silencio. Se trabajaron con los padres sus preocupaciones y dificultades para entender a sus hijos, así como los mitos familiares que les impedían una mejor convivencia. Con esta manera de abordar a los adultos se pretendió que los padres se apoyaran entre sí para construir otra visión sobre sí mismos y sus hijos, validar sus temores y encontrar alternativas. Al mismo tiempo se quiso propiciar que los adolescentes escucharan y comprendieran la visión de los padres.

Cuarta sesión. En esta sesión se trabajó con todos los miembros de la red buscando reforzar las nuevas historias que se fueron construyendo al escuchar al otro. En el curso de la

intervención los participantes advirtieron que los problemas específicos de cada uno de los miembros de la red fueron los problemas de un grupo atrapado en las mismas contradicciones. Ya no se trató únicamente de la conducta del señor X o del adolescente Y, sino de la condición comunitaria de los miembros de la red. Entonces la ayuda mutua cobro otro sentido.

Quinta sesión. Se trabajó con todos los miembros del grupo, explorando cambios, reforzando las estrategias para comunicarse y ayudarse mutuamente. Se les pidió que realizaran dibujos (uno cada uno de los padres y otro cada hijo) sobre la manera cómo les gustaría que estuviera su familia en un futuro cercano y se trabajó después con aquellas cosas que tendrían que hacer para lograr su expectativa.

De los cinco alumnos con sus respectivas madres que habían sido invitados para conformar el grupo sólo cuatro concretaron su asistencia. La familia A sólo asistió a dos de las cinco sesiones programadas, debido a que la señora no quiso continuar acompañando a su hija por falta de tiempo. El resto de las familias fueron consistentes, la participación de las tres madres fue voluntaria y todos los adolescentes valoraron de manera importante la presencia de ellas al verlas involucradas y comprometidas para ayudarlos en sus problemas.

La señora de la familia B se ve separada de su esposo, con sus hijos, dándoles amor y su hija terminando la preparatoria y llevándose mejor con su mamá y sus hermanos.

La familia C comentó que aprendió a domar la violencia pues la señora ya no les pega a sus hijos, adquirió mayor fortaleza y seguridad, se visualiza con estabilidad emocional y espiritual que le permitirá respetarse, respetar a sus hijos, escucharlos, entenderlos y ponerse más accesible para que ellos le hablen. El joven se ve con su familia unida, él en la Universidad, conviviendo más y con más amigos.

La señora de la familia D ve a su adolescente feliz, enamorada, terminando sus estudios, riendo. Sabe que el problema es fuerte y debe ser fuerte ella y no dejarse guiar tanto por el corazón, se da un plazo de un mes para internar a la joven mientras ve cómo se comporta e investigar a dónde la puede llevar para que no la dañen más.

Al finalizar la terapia de red, todo el grupo se mostró muy emocionado por la fase de cierre y los logros alcanzados, las felicitaciones se escucharon y los teléfonos se intercambiaron todos están muy agradecidos y satisfechos por el trabajo realizado.

Al concluir el grupo los integrantes manifestaron cambios en las relaciones familiares en áreas que directamente no se trabajaron por ello podemos decir que la intervención en red propició el desarrollo de habilidades para la solución de conflictos en las familias y que se extendió incluso hacia miembros de esa familia que no asistieron a las sesiones.

El reporte verbal y escrito de las familias beneficiadas al concluir la intervención, parece indicar que la terapia de red es una herramienta útil en el abordaje de los diversos problemas que presentan los jóvenes y que afectan su desempeño académico tanto como sus posibilidades de crecimiento personal.

3.3. Reporte de las actividades de difusión en foros académicos.

Significado de vivir la etapa de la vejez, sus eventos adversos y las formas de afrontamiento.

Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez.

Existe un gran número de foros que estimulan la investigación constante sobre temas de interés psicológico, ello significa una gran oportunidad para difundir o socializar el conocimiento adquirido tanto en el aula como en la investigación práctica. Asimismo permite a las personas en

continua formación académica, seguirse actualizando y aportar sus valiosos comentarios para enriquecer las temáticas que se ponen en la mesa de discusión, es decir los foros también funcionan como un contexto en el que se propicia una reflexión amplia sobre diversos temas y proporciona nuevos caminos para el mejor entendimiento de los mismos, es decir permite la evolución del conocimiento.

Interesados en todos los beneficios que ofrecen los foros y pretendiendo hacer presencia de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica y los trabajos que de ahí se derivan, es que decidimos presentar dentro del marco del *Segundo Coloquio de Investigación Estudiantil en Psicología*, la ponencia titulada: "*Significado de vivir la etapa de la vejez, sus eventos adversos y las formas de afrontamiento*"; así como también presentar en el *XXI Coloquio de Investigación de Posgrado* la Ponencia titulada: "*Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez*".

Como mencione, ambas investigaciones se derivaron de la Maestría en Terapia Familiar, tanto en el aprendizaje dentro del aula como en el desarrollo de una investigación cuantitativa y cualitativa originada en una de las asignaturas del tronco común a saber, Métodos de Investigación Aplicada I y II.

Resultó de nuestro particular interés abordar esta temática pues consideramos que la etapa de la vejez debe revalorarse y considerarse como antaño a fin de disminuir los eventos adversos implícitos en esta fase vital. Realizamos un gran esfuerzo de investigación teórica y empírica para obtener como resultado un material presentable, fueron necesarias varias horas de lectura, análisis y discusión de los temas con mis compañeros de investigación y obtuve gran aprendizaje con ellos y en la ponencia, pues ejercite mis habilidades para hablar ante una audiencia.

Lo importante es tener presente que el tema abordado debe tener una discusión y reflexión continua de parte de profesionistas y cualquier gente, a fin de enriquecer nuestros valores y decisiones con respecto a esta etapa de la vida y preservar nuestra salud en todas las áreas para que cuando llegue el momento de vivir la vejez, lo disfrutemos plenamente.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.

Durante miles de años la gente se ha preocupado por la ética, que se refiere al estudio y evaluación de la conducta humana y que consiste esencialmente en saber qué es bueno y qué es malo, a partir de qué código o guía se determinan tales categorías, y si éstas son absolutas o bien están en función de la cultura, el lugar y el tiempo (Rosenbaum, 1985).

Aunque la terapia familiar sistémica es relativamente joven, nuestro ejercicio profesional exige calidad, confiabilidad y sensibilidad humana adecuada a las expectativas sociales; y se enfrenta ante la urgente necesidad de situar en sus límites justos, lo que es humanamente necesario respetar, hasta dónde hay que intervenir y cuáles son las fronteras de la "buena acción" que un terapeuta debe considerar para producir resultados deseables.

A pesar de que los clientes tengan como obligación ejercer y vigilar el cumplimiento de sus derechos, a nosotros como terapeutas nos corresponde y se convierte en una primordial responsabilidad ponerlos en vigor.

La calidad del trabajo clínico efectuado durante la residencia, se fundamentó en el buen desempeño profesional del sistema de terapeutas (terapeutas en formación y supervisores) y del personal que forma parte de las instituciones en las que nos desempeñamos; mismo que requirió

un previo análisis de cuestiones tales como, los derechos de los clientes, su consentimiento, los miedos al ser convocados y/o atendidos en terapia. Posteriormente los terapeutas establecimos principios a partir de los cuales fue posible ofrecer garantías mínimas a los clientes para ser atendidos con respeto, confidencialidad, seriedad y eficiencia.

Todos los casos abordados tuvieron como fundamento una epistemología sistémica que orientó nuestra actividad para hacerla coherente, analítica y sistemática. Los problemas éticos que pudieron suscitarse al aplicar los diferentes modelos de intervención sistémica, estuvieron relacionados con la importancia de reconocer las diferencias entre nuestro propio sistema de valores y el de los clientes, eso se subsano gracias al Sistema Terapéutico Total; además existió el peligro de que el papel del terapeuta como agente activo del cambio hiciera que la responsabilidad de la dirección del cambio pasara del cliente al terapeuta, cuando debería ser una tarea conjunta.

Al llevar a cabo la atención comunitaria: terapia de red, terapia familiar, terapia de pareja, y talleres de prevención del abuso sexual a padres e hijos, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos éticos, según mi punto de vista.

Primeramente asumimos el compromiso de utilizar los conocimientos adquiridos durante la residencia a nivel teórico y metodológico para promover el bienestar de las personas que nos consultaron. Por ello todas las familias o clientes que solicitaron nuestros servicios tuvieron igual derecho de recibir la atención y por ende nuestras responsabilidades como terapeutas fueron:

- Proporcionar terapia, especialmente en situaciones de urgencia, por ejemplo en casos de ideación o intento suicida.
- Una vez comenzada la terapia, no terminarla sin preparar al cliente
- Ponernos a disposición del cliente en caso de urgencia, otorgándoles nuestros números telefónicos.
- No negamos el tratamiento por ningún motivo (edad, sexo, religión, orientación legal, ni ningún otro) y el trato para con todos siempre fue justo e igualitario, de calidad y con calidez.

Cabe señalar que en el derecho al tratamiento también estuvo implícito el derecho a negarse a recibirlo, por ejemplo cuando los esposos de nuestras clientas no quisieron acompañarnos en el proceso de cambio, no se les obligó a hacerlo.

Considero que en el contacto que tuvimos con todas y cada una de las familias ya fuera en el papel de terapeuta principal o como parte del equipo de terapeutas fue prioritario el respeto, tanto a la integridad humana de clientes y terapeutas en formación, como a sus saberes.

Con relación a los clientes me refiero a atenderlos en las fechas y horarios acordados con puntualidad, explicarles las condiciones de trabajo del servicio que ofrecemos con la oportunidad de canalizarlos si dicha forma de hacer terapia no convenía a sus intereses, hablar con la verdad con respecto a los miembros que conformaron el equipo terapéutico, por ejemplo cuando existió algún psicólogo que conocía personalmente a algún cliente y negociamos con éste, la permanencia del otro detrás del espejo, velando constantemente por el bienestar de los solicitantes de consulta y teniendo siempre presente que somos personas con características únicas e irrepetibles.

Pienso que de tanto estar en contacto con problemas emocionales, muchos psicólogos pueden llegar a pensar en los clientes como en un dato más del que se puede lograr la resolución con alguna técnica que ha demostrado ser exitosa en el tratamiento de determinada problemática. En lo que a mi respecta a lo largo de la práctica profesional no me he desensibilizado y mantengo viva mi esencia personal al relacionarme con un cliente y creo que ello me permite entrar más fácilmente en contacto con él y la problemática que trae como motivo de consulta para ofrecerle una mejor terapia.

Para cada uno de los sistemas que nos consultaron tuvimos respeto y comprensión por sus ritmos de avance ya que reconocemos que éste es un proceso individual que no tiene porque ser semejante en uno y otro caso, por ello nos centramos en las responsabilidades éticas particularmente en lo relativo al bienestar del cliente y para consigo mismos.

Las familias atendidas se beneficiaron con el derecho de que el servicio que se les dio estuviera a cargo de un terapeuta en formación respaldado por todo un equipo de terapeutas competentes. A fin de lograr tal competencia tuvimos las siguientes responsabilidades:

- Reflexionar con respecto al grado de aptitud esperada de los terapeutas.
- Llevar a cabo actividades académicas, teóricas, metodológicas y aplicadas.
- Ofrecer el servicio sólo dentro del campo en el que demostramos competencia y cuidando que nuestras capacidades estuvieran al máximo, es decir no limitadas por el alcohol, o bien por algún malestar físico o emocional.

Puesto que la Terapia Familiar Sistémica se caracteriza por el rápido desarrollo de nuevos conocimientos, nuevas técnicas y nuevas aplicaciones, es decir cada día surgen nuevas alternativas que se basan en la aplicación de conocimientos sistémicos para tipos específicos de problemas, hay que estar a la vanguardia. Así considero que es una responsabilidad ética continuar instruyéndonos, a fin de mantener niveles altos de competencia para trabajar con seriedad, apertura y calidad, teniendo implícita la responsabilidad de consultar a otros colegas, colaborar con otros más experimentados para diversificar opiniones y desarrollar más competencias, conformar grupos en los que se definan criterios a cubrir para denominarnos terapeutas competentes profesionalmente.

Por otra parte es importante señalar que la interacción conformada con seres cambiantes, impulsó en nosotros como terapeutas los estudios de actualización profesional, mantenernos constantes en la búsqueda del conocimiento tanto profesional como personal.

Pienso que es fundamental la autoevaluación continua de nuestras capacidades y limitaciones tanto profesionales como personales en el manejo de las diversas problemáticas que se nos consultan, así como también el comunicarlas a los supervisores, junto con las dudas e inquietudes que puedan surgir; manteniendo el compromiso y responsabilidad ética de actualización para nuestro mejor desempeño.

Adquiere relevancia la idea de asumir una actitud responsable en todos los sentidos, pero específicamente como profesionistas y como personas ante las diversas familias solicitantes de atención terapéutica y ante nosotros mismos como seres humanos comprometidos con la vida y la preparación constante para brindar una mejor atención humana. Nuestro compromiso social, nuestra propia persona y la invaluable coparticipación del equipo terapéutico son factores que nunca debemos olvidar si queremos ejercer con ética.

Los clientes de la FESI que fueron los únicos a los que se les cobró una cuota simbólica, tuvieron el derecho de un arreglo financiero favorable, ya que no es ético negar el servicio por un problema monetario, el acuerdo se definió a partir de los ingresos familiares y la cuota mínima estipulada en la Universidad.

Todos nuestros clientes tuvieron la oportunidad de expresarse libremente en cuanto a ideas, emociones, problemas, dudas, inquietudes, proyectos, necesidades, expectativas y manifestar su beneplácito o malestar por el trato recibido con la certeza de que nosotros les escucharíamos y atenderíamos con seriedad, respeto y tomaríamos las medidas de mejoramiento pertinentes, evitamos en todo momento hacerles promesas falsas o propiciar la formación de expectativas que no podríamos cumplir.

Puedo decir que ejercimos con ética ante nuestras familias en los distintos escenarios en los que participamos, dado que las interacciones terapéuticas fueron llevadas a cabo con completo respeto hacia ellas y basadas en un diálogo horizontal, libre de juicios o expresiones valorativas

sobre los estilos de vida, preferencias o comportamientos, es decir evitamos mezclar nuestros valores personales con los de los consultantes durante nuestro desempeño y en esta difícil tarea el equipo de supervisión también jugó un papel importante.

El equipo ayudó a dar una visión ética y de mayor compromiso hacia el paciente, pues en algunas circunstancias como en los casos en que la cliente no se sentía escuchada o se percibía demasiado apresurada por la terapeuta, y ésta no se percataba de ello; el equipo solicitó su presencia en la sala de observación y comentó sus impresiones, entonces la terapeuta pudo identificar qué de ella era lo que la estaba conduciendo a apresurarse al cierre de la terapia y pudo también dar un giro a la misma, volviéndose más tolerante y satisfaciendo la demanda de la cliente.

Durante nuestro trabajo clínico utilizamos el video como una herramienta útil para la terapia, su empleo fue ético dado que se basó en los principios del consentimiento informado que a continuación se ejemplifica. El cual protegía la integridad del cliente y salvaguardaba al sistema de terapeutas de dificultades judiciales, pero principalmente responsabilizaba a éste de respetar la confidencialidad de los contenidos y restringía su uso a lo académico con la finalidad de ofrecer una terapia de calidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La FES IZTACALA ofrece entre sus diversos servicios la atención a la comunidad:
Terapia Familiar o de Pareja, a través de su programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Como parte del modelo de trabajo con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o en video las entrevistas realizadas con el objeto de que puedan ser estudiadas con mayor detenimiento, y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos. Esto es una práctica común en los programas avanzados de la Terapia familiar en México y en el mundo. Los videos y el material clínico que se generen son propiedad exclusiva del programa, las personas que laboran en él, respetaran la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México, D. F., a _____ de _____ de 200 _____

Clientes:

Terapeuta:

Pude darme cuenta que en la intervención en red, modalidad de trabajo en la que se compartió la responsabilidad con otro terapeuta, fue necesario desarrollar aprendizajes importantes tales como, conocer la comunicación no verbal de mi compañera, ello permitió aumentar mi sentimiento de seguridad para manejar las complejas relaciones familiares que los cinco sistemas atendidos simultáneamente manifestaban.

Mi experiencia en el trabajo de red me deja claro que resulta de gran utilidad la combinación de los conocimientos de los dos terapeutas principales, las consultas entre ambos y el sistema de supervisión, ya que de esa forma se logra mayor exactitud en la comprensión de las

relaciones y en la elección de las estrategias de intervención. Trabajar compartiendo la responsabilidad de terapeuta principal me dio la oportunidad de compartir tanto los éxitos como las áreas a pulir; desarrollar la cooperación, la confianza en mi compañera y en mí para conseguirla de parte de ella; no monopolizar el micrófono; usar turnos; explorar más ampliamente lo sacado a colación por ella y coincidir o discutir acerca de los diferentes aspectos del cambio terapéutico, frente a las familias y con fines terapéuticos. Por lo anterior puedo decir que algo ético en terapia familiar sistémica es entender que hay muchas formas de ver a los sistemas familiares, no hay una mejor, pues todos tenemos nuestras propias experiencias. Es oportuno involucrar dos voces o más, sin silenciar ninguna, dado que se corroboró que existió una multiplicidad de descripciones, explicaciones y entendimientos acerca de un mismo evento.

Los clientes tuvieron el derecho de contar con un terapeuta dedicado única y completamente a tratar de darle lo que más conveniente fuera a sus intereses y a su bienestar personal, bajo el entendido de que hay múltiples formas de organización y desarrollo de la vida. Por ello nuestras responsabilidades fueron:

- Escuchar los motivos, necesidades y expectativas de los clientes.
- Proporcionar al cliente desde las fases primeras del proceso, información sobre las metas coconstruidas.
- Atender desde el principio cualquier conflicto potencial de valores entre el terapeuta principal y su cliente.
- Evitar conflictos de intereses.
- Tratar de no pretender satisfacer necesidades propias a expensas del cliente.

La ética implica mantener a la familia informada de una manera clara, veraz, suficiente y oportuna, en torno a su proceso a fin de que pueda participar en la toma de decisiones sobre el curso de la terapia, por ejemplo, determinar lo que más le convenía: iniciar la terapia, posponerla, cambiar de modalidad terapéutica, etc., siempre y cuando su decisión no afectara la integridad de ningún miembro de la familia. Todo ello con la intención de que el proceso terapéutico no se convirtiera en un proceso manipulativo en el que las metas del terapeuta fueran las más importantes y las del cliente, secundarias.

Un derecho de los clientes fue participar en el análisis de su situación, en la generación de alternativas, así como asumir la responsabilidad sobre sus decisiones y el mejor momento para llevarlas a cabo; nuestra obligación como terapeutas fue promover la responsabilidad de los consultantes en la toma de decisiones relacionadas con su motivo de consulta, evitamos tomar decisiones por ellos y nos limitamos a sugerir alternativas para ser valoradas por la familia.

En los pocos casos en los que fue necesario, los clientes se beneficiaron del derecho a ser remitidos con otros profesionales adecuados a sus necesidades o expectativas, para ello nuestras responsabilidades fueron:

- Respetar la petición del sistema con respecto a consultar con otro profesional.
- Sugerir al paciente que consultara con una persona externa apropiada cuando se requirió.
- Darnos cuenta de que el paciente afronta problemas potenciales o que empiezan a presentarse, y que éstos pueden trascender al campo que le corresponde al terapeuta por ejemplo, problemas médicos, legales o financieros.
- Establecer relaciones de trabajo con otros profesionales que faciliten el proceso de consulta y remisión.

En los casos de tres compañeras, en los que reconocimos los límites de nuestra competencia con relación al objetivo del consultante, asumimos la responsabilidad de referirlo, según el caso lo ameritara. Por ejemplo en un caso de obesidad cuando la intención de la cliente era conseguir una dieta, se le canalizó al nutriólogo; en otro caso, al psiquiatra pues lo que solicitaron fue una valoración psiquiátrica; o bien en otro caso cuando el interés del cliente

estaba dirigido a atender su problemática en alguna institución específica, para compartir en grupos de ayuda para hombres violentos, se le canalizo al Colectivo de Hombres por Relaciones Iguatarias A. C. (CORIAC) .

Pienso que la consulta compartida entre el terapeuta principal y el equipo de supervisión, es decir, la consulta entre colegas y la supervisión continua son necesarias para mantener la perspectiva terapéutica, incluso en el caso de los profesionales más experimentados.

Nuestro desempeño fue comprometido, sistemático y eficiente para conseguirlo asumimos las siguientes responsabilidades:

- Mantener un registro exacto del proceso terapéutico de nuestros clientes
- Mantener actualizado ese registro
- Implementar un sistema para proteger la confidencialidad de esos registros, por ejemplo hacer anotaciones de puño y letra para que al fotocopiar el registro no hubiera riesgo de revelar la identidad de los clientes, o usar iniciales, etc.

Proporcionamos una atención responsable, llegando puntualmente, sin posponer citas o cambiarlas, tampoco requerimos el cambio de terapeuta o la suspensión abrupta del tratamiento por fines de semestre y conclusión de la maestría, ya que los clientes con los que no se había llegado al cierre de la terapia continuaron siendo citados hasta concluirlos.

Considero que a cada momento logramos promover una buena imagen de los terapeutas familiares ejerciendo nuestra profesión bajo condiciones éticas y materiales (micrófono, videocámara, televisión, teléfono, videocasetera, equipo de supervisión, etc.) la mayoría de las veces en condiciones óptimas de funcionamiento y uso, que garantizaron el ofrecimiento de una terapia sistémica de calidad.

Así nos comprometimos a guardar la confidencialidad de los datos familiares y únicamente emplearlos en beneficio de la terapia, así como también, comentarlos en espacios privados y con fines terapéuticos. Cumplimos con el compromiso que aseguramos en el encuadre terapéutico de mantener los datos ofrecidos por el cliente como confidenciales y darles un manejo meramente profesional, estudiando las cintas con mayor detenimiento en aras de ofrecerles una terapia más científica y de calidad.

Otro aspecto digno de tratar con delicadeza fue el hecho de que atendimos como clientes a personas empleadas en la FESI, el ISSSTE y el CCHA debido a ello tuvimos que cuidar cada detalle, por ejemplo en la elaboración de los resúmenes de sesión para no revelar su identidad, al fotocopiar el material hubo que hacer las anotaciones de puño y letra en cada uno de los resúmenes y las discusiones de la intervención efectuada con dicho cliente sólo fueron abordadas al interior del consultorio, sin que se transformaran en comentarios de pasillo, este detalle se consideró también en los demás casos atendidos.

Uno más de los derechos de los clientes fue que la terapia familiar que comenzaron, llegara a término. Concluimos el proceso terapéutico de cada familia, con independencia de los tiempos académicos, es decir realizamos la terapia y su seguimiento hasta que ésta llego a su fin, aun cuando dicho proceso, en algunos casos se extendió más allá del semestre lectivo en que la familia fue asignada para brindarle atención. Por lo anterior las responsabilidades que asumimos fueron:

- Fijar con los clientes una fecha tentativa para la terminación de la terapia.
- Revisar periódicamente los avances de la persona en terapia y la fecha de terminación de ésta.
- En caso de no haber fijado fechas para la culminación de la terapia se plantearan a los clientes en un momento apropiado.

Considero que hablar del cuándo es oportuno terminar con la terapia, es delicado debido a que no hay normas fijas para todos los clientes y pasar al cierre de la terapia implica competencia del terapeuta para no llegar a esa fase de manera prematura sino cuando las metas y los objetivos pactados se han conseguido a satisfacción del consultante.

En nuestra experiencia la terapia se terminó de manera formal cuando el motivo de consulta estuvo solucionado o el sistema tuvo un mejor manejo de él y así lo reflejo tanto de manera verbal como en su interacción durante la terapia; de esta manera ocurrió en las familias C, D, E y F analizadas en páginas precedentes.

La conclusión de la terapia también se dio de manera informal cuando la familia por cuenta propia y sin previo aviso personal, decidió terminar con el proceso terapéutico, reportando vía telefónica su buen estado, como ocurrió en el caso de la familia B.

Pienso que los terapeutas podemos considerar las siguientes variables antes de dar de alta a algún consultante:

- El éxito o fracaso de la terapia y su magnitud
- El posible futuro del cliente
- La sensibilidad del consultante

Por otra parte es importante hablar sobre aquello a lo que se ve expuesto el proceso de cambio por la implicación del terapeuta y el simple hecho de ser persona y formar parte del sistema terapéutico.

Los terapeutas pudimos afectar la relación con nuestros pacientes al desarrollar fuertes reacciones emocionales (dolor, ira,) hacia ellos si no actuaban para salir de la situación que los llevó a consulta, más aún en los casos de violencia ya que ésta, es un penoso recordatorio del rol de género no igualitario; así como también quizá al identificarnos con ellos, “compadecerlos” o querer “ayudarlos”, pudimos comenzar a cargarlos pese a que tal vez nos sentíamos sobrecargados por la problemática, en este sentido el equipo terapéutico, ayudó al darnos la oportunidad de brindarnos un tiempo fuera, para nosotros, para mirar desde otra óptica la intervención y dejarle la responsabilidad al paciente.

En nuestro empeño de ayudar, pudimos caer en el error de ver a nuestros pacientes como víctimas atrapadas en su situación y por tanto convertimos en sus salvadores, incluso en contra de su voluntad, ello según mi parecer, bloquea la oportunidad de encontrar aspectos fuertes o positivos en la conducta de los consultantes y dificulta la redefinición positiva de la situación que lo aqueja, es decir maneras más respetuosas de ver al paciente.

Pudo ocurrir también que sintiéramos mayor simpatía por la “víctima” que por el generador de cualquier problema, esta parcialidad nos hubiera conducido a subestimar la fuerza del otro, pese a que sabemos que se requiere de dos para hacer una danza y a ambos se les debe cuestionar y validar.

Se presentaron situaciones con dos clientes que con sus comentarios o descalificaciones a nuestra persona o a la terapia recibida, pudieron generar enojo o debilidad por sentirnos ofendidos, ello nos hubiera llevado a la confrontación y a dejar de ser útiles para los clientes; sin embargo fueron puertas que se abrieron y nos permitieron explorar qué necesidades nuestras no están plenamente satisfechas, es decir promovieron en nosotros el autoconocimiento y el planteamiento de metas útiles personales y profesionales. Asimismo creo que ello promovió el que ampliáramos nuestra lente para observar mejor la realidad externa.

Algo digno de ser reconocido como práctica ética fue la preocupación que durante la formación, manifestaron las supervisoras por el bienestar socioemocional de los terapeutas, incluso en algunos casos sugirieron respetuosamente acudir a terapia, bajo el entendido de que nuestra profesión implica hacer uso de nuestra persona para conseguir junto con los clientes, los

cambios en el proceso terapéutico, por tanto cualquier trastorno emocional nuestro limitaría, la posibilidad de ofrecer un servicio eficiente a nuestros clientes. Por otra parte, considero que las supervisoras respetaron nuestras formas de hacer terapia, previo análisis de todos los modelos de intervención existentes en terapia familiar sistémica, a fin de que pudiéramos elegir entre ellos.

La cuestión del poder como psicóloga fue otro aspecto a destacar ya que muchos de los clientes depositaron en nosotros sus cambios, o nos tomaron como modeladores de conductas o consejeros, hubo entonces que reflexionar sobre cómo ganamos una medalla más, asumir el rol de experto, que no correspondían enteramente o revisar nuestra escala de valores y necesidades, aclararlas, jerarquizarlas, hacerlas explícitas tanto a nivel personal como profesional y actuar con base en ellas de manera congruente para ofrecer un servicio de calidad al trabajar con las personas.

Finalmente quiero mencionar que creo que nunca terminaremos de desarrollar un sentido de ética profesional pues lo veo como el crecimiento personal que está en función de diversos factores y que requiere de ser examinado a lo largo de nuestra práctica profesional, reconociendo que nuestros juicios de valor, nuestras creencias éticas y nuestros valores morales están reflejados en nuestro trabajo y por ello conviene hacerlos explícitos. Así, es fundamental establecer normas propias sujetas a consenso para regular nuestra actividad profesional.

Considero que la práctica ética se logra cuando reflexionamos sobre ella, cuestionándonos constantemente sobre lo que es correcto de la misma y para ello es necesario un alto grado de sensibilidad hacia los problemas éticos y hacia el contexto social, practicando la crítica constructiva, la responsabilidad social y respetando las instituciones y las necesidades de crecimiento de las personas.

Además será importante tener siempre presente, que antes que terapeutas familiares sistémicos, somos seres humanos en constante desarrollo cuyo interés principal debiera ser nuestro crecimiento armónico e integral; y nuestra prioridad profesional reconocer los límites de nuestra competencia ya que ello nos permitirá buscar ayuda profesional para atender aspectos en donde el problema cae fuera de nuestra competencia, así como también saber cómo, cuándo y a dónde es apropiado referir al cliente y conocer los procedimientos a seguir. Creo que en la medida en que seamos exigentes con nosotros mismos en nuestro desempeño profesional seremos capaces de responsabilizarnos éticamente con nuestros clientes.

Al igual que Harsch (2000) pienso que el ejercicio clínico implica cuestionarse constantemente a sí mismo, con respecto a diversos temas, tales como:

- ¿Qué tanto tolero el acompañamiento de diferentes emociones y sentimientos?.
- ¿Qué tanto conozco y acepto las áreas de mi vida conflictivas que hace falta revisar, resolver o superar?.
- ¿Qué recursos personales y profesionales poseo en esta etapa de mi desarrollo?.
- ¿Qué tan capaz soy de establecer intimidad con alguien y promover el desarrollo, es decir, si puedo y qué tanto, establecer relaciones interpersonales cálidas y profundas y contraer compromisos estables?.
- ¿Con qué sentido de honestidad, conciencia y responsabilidad manejo el poder que me otorga el ser terapeuta familiar sistémico; puedo compartirlo, prefiero tener el control o puedo reconocer la expertez de los clientes y aprovecharla al cien por ciento?.

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Mi formación académica y práctica profesional como terapeuta implicó la integración de conocimientos y habilidades con respecto a los diversos procedimientos derivados de la epistemología sistémica y posmoderna. Asimismo requirió conocer y aplicar técnicas y métodos de investigación científica a nivel cualitativo y cuantitativo, con el fin de contribuir en la evolución del conocimiento y difundirlo.

La conceptualización de los aspectos teóricos y metodológicos de los modelos de intervención, así como la habilidad para identificar su especificidad, viabilidad y aplicación clínica en un determinado contexto, son habilidades indispensables que todo estudiante de Terapia Familiar debe desarrollar.

Mi mejor manera de aprendizaje no se limitó a lo teórico sino que se complementó con el aspecto práctico que obtuve al hacer terapia, ésto aunado a la posibilidad de ver hacer terapia a otros, fue una experiencia enriquecedora a nivel profesional y personal, pues estimuló el desarrollo de mi capacidad de observación, análisis y síntesis.

El programa de Residencia en la FESI me dió la oportunidad de conocer a la comunidad de los distintos escenarios en los que trabajamos con disposición, respeto y responsabilidad, permitiendo que fueran los miembros de esos sistemas quienes se acercaran al servicio manifestando sus motivaciones, inquietudes y expectativas personales. A partir de ese primer contacto se revisaron los objetivos iniciales del servicio y se reformularon en función de las demandas presentes en la interacción del sistema terapéutico

El servicio que ofrecimos en los distintos escenarios de trabajo clínico constituyó un espacio de interacción humana donde los consultantes entre otras acciones, ampliaron su espectro de visión al reflexionar sobre las situaciones que afectaron su curso de vida, analizaron las alternativas más viables para hacerles frente, así como también identificaron sus recursos, detectaron sus capacidades y ejercitaron habilidades de utilidad para su vida cotidiana.

Para ello los clientes contaron con todo un equipo de terapeutas experimentados y en formación que les acompañaron en el proceso del descubrimiento de sus potencialidades, la co-construcción de nuevas realidades, la expresión y manejo de emociones y en la reafirmación de su capacidad para tomar decisiones de manera responsable.

De forma complementaria a la Terapia Familiar Sistémica con supervisión en vivo, se desarrollaron actividades de atención y prevención comunitaria, previa elaboración de programas de atención; en donde los beneficiados ejercitaron habilidades mediante un trabajo grupal expresando abiertamente sus opiniones y reflexiones sobre temas de interés para la cristalización de sus proyectos personales de vida como individuos y como parte de un sistema.

El más importante cambio gestado en mi formación profesional, fue entender que la Terapia Familiar Sistémica no sólo se refiere a ofrecer atención a sistemas familiares sino a asimilar una nueva epistemología que amplía el entendimiento del ser humano y la problemática que vive en un contexto determinado, logrando con ello un mejor y más efectivo acercamiento a la realidad y complejidad de los sistemas humanos.

Así pues formarme como terapeuta familiar me permitió ir más allá de explicaciones lineales y reduccionistas para los motivos de consulta, pues comencé a comprender éstos con relación a los contextos en los que se presentaban; a conceptualizar la forma en que se daban las

interacciones de los individuos en el sistema familiar; así como también otras maneras de ver a los sistemas, al proceso terapéutico, a los clientes, al terapeuta y al equipo de supervisión.

Entendí que no soy un agente que genera cambios en el sistema familiar y que puede permanecer separado de él mientras interviene, sino que soy un sujeto que se incluye en el objeto de estudio e intervención (la familia) para construir en colaboración con él, nuevas realidades y significados que amplían la posibilidad de acción y bienestar personal. Confirme lo que Ceberio y Watzlawick (1998) ya mencionaban, el terapeuta ya no es el mismo después de una sesión con el sistema terapéutico, por tal cuando hablo de esa co-construcción de nuevas realidades entiendo que no sólo impactan la vida de los clientes sino también la nuestra.

A través de las actividades realizadas, adquirimos y pulimos habilidades para escuchar y comunicarnos, reconociendo la riqueza del lenguaje y manteniéndonos abiertos a nosotros mismos y a los demás con una actitud de autenticidad; desarrollamos la competencia para percibir lo verbal y no verbal tanto del sistema familiar como de los sistemas terapéuticos y del sistema de supervisión, perfeccionando la capacidad de observación y autoobservación; estimulamos nuestra intuición y flexibilidad al construir hipótesis sistémicas sobre los motivos de consulta; y ampliamos gracias al trabajo con supervisión en vivo, nuestro sentido de ética profesional. Para todo ello fue indispensable afinar nuestro pensamiento abstracto (los procesos de análisis y síntesis) e introspectivo, conservar una gran sensibilidad y en la medida de lo posible, cierto sentido del humor para con nuestra evolución como personas y como profesionales.

Durante nuestra formación y supervisión en vivo desarrollamos además competencias tendientes a la co-creación de un clima terapéutico cálido, respetuoso, comprometido, ético, empático, eficaz y humano a fin de favorecer la simpatía y satisfacción del cliente por el servicio con relación a su motivo de consulta.

Dentro de las habilidades desarrolladas y/o adquiridas durante la Maestría, en beneficio del cliente, puedo señalar las siguientes: empatía afectiva, habilidad para transmitir confianza y tranquilidad, capacidad para formular preguntas útiles para el cliente, audacia para explorar antes que presuponer o dar por hecho, competencia para ofrecer un servicio humano, cálido, directo, claro, respetuoso y libre de crítica, aptitud para escuchar y dar voz a cada miembro del sistema; destreza para reconocer las limitaciones propias, sabernos no indispensables y un ejercicio terapéutico competente que nunca pierda de vista la problemática del cliente.

Por otra parte comprendimos que las certezas y la realidad no existen como tales, la manipulación y la predictibilidad de los sistemas humanos resultan imposibles a menos que entendamos el mundo como muy simple y ordenado. La metodología de investigación cualitativa llevada a cabo nos permitió reconocer que la "realidad" es una compleja red de interacciones en constante co-construcción no sólo por parte de quien la vive, sino también de parte de quien la observa, razón por la que se vuelve inevitable la impredecibilidad de los sistemas humanos y por ende, fundamental y continua la interconexión entre la práctica, la investigación y la teoría.

Considero que ni los conocimientos teóricos ni el excelente manejo de información que se tenga de los modelos de intervención de Terapia familiar Sistémica garantizan por sí solos el ejercicio competente de algunos terapeutas, debido a que durante nuestro desempeño en la conducción de la terapia existe una muy fuerte implicación de nuestras cualidades, recursos, necesidades y sentimientos personales. Con relación a lo anterior creo que a lo largo de la Maestría el equipo de supervisión nos incitó para asumir la responsabilidad de analizar nuestros propios conceptos, prejuicios y opiniones sobre los diversos problemas atendidos: violencia, adicciones, infidelidad, etc.

2. Incidencia en el campo psicosocial.

Durante mi formación pude comprobar que la proporción de solicitudes de terapia familiar realizada por mujeres es mayor que la de los varones. Usualmente, las demandas de la mujer en el ámbito de la salud no sólo se originan en su calidad de usuaria directa, sino también para buscar atención a los problemas de salud de sus hijos y de otros miembros de su familia que le generan angustia o temor. Lo anterior refleja que la mujer se asume como responsable del bienestar de su familia, bajo el entendido de que los problemas que la llevan a consulta son producto de su incompetencia. Si recordamos lo que hemos abordado en páginas precedentes: no es casual que la depresión de la mujer se asocie a la percepción de su fracaso como madre.

Lo dicho sobre la problemática de género en la introducción, fue confirmado por los reportes de las solicitantes, quienes expresaron sentimientos de tristeza, enojo contenido, desesperación, histeria, nerviosismo, falta de interés sexual, distanciamiento afectivo y relaciones violentas con los hijos; debido todo ello a los múltiples roles desempeñados y a la mínima presencia de un apoyo masculino en tareas parentales y de casa.

Ante esos motivos de consulta, el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica nos ofreció poderosas herramientas para el logro del cambio terapéutico, es decir, demostró ser una alternativa útil para coadyuvar a la solución de la problemática que los clientes referían; debido a la epistemología Cibernética que la subyace y que permite ponderar la interacción que ocurre en las totalidades inmersas en un contexto amplio.

Dentro de los problemas que más se presentan a consulta encontramos aquellos derivados del exceso de autoridad o permisividad, así como la presencia de límites rígidos o difusos dentro de las relaciones familiares y que a menudo alteran la comunicación y dañan los sentimientos y el desarrollo de los miembros de la familia. Los padres expresan su necesidad de conocer más a sus hijos y su interés en comunicarles su preocupación, también reconocen en ocasiones su poca habilidad para negociar y establecer límites.

En general las temáticas de consulta más frecuentes de parte de los adolescentes son aquellas relacionadas con el entorno social más próximo, es decir, la familia o la pareja, las vinculadas con aspectos del desarrollo y expresión interpersonal de la sexualidad; así como también problemas que afectan su salud, tales como las adicciones, los trastornos alimenticios y los problemas emocionales.

La población de adultos jóvenes también tuvo una alta participación en la consulta de terapia familiar, nosotros inferimos que se debió a su nuevo rol y la adquisición de más derechos y responsabilidades asociados con la mayoría de edad, así como la vivencia de la primera unión y la paternidad o maternidad, situaciones todas que promueven el involucramiento directo en la solución de los conflictos familiares principalmente matizados por la violencia.

Los datos referidos en la introducción, con respecto a la problemática Nacional, fueron corroborados a lo largo del ejercicio de la terapia familiar en los distintos escenarios de trabajo clínico, en ellos fue palpable que día a día incrementan las necesidades de la población mexicana, para resolver problemas familiares, por ende cada vez se requiere la formación profesional y ética de terapeutas familiares sistémicos que ejerzan funciones de prevención e intervención terapéutica y participen así en la disminución de la problemática existente.

La epistemología sistémica permitió considerarnos a nosotros mismos como parte integral del sistema terapéutico, como agentes de cambio sujetos a un constante proceso de transformación y participación a partir de nuestra propia historia y bagaje, ampliado en la interacción con el sistema terapéutico total.

La experiencia en estos dos años de atención a gran número de familias con dificultades diversas, nos confirmó la efectividad de esta forma de trabajo clínico con supervisión en vivo y dejó ver a la Terapia Familiar Sistémica como una opción provechosa para tratar diversos motivos de consulta. Fortaleció el compromiso de continuar desarrollando acciones en beneficio de la formación de nuevos terapeutas familiares que repercutan positivamente en el beneficio de las familias mexicanas. Considero que el éxito de una terapia depende, en gran parte, de la adopción de una actitud mental beneficiosa y no una mala actitud que no genera alternativas, ni esperanzas para el cambio.

3. Análisis del Sistema Terapéutico Total.

Dado que nuestra formación se llevó a cabo con un grupo de diez y luego de cinco terapeutas y dos supervisores a través de un espejo de visión unilateral, estas características ampliaron las posibilidades ofrecidas para aprehender puesto que los clientes vistos o sistemas atendidos se multiplicaron y por ende la extensa gama de problemas consultados y por supuesto las múltiples visiones y críticas constructivas ofrecidas por cada uno de los miembros del equipo y el invaluable apoyo ofrecido cuando nos enfrentamos a problemas complejos.

Trabajar bajo la modalidad de supervisión en vivo fue un método valioso pues permitió la observación de la comunicación verbal y no verbal por parte de todos los miembros del grupo, así como también facilitó el proceso de enseñanza aprendizaje de la terapia en el momento mismo en que ésta acontecía. La supervisión en vivo nos permitió corregir sobre la marcha los errores que pudimos cometer en nuestro desempeño, en el momento mismo en el que ocurrían y por ende atender eficientemente a los consultantes.

Cabe señalar que en los casos que se continuaron atendiendo una vez concluido el semestre, la supervisión fue indirecta y durante las sesiones sólo estaban presentes los miembros del equipo, nosotros continuamos asumiendo la responsabilidad ética del servicio de terapia familiar y pudimos mostrarnos más independientes así como también poner en práctica aquellas recomendaciones hechas por los supervisores cuando la supervisión fue en vivo.

El equipo de supervisión nos ayudó a identificar nuestras áreas de oportunidad así como también cómo es que ellas pueden subsanarse sin afectar negativamente la relación con nuestros clientes, nos ofreció la oportunidad de mirarnos desde los ojos de otros, darnos cuenta de nuestros puntos ciegos que limitan el trabajo clínico, acercarnos a nuestras emociones e identificar aquellas dificultades irresueltas que también pueden repercutir negativamente en la atención psicológica ética.

En mi experiencia de formación como terapeuta puedo decir que de manera gradual, dejé de vivir al equipo de supervisión detrás del espejo como una cámara vigilante, más bien empecé a sentirlo como un gran apoyo que principalmente me acompañó respetuosamente promoviendo mi autonomía en cuanto a la toma de decisiones, el manejo de mis tiempos y emociones, fue tolerante manifestando paciencia y comprensión y promovió que reflexionara sobre la "terapia empírica" que en ocasiones solía poner en práctica. Esto último creo que es de fundamental importancia dado que a veces hacía cosas sin pensar y eso en la práctica profesional puede ser delicado, por ello, revisar mis intervenciones, llevarlas a cabo de manera consciente y planificada, redundará en la calidad del servicio que ofrezco.

La formación personal y profesional detrás del espejo me dio también la oportunidad de experimentar un aprendizaje desde otra perspectiva por momentos un poco más ligero, cuando no era yo quien estaba como terapeuta supervisado; pues podía observar a cada miembro del grupo en formación, enriqueciéndome con sus intervenciones, aprendiendo de sus áreas de oportunidad, poniéndome en su lugar y pensando cómo podría actuar yo ahí. Accedí pues a un aprendizaje desde un segundo nivel de observación.

4. Reflexión y análisis de la experiencia.

Formar parte de la primera generación de la Maestría de Terapia Familiar Sistémica fue toda una aventura. Gozamos de los privilegios por ser los primeros y también vivimos los costos al no existir algunos espacios y criterios definidos para nuestro desempeño. La integración del grupo se favoreció por su carácter heterogéneo ya que fue un factor importante para ampliar la gama de posibilidades de aprendizaje y enriquecer las visiones y experiencias.

El desarrollo de nuestras habilidades de investigación, enseñanza, atención y prevención éticas, requirieron grandes dosis de paciencia y motivación para esclarecer las intrincadas interacciones y necesidades sistémicas y actuar para dar respuesta a ellas.

Desde el comienzo de la formación quedó claro que nuestro aprehender no sólo podíamos conseguirlo a través de lecturas y análisis reflexivos de las teorías y modelos de intervención en terapia familiar sistémica sino fundamentalmente a partir de una práctica terapéutica constante y supervisada que implicó la observación de otros compañeros terapeutas en formación, en vivo y en video, así como también de la autoobservación del trabajo clínico y especialmente de nuestro encuentro personal durante la interacción del sistema terapéutico y el sistema terapéutico total.

Cabe señalar que con algunos profesores se practicaron situaciones terapéuticas simuladas ello fue importantísimo pues nos permitió la generación de diálogos espontáneos tendientes a explorar la situación problema del sistema consultante, los objetivos terapéuticos y la aplicación de algunas técnicas especiales antes de ponerlas en práctica en situaciones reales.

Es preciso también puntualizar que la formación práctica nunca dejó de ser acompañada de la preparación teórica, es más mantuvieron entre sí total congruencia y coherencia y su enseñanza fue simultánea.

Lo anterior no sólo salvaguardó nuestra integridad personal y profesional y promovió el desarrollo sino que protegió a los sistemas consultantes de interactuar con novatos inexpertos en lo que a Terapia Familiar Sistémica se refería.

Algo de suma importancia que aconteció durante mi formación fue la oportunidad de crecimiento personal y profesional que el campo de trabajo de la Terapia Familiar Sistémica me brindó pues entre más hacía con respecto a la atención e investigación, más posibilidades de interacciones y experiencias diversas podía compartir y asimilar para mi propio crecimiento como persona.

La formación resultó muy satisfactoria, a lo largo de ella fui reafirmando mi convicción de que las personas poseemos dentro de nosotros mismos los recursos indispensables para crecer y desarrollarnos venciendo los obstáculos que se van presentando en nuestro andar. Además representó un aprendizaje valioso sobre la forma como maestros y alumnos; supervisores y terapeutas en formación; y terapeutas y clientes, pueden colaborar para alcanzar las metas que se han planteado así como también impulsarse hacia un aprendizaje, crecimiento personal y necesariamente verse transformados por los cambios que sus interacciones generen.

Así, considero que tal vez lo más significativo fue poder colaborar y acompañar los procesos terapéuticos de los clientes, los procesos formativos de mis compañeros y por supuesto sentirme acompañada, estimulada y apoyada en mi propio proceso de crecimiento y formación. Con la idea clara de que el proceso que iniciamos todos es dinámico y requerirá para afinarse continuas revisiones a lo largo del tiempo.

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.

El trabajo clínico bajo la epistemología sistémica me permitió trabajar invariablemente con toda la familia incluso la extensa y sus sistemas significativos aunque sólo asistiera una persona a la consulta, es decir, intente nunca perder de vista la idea del trabajo terapéutico con un sistema amplio. Asimismo tampoco me olvidé del respaldo recibido de parte del equipo terapéutico que estuvo siempre precisando errores en mi lenguaje, en mi actitud, en mi escucha y recomendándome formas más viables de intervención.

El trabajo con supervisión en vivo tuvo gran repercusión positiva en mí pues me incitó a compartir con otros lo realizado y enfatizar la importancia de contar con alguna persona que pudiera acompañarme y apoyarme en el proceso conversando conmigo sobre inquietudes, éxitos, temores, dudas o "fracasos" respecto de una familia y esclareciendo la razón de todo ello. Reconocer la trascendencia de eso además de que enriquece y favorece mi desarrollo personal me libera de ser yo la única responsable (en colaboración con la familia) del trabajo, por ende la carga estresante disminuye considerablemente.

Considero que la formación de terapeutas familiares sistémicos no sólo se redujo al aprendizaje de una nueva epistemología que incide en la comprensión teórico metodológica de los modelos de intervención y la adopción de un estilo terapéutico sistémico, sino que el giro epistemológico impactó de manera importante en nuestro estilo de vida e interacciones con los significativos: familia, pareja, amigos, favoreció el cambio en cuanto a la forma de percibir la realidad, amplió nuestra lente y nos llevó a realizar descubrimientos sorprendentes por ejemplo percibimos a nosotros mismos como parte de múltiples subsistemas, también nos llevo a cuestionar lo incuestionable hasta entonces, por ejemplo los mitos familiares, el rol desempeñado en nuestra familia, nuestro carácter y temperamento y nuestro actuar cotidiano y profesional.

Me quedó claro que en el desempeño como terapeuta influyen nuestros antecedentes, estilo de vida, actitud ante la vida y el trabajo, nuestros sentimientos y emociones, costumbres, economía, cultura, religión, temperamento, etc., así el proceso terapéutico conducido por un terapeuta generalmente "optimista" pudo variar con respecto al guiado por un terapeuta frecuentemente "pesimista".

Por lo anterior considero prudente que los terapeutas intentemos continuamente por espacio de horas o días experiencias nuevas de aprendizaje, esparcimiento, relación o autoconocimiento a fin de estar en contacto con factores diversos que no nos pertenecen pero que pueden ayudarnos a ampliar nuestro espectro de visión y por ende de atención en la consulta. Por otra parte considero importante mantener viva la curiosidad por identificar continuamente en nosotros mismos la capacidad de flexibilidad o rigidez, nuestro estilo de relación cálido o distante, nuestros valores ya que sin duda los reflejamos en terapia, nuestras acciones ya que tal vez pueden convertirse en el modelo a seguir por nuestros clientes; y una vez identificados averiguar cómo apoyan o bloquean nuestra forma de trabajo.

La formación de tiempo completo y la alta carga emocional involucrada tomó necesario buscar esferas de esparcimiento, descanso y procurar una buena alimentación así como ejercicio físico regular y constante. Además me ayudó a despojarme de algunas creencias que pensaba como obstáculos personales en mi ejercicio como terapeuta, por ejemplo, "soy muy sensible ante las emociones de los otros"; pude entender a la larga que más que obstáculo era un recurso personal así como también pude descubrir la fortaleza que poseo respecto a la comunicación de emociones de diferente índole.

Logré identificar que algunas situaciones reveladas por los pacientes alcanzaron a rozar muy de cerca mi persona, confirmé entonces que como sujeto nunca quedaré fuera del objeto con

el que trabajo, esta idea me permitió ampliar mis recursos de acción, empatía y habilidad para distinguir cuando es más oportuno tomar distancia del sistema atendido para ofrecerle mayores posibilidades.

Como he dicho hubo clientes y/o motivos de consulta que generaron mayor impacto en mí, tal es el caso de las situaciones de abuso sexual que despertaron mi inquietud por saber más del tema y no sólo eso, me incitaron a desarrollar un producto tecnológico que impactara a la comunidad susceptible de padecer alguna forma de abuso. Quiero comentar que mi interés trascendió hasta la aplicación de los dos talleres diseñados en poblaciones diferentes. Los resultados obtenidos dejaron, además de mayor conocimiento y buen manejo sobre el tema, gran satisfacción e interés por continuar recreando los talleres, ajustándolos a las necesidades y características de poblaciones particulares ya que creo que de la especificidad de éstas se pueden desprender estrategias para ir erradicando este problema.

Por otra parte también pude detectar que ciertas características de los clientes, por ejemplo fuente de referencia, diagnóstico, o actitud durante la terapia no resultaban muy favorecedoras para el desempeño del terapeuta; ésto fue más evidente cuando aquellos que acudían a terapia lo hacían como condición de la escuela para no ser dados de baja, o bien por alguna presión, por ejemplo por parte de la esposa para mejorar la relación de pareja; ante estos casos quizá sea conveniente conversar abiertamente sobre las sensaciones que se experimentan y perciben, explorando las posibilidades de asistir voluntariamente al servicio, para que la terapia no sea coercitiva.

Por lo escrito hasta este momento puedo decir que mi formación fue amplia en el estricto sentido de la palabra puesto que incluyó diversas facetas, unas que promovieron mi conocimiento sobre los modelos de intervención y que me permitieron realizar un buen trabajo clínico, otras surgidas a partir de éste que me ayudaron a expandir y desarrollar mi vida personal, y unas más que me incitaron a experimentar mi propio proceso terapéutico y que favorecieron mi madurez y desarrollo personal haciéndome más consciente de mis alcances y limitaciones como persona y como terapeuta.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1987). The reflecting team. *Family Process*, 16, 415-428.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1992). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En McName, S. y Gergen, K. (1996). (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, II (6-7), 41-71.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McName, S. y Gergen, K. (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Aranda, O. (2003). Declaración al periódico El universal Martes 26 de agosto de 2003
- Ashby, R. W. (1977). *Introducción a la cibernética*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Aurón, F. (2000). La sinfonía de la supervisión. En: Jiménez, G. R., Barrientos, M. P., Juárez, O. D. y Centeno, G. M. (compiladores). *La Terapia Familiar en México hoy*. Tlaxcala: Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C.
- Avilés, C. G. Nájera, C. J. y Salas, O. M. (2002). *Funcionalidad familiar en la etapa de la vejez*: México: Iztacala, UNAM.
- Bateson, G. (1977). *Doble vínculo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohlé.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohlé.
- Bateson, G. y Bateson, M. C. (1980). *Espíritu y naturaleza*. Argentina: Amorrortu.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1965). *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Sluzki, C. E. (1971). *Interacción Familiar, aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Argentina: Tiempo contemporáneo.
- Bertalanffy, L. V. (2001). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). Aplicación de la teoría de la familia en la práctica clínica. En: Andolfi, M. y Nichilo, M. (1991) (comps.) *De la familia al individuo*. Buenos Aires : Paidós.
- Brockman, J. (1977). About Bateson. En: Jutoran, S. B. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Sistemas Familiares*. 10 (1), 1-22.
- Bruner, J. (2001). *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. España: Gedisa.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza.
- Carrera, L. (1995). *Mujer joven y estilos de vida*. México: Consejo Nacional de Población.
- Castilla del Pino, C. (1994). *Un estudio sobre la depresión*. Barcelona: Península.
- CCHA (1995). Bienvenidos generación 1995 Colegio de Ciencias y Humanidades. Unidad Académica del ciclo de Bachillerato Plantel Azcapotzalco.
- Ceberio, M. R. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Cecchin G. M. D. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to curiosity *Family Process*. (26) 4
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray W. (1993). De la estrategia a la no intervención: Hacia la irreverencia en la practica sistémica. *Sistemas Familiares* (9) 3.
- Consejo Nacional de Población (1998) *Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en jóvenes de educación media superior*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (2000) *Situación actual de las y los jóvenes de México. Diagnóstico sociodemográfico*. México: CONAPO.
- Corsi J. (compilador) (2000). *Violencia Familiar Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* Buenos Aires: Paidós.

- Cuevas, C. & Vera, A. (1997). Family dynamics during the aging process. *Reply British Journal of Psychiatry*, 175, 89-92.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Desatnik, M. O. y Franklin, R. O. (1992). *Estilos de afrontamiento al estrés y su relación con el ajuste socioemocional*. Tesis para obtener el grado de Maestría. México: Universidad Anáhuac.
- Durrant, M. y White, C. (comps.) (1993). *Terapia del abuso sexual*. España: Gedisa
- Eguiluz, R. L. L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Elkaim, M. (1989). *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Elkaim, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico?. *Psicoterapia y Familia*, 9 (2), 4-11.
- Epton, D., White, M y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En: McName, S. y Gergen, K. (1996) (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Espejel, E. (1997). *Investigación con Familias Funcionales*. Manuscrito no publicado, U.N.A.M., México, 1997.
- Espejel, E., Cortéz, J & Ruíz, V. (1995). Escala del Funcionamiento Familiar. *Séptimo congreso mundial de terapia familiar*. Prensa Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- Espinosa, S. R. (1992). *El ciclo vital en familias mexicanas: Características culturales y estructura familiar*. Tesis para obtener el grado de Master of Arts in Family Counseling and Therapy. México. Universidad de las Américas.
- Espinosa, S. R. (2001). Características socioculturales en familias mexicanas. *Psicoterapia y Familia*, 14, 1, 75-79.
- Espinosa, S. R. (2003). Seminario de Terapias Posmodernas. Programa de la Residencia de Terapia Familiar Sistémica. Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Estrada, L. (1997) *El ciclo vital familiar*. México: Posada.
- Finkelhor, D. (1996). Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax México.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fontana (1992). *Control del estrés*. México: Manual Moderno.
- Fried, S. D. y Fuks, S. I. (1992). Conversaciones terapéuticas. Entrevista a Harold Goolishian. *Psicoterapia y Familia*, 5 (1), 38-46.
- Fuentes, S., Gonzalez, B., & Casal, S. (2000). Crisis normativa de la tercera edad en su repercusión familiar. *Revista médica*, 12 (2). Recuperado de <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/crisis.htm>
- García, B. (1995). *El trabajo extradoméstico de las mexicanas*. México: Consejo Nacional de Población.
- Gergen, K (1992). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En: Packman, M, (comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. México: Gedisa.
- Gergen, K. (1989). La psicología posmoderna y la retórica de la realidad. En: Ibañez (comp.) *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, J. K. (1985). *The social construction of the person*. New York: Springer-Verlag.
- Glaserfeld, v E. (1989). El constructivismo radical -dos perspectivas- *Psicoterapia y Familia* 2 (2), 36-40.
- Gobierno del Distrito Federal (1997) *Política Social del Gobierno del Distrito Federal, documento marco*. México: Secretaria de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.

- Gobierno del Distrito Federal (1999) *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.
- Gobierno del Distrito Federal (1999). *Los jóvenes en la Ciudad de México* México: Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.
- Gobierno del Distrito Federal (2003). *Programa para la prevención del delito, violencia y las adicciones*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.
- Goldner, V., Penn, P., Scheinberg, M. y Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process* (29) 4, 343-364.
- Haley, J. (1987). *Terapia de ordalia: caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1999). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harsch, C. (2000) *El Psicólogo ¿qué hace?* México: Alhambra.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family process*. 29 (1), 1 - 12.
- Hoffman, L. (1991). A reflexive stance for family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*. 10 (3-4), 4-17.
- Hoffman, L. (2001). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
<http://bus.sld.cu/revostas/mgi/vol114698/mgi07698.htm>
<http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/crisis.htm>
<http://www.df.gob.mx/jefatura/admon/cardenas/informe/4.html> 2002
http://www.imes.gob.mx/html/2_5_sa_m.htm
<http://www.suicideinfo.org/spanish/suicidal.htm>
- Imber-Black, E. , Roberts, J. y Whithing, R. (comps.) (1991) *Rituales Terapéuticos y Ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1991) En: Manual de Salud (2001) *Material Educativo: Caminos hacia la Equidad*. México: Comisión Nacional de la Mujer.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2000) *Encuesta Nacional de Educación*. México: INEGI.
- Jones, S. L. (1980). *Family Therapy. A comparison of approaches*. Londres: Pentrice Hall.
- Keeney, B. P. (1994). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Keeney, B. P. y Ross, J. M. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lax, D. W. (1992). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En McName, S. y Gergen, K. (1996) (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- López, P. (1999). *La familia Mexicana en el tercer milenio*. México: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Lori, H., Pitanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maruyama, M. (1963). The second cybernetic: deviation-amplifying mutual causal processes. *American Scientist*. 5 (1), 164-179.
- Maturana, H. (1997). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: Pakman, M. (comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I Barcelona: Gedisa.
- Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Maturana, H. y Varela, F. (1988) *Autopoiesis: La organización de lo vivo*. Santiago de Chile: Hachette.
- McName, S. y Gergen, K. (1996). (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H.Ch. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

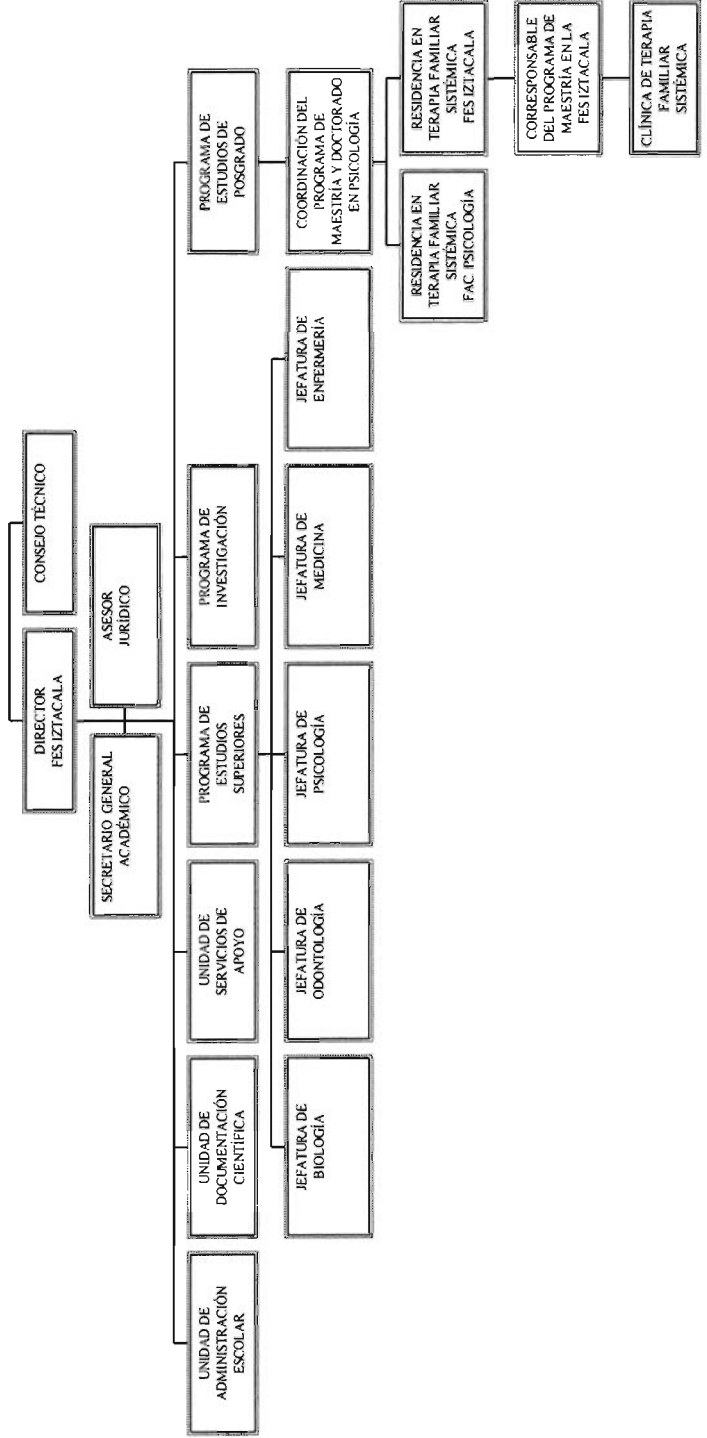
- Moraga, I. & Oquendo A. (1997). La familia humana. Un marco conceptual para el trabajo educativo preventivo con familias desde el enfoque sistémico. *Especialidad en Familia*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative?. An easy -to- read introduction*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Navarrete, M. S., Salas, O. M. y Soto B. G. (1998). *Los estilos de afrontamiento al estrés en los estudiantes de Psicología* Reporte de investigación para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. México: UNAM-Iztacala.
- Nelson, T., Fleuridas, C. y Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists *Journal of Marital and Family Therapy*. (12) 2, 113-127.
- Newman, W. L. (1997). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, Boston: USA.
- O'Hanlon, W.H. y Weiner, D. M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, D. A. I. (1999). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (1984). *Glosario de términos empleados en la serie "salud para todos"*. Ginebra: OMS.
- Orlando, D., Soler, Q., & García. C. (1998). El apgar familiar en ancianos convivientes. *Revista cubana de medicina general e integral*. 14(6)
- Ortiz, F. M. y Zavala, H. O. (1998) *Eventos estresantes que influyen en los estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de la E.N.E.P. Iztacala*. Reporte de investigación para obtener el grado de Licenciatura en psicología. México: UNAM-Iztacala.
- Papalia, D. y Olds. S. W. (1990) *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pegueros, V., Solís C. & Benítez C. (1996). Cambios en la dinámica de la familia cuando uno de sus miembros es anciano: la función simbólica. *Journal of Community Psychology*, 47 (1), 21-34
- Penn, P. (1982) Interrogatorio Circular Family Process. (21) 3, 267-280.
- Pick de Weiss, S y Vargas, T. E. (1992) *Yo adolescente*. México: Ariel.
- Pick de Weiss, S; Aguilar, G.J.; Rodríguez, G. y Montero M. E. (1989). *Planeando tu vida. Nuevo Programa de Educación Sexual para Adolescentes*. México: Planeta.
- Planificación familiar y salud reproductiva en V Informe de avances del programa nacional de población 1995-2000 CONAPO, 2000.
- Prigogine, I. y Stengers, I. (1983). *¿Tan solo una ilusión? Una exploración del caos al orden*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001) Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.
- Renan, G. F. (2003) *Un programa multivariable para la prevención del suicidio* www.psiquiatria.com
- Robles (2000) Declaración al periódico Reforma. Agosto.
- Rosenbaum, M. (1985). *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rozo, J. (2001) *La terapia desde el punto de vista del construccionismo social: ¿tiene algún sentido la terapia?*. España: Universidad de Sevilla.
- Salkind N. (1997). *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall.
- San Martín, H. (1984). *Salud y enfermedad*. México: La prensa médica mexicana.
- Secretaría de Salud (2003) *Modelo de atención a la salud para población abierta*. México: Secretaría de Salud.
- Selekman, M. (2002). *Co-Construyendo Cambios Con Adolescentes Difíciles*. Curso-Taller organizado por el Centro para el desarrollo y la investigación de la psicoterapia sistémica, S.C. CEDIPSI, Querétaro, México.
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L., Cecchin G., Prata, G. (1980). Hypothesing-Circularity-Neutrality: three guidelines for the conductor of the session, *Family Process* 19 (1), 3-12.
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L., Cecchin G., Prata, G. (1998). *Paradoja y Contraparadoja Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. México: Paidós.

- Selvini Palazzoli, M. (1986) Towards a general model of psychotic family games. *Journal of marital and Family therapy*. 12 (4), 339-349.
- Serrano J. (1999). Estudio de casos. En: A Baztán (comps.). *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México: Alfaomega.
- Servicio Público de Localización Telefónica (2000) *Serie de Documentos de Trabajo de Programas Especiales: de joven a joven*. México: Locatel.
- Servicio Público de Localización Telefónica (2000) *Serie de Documentos de Trabajo de Programas Especiales: Niñotel*. México: Locatel.
- Shotter, J (1999). El lenguaje y la construcción del si mismo. En: Pakman, M. (comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I. Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. E. (1985). A minimal map of cybernetics. *The family therapy Networker*. 9 (1) 26.
- Sluzki, C. E. (1987). Cibemética y Terapia Familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*.3 (2), 65-69.
- Sluzki, C. E. (1992). Transformation: A Blueprint for narrative changes in Therapy. *Family Process*, 31, 217-230
- Soria. I., Carballo, B. & Oropeza, I. (1998). Dynamics family dysfunctional in the age. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 171-181.
- Stanton, M. D. y Todd, T. (1990). *Terapia Familiar del Abuso y Adicciones*. Barcelona: Gedisa.
- Sullivan, E. D. y Everstine, L. (1997) *El Sexo que se calla*. México: Pax México.
- Ulloa, O. P. (1997) Salud y seguridad social, controversias de la reforma. *Revista del senado de la República*. 3 (9) , 195-225.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Paidós.
- Vansteenwegen, A. (1997) theories et pratiques post-modernes: lecture critique. *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux*. 19, 23-45.
- Vázquez A. R.; Álvarez, R. G.; Mancilla, D. J. & Raich, E. R.(2000) Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario. *Psicoterapia y Familia*, 13 (1), 33-42.
- Vergel V., López R., & García M. (1999). El Anciano y su relación con el núcleo familiar. *Memorias III Seminario de Investigaciones y Trabajo con Viejos*. Prensa U.N.A.M., México, 19, 76-88.
- Von Foerster, H. (1981). Construyendo una realidad. En: Watzlawick, P. (1994). *La realidad inventada. ¿cómo sabemos lo que creemos saber?*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, B. y Jackson, D. (1989). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1999). *Cambio: Formación y resolución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Whitaker, C. (1975) Psychotherapy of the absurd. *Family Process* 14, 1-16.
- White, M (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1995). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- Wiener, N. (1975) *Cybernetics: Or the Control and Communication in the Animal and the Machine*. Massachusetts Institute of Technology Press: Cambridge.
- Wiener, N. (1982). *Soy un matemático*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Winkin, Y. (1984). *La Nueva Comunicación*. Barcelona: Kairós.
- Wittgenstein L (1988) *investigaciones filosóficas* Barcelona: Crítica.
- Wobeser Von, H. I. E. (2002). *Sesiones clínicas en terapia de pareja*. División de Educación Continua. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Wright, Hall, O' Connor, Perry y Murphy (1982). La terapia familiar sistémica y el desarrollo de la familia. En: *Wright, L. M. y Watson W. L. (1991). Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zetina, F. (1995). *Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANEXOS

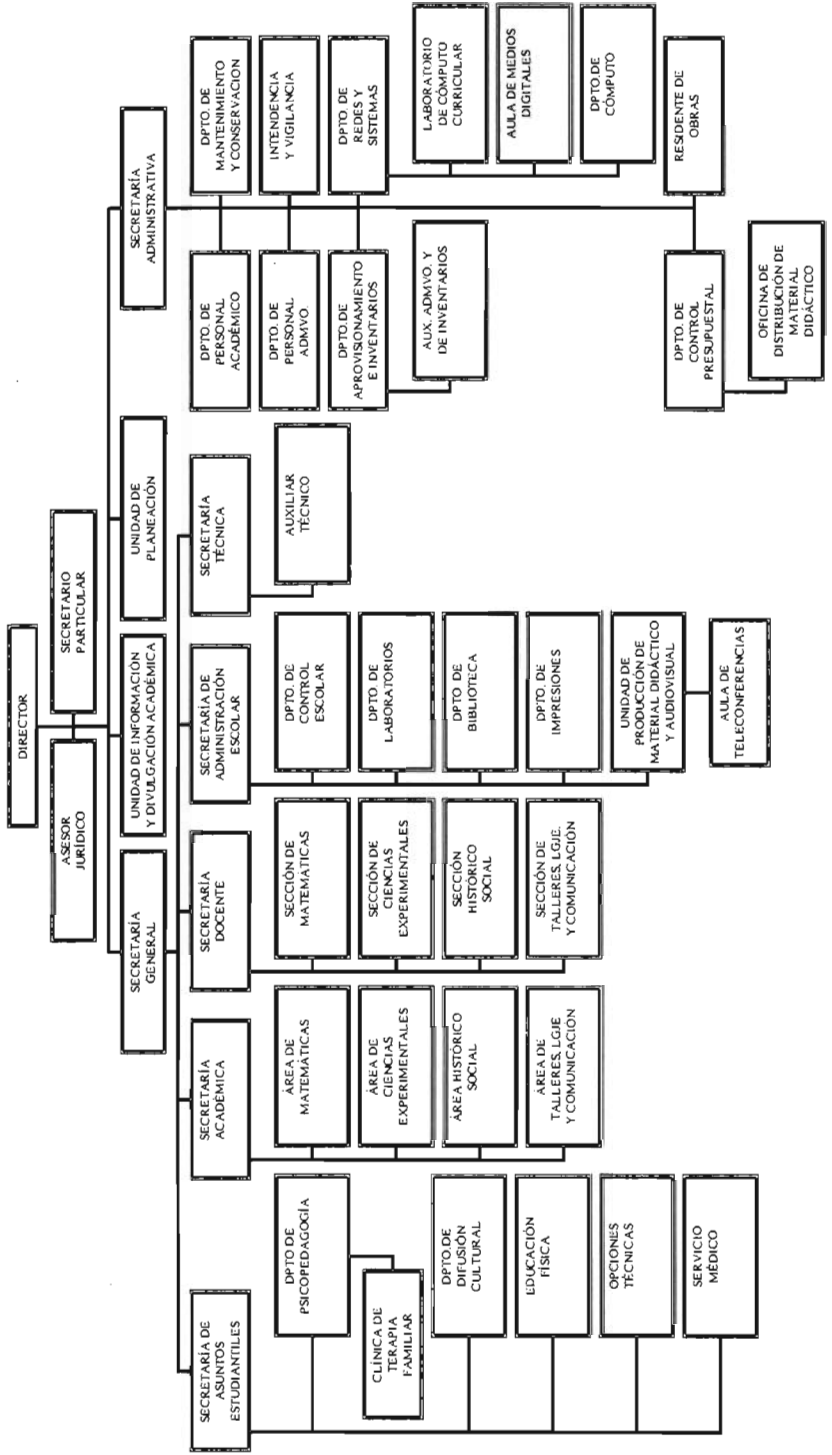
ANEXO 1

ORGANIGRAMA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



ANEXO 2

ORGANIGRAMA DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES AZCAPOTZALCO



ANEXO 3

ORGANIGRAMA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA (ISSSTE)

