

31966

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



Campus Iztacala

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

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

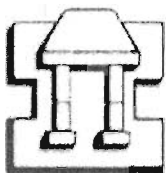
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CLAUDIA JUÁREZ CUELLAR

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO
JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
TITULAR: DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA
TITULAR: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
SUPLENTE: DRA. IRIS KOCHITL GALICIA MOYEDA
SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO



LOS REYES IZTACALA EDO. DE MÉXICO

Mayo 2005

m. 344649



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.

AGRADECIMIENTOS

**A MARÍA SUÁREZ CASTILLO POR SUS OBSERVACIONES Y
COMENTARIOS SIEMPRE BIEN ACERTADOS PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO. POR SU GRAN CALIDAD
HUMANA, APOYO Y PROFESIONALISMO.**

**A MI MADRE POR SU AMOR, PACIENCIA Y APOYO EN MI
FORMACIÓN PROFESIONAL.**

**A MIS HERMANAS LOURDES Y MARISOL POR SU AYUDA Y
COMPRESION EN LA REALIZACIÓN DE MIS TRABAJOS
DURANTE LA MAESTRÍA.**

**A MIS SOBRINOS ZAHIR Y ZAYDE POR SU ALEGRÍA Y SUS
SONRISAS.**

**A GISELA, SAMANTHA, SERGIO Y FRANCISCO POR LOS
MOMENTOS EN LOS QUE TRABAJAMOS JUNTOS
COMPARTIENDO EXPERIENCIAS, IDEAS Y ANECDOTAS. POR SUS
PALABRAS DE APOYO, CARIÑO Y COMPRESIÓN EN MI
DESEMPEÑO DEPORTIVO.**

**A TODAS LAS PROFESORAS DE LA MAESTRÍA POR CONTRIBUIR
SIGNIFICATIVAMENTE EN MI DESARROLLO PROFESIONAL.**

**COMO TERAPEUTAS, TENEMOS UN DEBER MUY CLARO.
PRIMERO, CONSEGUIR CLARIDAD EN NOSOTROS MISMOS, Y
BUSCAR LUEGO CUALQUIER SEÑAL DE CLARIDAD EN LOS
DEMÁS Y APOYARLES Y REFORZARLES EN TODOS LO QUE
HAYA DE SANO EN ELLOS.**

GREGORY BATESON

ÍNDICE

Introducción	6
1. Análisis del Campo Psicosocial y la Problemática en la que Incide el Trabajo en Terapia Familiar	6
1.1 Características del Campo Psicosocial	6
1.2 La Terapia Familiar en México	12
1.3 Principales Problemas que Presentan las Familias	16
2. Caracterización de la Entidad y las Sedes donde se Realiza el Trabajo Clínico	20
2.1 Descripción de la Entidad y las Sedes Participantes	20
2.2. Análisis Sistémico de los Escenarios Clínicos	23
2.3 Explicación del Trabajo y Secuencia de Participación en los Distintos Escenarios Clínicos	25
II. Marco Teórico.	27
1. Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica	27
1.1 Terapias Sistémicas	27
1.1.1 Modelo de Terapia Estructural	37
1.1.2 Modelo de Terapia Estratégica	41
1.1.3 Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas	43
1.1.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	46
1.1.5 Modelo de Terapia Sistémica de Milán	50
1.2 Enfoques Posmodernos	54
1.2.1 Terapia Narrativa	57
1.2.2 Enfoque Colaborativo	60
1.2.3 Equipo Reflexivo	62
2. Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	63
III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales.	68
1. Análisis y Discusión Teórico Metodológica de la Intervención Clínica con Familias.	
1.1 Familia de Tres Generaciones “El Papel de Abuela-Madre en el Cuidado de los Nietos”	68
1.2 Integración de Casos Clínicos	75

2. Análisis del Sistema Terapéutico Total desde la Cibernética de 2do. Orden	101
3. Habilidades de Investigación	107
3.1 Reporte de Investigación Metodología Cuantitativa y Cualitativa	108
4. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento	110
5. Productos Tecnológicos	113
5.1 Productos Tecnológicos Individuales	113
5.2 Productos Tecnológicos Colectivos	120
6. Desarrollo y Presentación de Programas de Intervención Comunitaria	134
7. Discusión e Integración de las Consideraciones Éticas	134
IV. Consideraciones Finales	140
1. Implicaciones en la Persona del Terapeuta, como Profesionista y en el Campo del Trabajo	140
Bibliografía	144
Anexos	147

Introducción

1. Análisis del Campo Psicosocial y su Problemática en la que Incide el Trabajo en Terapia Familiar.

1.1 Características del Campo Psicosocial

“La familia representa la base de la sociedad en la que sus miembros se desarrollan de manera integral y se relacionan mutuamente. Es considerada como un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia” (Minuchin, 1999,p.27).

Este grupo social atraviesa por ciclos o etapas en donde cada uno de sus miembros enfrenta diferentes tareas y/o funciones de desarrollo tales como nacer, reproducirse y morir, las cuales se pueden concentrar dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad y patología.

Visualizar a la familia implica considerar que las personas que la integran están en tres subsistemas principales: el conyugal, parental – de padres a hijos- y el fraterno. (Estrada, 1987 y Minuchin, 1999).

Las etapas por las que evoluciona la familia según Haley (1991) son: el noviazgo y transición al matrimonio, matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos en edad escolar, matrimonio con hijos adolescentes, nido vacío y la vejez; la transición de una a otra constituye un punto crucial en el desarrollo de una persona y de su familia y sigue una progresión de complejidad creciente.

A lo largo de este desarrollo se observan periodos de equilibrio y adaptación que se caracterizan por el dominio de tareas y aptitudes pertinentes a la etapa de ciclo vital que atraviesa el grupo familiar y el paso a un estadio nuevo y más complejo requiere de tareas y aptitudes nuevas (Minuchin, 1999).

Estrada (1987) y Haley (1991) describen algunos de los principales retos o dificultades que vive la familia al atravesar las diferentes etapas del ciclo vital así como los recursos que se generan en la misma.

En la etapa de noviazgo y la transición al matrimonio dos personas se relacionan en un periodo de tiempo indeterminado con el propósito de conocerse en el plano afectivo, social, sexual, familiar e intelectual, en el que ambos se atribuyen una serie de cualidades o virtudes reales o ficticias que les son atractivas y que termina cuando se realiza el matrimonio de manera formal y por unión libre. Algunos de los principales retos que enfrentan son: decepción amorosa, conflictos familiares, embarazo no planeado, abandono o fuga del núcleo familiar, abortos, ideación suicida, depresión, baja autoestima, aislamiento y enfermedades psicosomáticas, vivir con la familia de origen de uno de los dos, deserción escolar entre otros.

Muchas de estas dificultades se logran contrarrestar por los recursos que se generan en esta etapa, como lograr alcanzar cierta experiencia y madurez para próximas relaciones, mayor responsabilidad económica, de pareja y familia, mayor vinculación con la pareja, toma de decisiones más planeadas y menos impulsivas, crea la posibilidad de individualizarse y en perspectiva independizarse, así como una educación sexual y la decisión o planeación de la maternidad/paternidad.

En la etapa de hijos pequeños el matrimonio experimenta cambios de organización y delimitación de tareas; algunos de los retos a los que se enfrentan son: limitación en la realización de metas personales y espacios sociales, depositan la necesidad de afecto en los

hijos, posible rompimiento o de conflicto de la relación cuando es un embarazo no planeado, dificultades económicas y de convivencia que se acentúan con la llegada del hijo.

Aquí logran tener un mayor crecimiento como pareja, comparten las inquietudes y responsabilidades, le dan todas las comodidades a su hijo por ser primogénito y disfrutan de su desarrollo, la mujer puede ver la llegada de su hijo como una forma de autorrealización, hay apoyo de la familia de origen en los cuidados del menor.

En el matrimonio con hijos en edad escolar se enfrentan a la resistencia del hijo por entrar a la escuela, la tensión de la pareja puede recaer en el hijo convirtiéndose en el eje que los une, puede existir rivalidad y competencia entre hermanos, puede percibirse diferencias en el trato de un hermano a otro, hay discusión entre los padres en cuanto a las reglas y normas, hay una desigualdad de responsabilidades en el cuidado de los hijos que generalmente sólo recae en la madre. Sin embargo, es un periodo en el que tienen mayor tiempo libre como pareja y la mujer puede reconsiderar su proyecto de vida personal, en los niños se generan lazos fuertes fuera del grupo familiar y aumentan las redes sociales de apoyo.

El matrimonio con hijos adolescentes se enfrenta a una reestructuración y negociación de reglas con los hijos, puede presentarse abandono escolar, hijos que trabajan para contribuir con el gasto familiar, hijos que cuidan a los hermanos; la falta de supervisión de los progenitores puede generar vagancia en uno de los hijos. Esta condición es propicia para que tenga contacto con drogas y delincuencia.

Por otra parte las exigencias económicas y de espacio que experimentan puede generar una mayor motivación para esforzarse en el estudio y/o trabajo; de tal forma que la relación de pareja y con los hijos no se deteriore; se desarrollan habilidades de supervivencia y socialización. Cuando no está muy marcada la brecha generacional, padres e hijos pueden compartir gustos y aficiones, pueden recibir apoyo de familiares incluyendo al hijo mayor cuando ambos padres trabajan lo que genera una estrecha relación.

En la etapa de nido vacío, las actividades de crianza han cesado, las capacidades físicas declinan, cuando hay un solo progenitor se experimenta con mayor intensidad la soledad y la vejez, la pareja puede encontrarse ante la dificultad de que no tiene nada que hacer y decir a su pareja, pues el tema de conversación eran los hijos, puede generarse conflicto con las nuevas generaciones, hay problemas económicos en los hijos que han iniciado una nueva familia, en los padres aparecen viejos conflictos incluso su forma de enfrentarlos.

Si se resuelven los conflictos centrales de la familia, en esta etapa se genera apoyo, cuidados mutuos cuando aparece una enfermedad en alguno de los dos, se buscan nuevas metas de realización para su matrimonio, se renuevan los votos matrimoniales, hay una revaloración de la vida y proyecto personal.

En la vejez es común que alguno de los padres haya fallecido por lo que es necesario un reacomodo económico; cuando la pareja todavía subsiste es probable que uno de los dos esté enfermo, por lo que es necesario tener ciertos cuidados y hacer gastos para recuperar su salud. En esta etapa es frecuente que se asuma la responsabilidad de cuidar a los nietos o bisnietos. Hay sentimientos de incapacidad y celos por la posibilidad que tienen los más jóvenes, hay una lucha generacional en cuanto a estilos de crianza. Sin embargo, algunos cuentan con el apoyo de las nuevas generaciones a nivel económico y emocional, lo cual genera un sentimiento de valía y utilidad al cuidar de los nietos.

Como se puede observar la familia debe ser capaz de adaptarse cada vez que los eventos cambian en cada una de las etapas que los miembros viven y de responder a los cambios internos y externos. Es importante ser capaz de transformarse de modo tal que permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un nuevo marco de referencia a sus miembros (Minuchin, 1999).

Sin embargo, esto no siempre sucede, ya que a lo largo del tiempo la estructura de la familia se ha transformado considerablemente. Salles y Tuirán, (1997b, 1989a, 1998b, 2001, citados en Pineda, 2004) señalan que hay una persistencia de familias extensas, así como el

aumento de hogares de un solo progenitor que generalmente son mujeres; hay reducción en el tamaño de la familia en las últimas dos o tres décadas, el padre ha dejado de ser el único proveedor y la mujer recurre a un trabajo para colaborar con los gastos del hogar. Se ha incrementado el número de separaciones y divorcios que obedece a la transformación de los derechos y deberes que se involucran en el ejercicio de la vida en pareja y con los hijos. Se ha manifestado un incremento en la esperanza de vida provocando que la viudez ceda su lugar a la separación y al divorcio.

Por otra parte, hay un aumento en las relaciones sexuales antes del matrimonio en adolescentes, generando una recurrencia en embarazos. Hay una reducción en el ejercicio de la sexualidad orientada a través de la reproducción generado por el uso de los anticonceptivos y control voluntario que lleva a la modificación de nacimientos entre un hijo y otro, además de una marcada reducción del periodo dedicado a la procreación.

También se ha reducido el nivel de mortalidad, por lo que hombres y mujeres sobreviven a edades muy avanzadas lo cual supone una mayor convivencia familiar hacia los hijos, nietos y otros parientes que requieren de una transformación de espacios, redes de apoyo, cooperación y reciprocidad en las distintas generaciones.

Se puede observar que la familia experimenta cambios de manera interna a través de las distintas etapas de desarrollo de su ciclo vital y de manera externa se enfrenta a situaciones de carácter cultural, demográfico, económico, social que influyen en su capacidad de adaptación y flexibilidad para poder resolverlas, pero que también pueden llevarla a un estado de crisis que limita su capacidad de acción.

Aunado a ello, la situación económica que atraviesa la población hace cada vez más insostenible poder solventar los gastos individuales y familiares, que los lleva a reorganización en cuanto a las tareas y funciones, con una mayor participación de las figuras parentales en el ámbito laboral incluyendo los hijos.

El desempleo se ha convertido en un problema que refleja las carencias del modelo económico y político que gobiernan al país y que por lo tanto repercuten en la sociedad.

Algunas de las consecuencias a las que la población se enfrenta están relacionadas con la salud, la pobreza y la educación. Además de los problemas que a nivel nacional experimenta se involucran otros más como: el cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar y violencia familiar entre otros.

Los servicios de salud han intentado minimizar la situación y hay una desproporción entre las necesidades de salud, los recursos humanos y los materiales para enfrentarlos. Esto ha llevado a la necesidad urgente de tener personal competente y capacitado para atender la problemática que presenta la sociedad.

Ante este hecho es importante considerar que la familia representa un medio que regula los procesos sociales que ayuda a comprender el comportamiento humano y sus relaciones, su flexibilidad y su capacidad de acción ante las circunstancias que continuamente experimenta.

El movimiento de la terapia familiar se inicia alrededor de la década de los 50's en Estados Unidos. Muchos fueron los investigadores que protagonizaron este movimiento para explicar lo que sucedía con las familias se concentraron en el estudio de sus propiedades como sistema y en la función que desempeña el comportamiento sintomático como equilibrador y desequilibrador del mismo.

Un proyecto de investigación fue el encabezado por Gregory Bateson al interesarse por el comportamiento esquizofrénico y sus formas de comunicación. La particularidad al observar este tipo de familias fue que, mientras el paciente mejoraba, uno de sus familiares empeoraba, por lo que se confirmaba la idea de que la familia parecía necesitar la presencia

de un síntoma en una persona, además de que el objeto de estudio no sólo tendría que ser en un miembro sino todo el sistema.

Esto era una forma bastante osada de llevar a cabo el estudio de una enfermedad pues el movimiento psicoanalítico con sus años de experiencia en el campo de la salud y de la terapia no concebía la idea de incluir a otros miembros en el tratamiento. La terapia hasta ese momento estaba orientada hacia el pasado, la infancia y el inconsciente, posteriormente con el conductismo se enfoca hacia la conducta dando una mayor énfasis a la relación causal de los hechos y al aparecer el humanismo centra su interés en el aquí y ahora, en el crecimiento personal, sin embargo, la terapia se entendía como algo estrictamente individual.

Posteriormente con teorías como la Comunicación Humana, de Sistemas, Epistemología Cibernética y la teoría de los Tipos Lógicos de Rusell se logra dar sustento y auge al estudio de la familia enfocándose hacia el ámbito clínico. Se abandona la relación mecánico-causal sobre la explicación de los fenómenos sociales y los terapeutas comienzan a utilizar una visión sistémica de tal forma que consideran que los miembros de la familia están en constante interacción e influencia unos sobre otros.

1.2 La Terapia Familiar en México

En el campo de la Psicología Clínica, particularmente en la terapia familiar, hay instituciones que a partir de la década de los '50's propusieron programas de formación especializada, dieron una respuesta a las necesidades regionales y del país como a continuación se presenta.

La historia de la terapia en México comienza con la visita de Nathan Ackerman en 1954 al dar una conferencia en el Hospital Infantil con el tema "El niño y su familia". Posteriormente Raymundo Macías en 1963, a su regreso de su entrenamiento con Epstein en Montreal ofrece cursos y seminarios sobre la Terapia Familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con una orientación psicodinámica.

A mediados de los sesentas se integraron a México psiquiatras formados en el extranjero, en poco tiempo se observan los frutos. 1969 que Lauro Estrada y Raymundo Macías inician un entrenamiento para terapeutas familiares a nivel de postgrado en la Universidad Iberoamericana (UIA) (Eguiluz,2004).

En 1971 Macías se separa de la UIA y funda en 1972 el Instituto de la Familia (IFAC) en él se integra como docentes Ignacio Maldonado, Mariano Barragán, Leopoldo Chagoya y Sara Mekler. El propósito es ofrecer práctica clínica supervisada en servicios afiliados. Posteriormente Mariano Barragán deja el IFAC y junto con Teresa Millán crean el Instituto Mexicano de la Familia en 1975.

En la década de los 80's bajo la dirección de Myren Izaurieta en colaboración con Martha Prado y María Luisa Velasco en la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de las Américas (UDLA) se contemplaba el programa de Terapia Familiar con tres áreas: la terapia familiar, terapia de pareja y la investigación; el enfoque que utilizaban era sistémico y psicodinámico, que más tarde se modifica convirtiéndose en Orientación y Terapia Familiar con un enfoque estructural sistémico.

En 1981 surge la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) que pretende definir la Terapia Familiar, unificar y aprobar los programas de los Institutos de formación y servicio. En 1984 se funda el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) con Ignacio Maldonado y Estela Troya cuya base conceptual es el psicoanálisis y la teoría de sistemas, su programa de formación en un inicio era de dos años y después se amplía a tres años con uno más de propedéutico y supervisión de casos clínicos en vivo. En este año el Instituto de Enseñanza e Investigación en Psicoterapia Personas por Anatolio Freidberg, José Lichtein y Dolores Villa inicia la formación sistémica de terapia familiar y de pareja.

En 1984 se funda el Instituto de la Pareja dirigido por Mariano Barragán y María Blanca Moctezuma crea el Instituto Mexicano de Terapias Breves S.C. en 1986 que es representante en México del Mental Research Institute (MRI) la formación que se imparte

es de dos años cuyo propósito es explorar las bases conceptuales de la Terapia Familiar y que los alumnos amplíen sus conocimientos teóricos, técnicos y estilos terapéuticos; su base conceptual es la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación. Ese mismo año la AMTF organiza el primer Congreso Nacional de Terapia Familiar y en 1988 Rose Mary Eustace edita la primera revista de "Psicoterapia y Familia". Es importante mencionar que los congresos se realizaron en México en los años de 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2001, 2004.

En 1987 surge el Instituto de Terapia Familiar Cencalli fundado por Maria Luisa Velasco que obtiene el reconocimiento de la SEP en el programa de Especialidad y Maestría en Terapia Familiar.

En 1989 en la UNAM Campus Iztacala, se inicia el primer diplomado de Terapia Familiar Sistémica por María Rosario Espinosa, Susana González y Luz de Lourdes Eguiluz; y se crea el Instituto Milton Erickson de México dirigido por Teresa Robles y Jorge Abía que es una filial de la Fundación de Milton Erickson de Arizona

En la década de los 90's continúan surgiendo institutos como el Centro de Terapia Familiar y de Pareja A.C. (CEFAP) en 1990 por Felipe Gutiérrez en la ciudad de Puebla. Javier A. Vicencio G., Mario César Bejos Lucero, Sergio Cisneros y Ricardo Yocelvezki fundan CRISOL en 1991. También surge el Instituto Superior de Estudios de la Familia por Alberto Castellanos en 1992. En la UNAM campus Zaragoza se funda la Asociación de Terapia Sistémica en 1993. Para 1994 en la División de Educación Continua de la UNAM se inicia el Diplomado de Terapia de Pareja con el enfoque sistémico. Teresa Aválos, Cristina Riveros, Rocío Gómez y Patricia Cadena forman el Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI) en 1997 que tiene la representación del Mental Research Institute de Palo Alto California. Por otra parte Elena Fernández, Silvia London, Margarita Tarragona e Irma Rodríguez crean el Grupo Campos Eliseos en 1998 que es una filial del Houston Galveston Institute. Para 1999 Teresa Robles se separa del Instituto Milton Erickson de México y funda el Centro Ericksoniano de México. Ese

mismo año Helen Selicoff, Gloria Licea e Ivonne Paquetín crean el Instituto de Psicoterapia Alinde. A partir del año 2000 en la UNAM campus Zaragoza se inicia el diplomado en Terapia Familiar Sistémica. En ese mismo año el Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM aprobó la Residencia en Terapia Familiar Sistémica y al año siguiente se puso en marcha en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y en la Facultad de Psicología. Posteriormente en el año 2004 se inicia el diplomado de Terapia Narrativa en la Facultad de Psicología en la UNAM.

En la República Mexicana también se crearon cursos de formación e instituciones enfocados en la Terapia Familiar como el Centro de Investigaciones Psicosociales (CRISOL) en Morelos, el Instituto de Estudios de la Familiar A.C. en Chihuahua, en la Universidad el Mayab en Yucatán y en Cancún, la Universidad del Valle de Atemajac, la Universidad Autónoma de Tlaxcala, la Universidad de Guadalajara en Jalisco, la Universidad Iberoamericana Golfo Centro en Puebla, la Universidad de Monterrey y la Universidad Autónoma del Estado de México. También existen otras universidades que tienen en los programas de Psicología la Terapia Familiar como la Universidad Intercontinental en el D.F., la Universidad Autónoma de Zacatecas, Universidad Autónoma de Nuevo León y la universidad Cristóbal Colón del Puerto Veracruz.

Como se puede apreciar los institutos y universidades se han preocupado por desarrollar planes y programas de estudio en Terapia Familiar. Esto demuestra una marcada tendencia hacia la preparación del profesional en el campo clínico. Particularmente en la UNAM la Maestría en Psicología Clínica reveló el interés de egresados y docentes por realizar estudios en el campo de la terapia familiar. Sin embargo los programas docentes ponían énfasis en el desarrollo de habilidades clínicas para la atención y estudios de problemas psicológicos humanos, mientras que la Residencia de Terapia Familiar dentro del Programa de Maestría en Psicología pretende desarrollar habilidades y competencia en la práctica clínica supervisada con un equipo de trabajo.

Su propósito es formar profesionales altamente capacitados y comprometidos en la solución de problemas que enfrenta la sociedad y por ende la familia en el plano de la salud mental. El enfoque sistémico que sustenta la Residencia se puede identificar como una de las aproximaciones que estudia y atiende los procesos humanos en la función del contexto y las relaciones. Como proceso terapéutico se caracteriza por la posibilidad de brindar atención a problemática psicológica diversa que presentan individuos, parejas, familias y/o grupos.

El trabajo se realiza en distintos escenarios clínicos con familias bajo supervisión. La formación académica contempla un programa teórico avanzado, con metodología cualitativa y la posibilidad de hacer investigación supervisada. Su objetivo es desarrollar en el estudiante competencias profesionales especializadas a través del sistema de supervisión en servicio durante dos años. Durante este periodo de tiempo el alumno conoce y aplica las modalidades de intervención de los modelos sistémicos, así como su evolución histórica desde el modelo estructural, comunicacional, estratégico, así como construccionistas, sus fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan.

Actualmente la UNAM ha capacitado a cuatro generaciones, de las cuales han egresado dos, tanto en la Facultad de Psicología como en la FES Iztacala. Cabe mencionar que todos mis compañeros de la segunda generación de la FES Iztacala incluyéndome, estamos ejerciendo la profesión en el ámbito clínico público y privado en el que nos preparamos durante la Maestría.

1.3 Principales Problemas que Presentan las Familias

Como se puede apreciar muchos de los problemas sociales y de salud que afectan al individuo tienen implícitas las relaciones o interrelaciones con otras personas como la familia. Sustentada en la Teoría de Sistemas, de Comunicación y Cibernética la psicoterapia familiar parte del supuesto de que los problemas psicológicos de las personas involucran a otras personas de su ambiente social o sistema interpersonal.

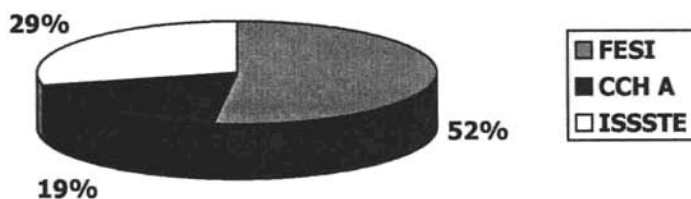
Durante la Residencia, los problemas por los que acudían a consulta las familias incluían en su mayoría a todos los miembros de su familia nuclear incluyendo la familia extensa. A lo largo de un período de dos años la problemática atendida era de carácter emocional, escolar, comunicacional, de relación, de salud (alcoholismo-farmacodependencia) en el que se involucraron varios subsistemas dentro la familia como el de los cónyuges, el de los padres, y de los hijos.

MOTIVOS DE CONSULTA Y SU PROBLEMÁTICA	
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR Y PROBLEMAS FAMILIARES	65
COMUNICACIÓN Y VIOLENCIA FAMILIAR	25
PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR	19
DEPRESIÓN Y CONFLICTOS DE PAREJA	19
CONFLICTOS DE PAREJA	16
ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS Y PROBLEMAS PARA RELACIONARSE	15
DEPRESIÓN	12
CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS (DROGAS-ALCOHOL)	11
AGRESIÓN Y REBELDÍA	10
INFIDELIDAD, CELOS Y DEPRESIÓN	8
DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO	8
DEPRESIÓN, MIEDOS E INSOMNIO	8
DEPRESIÓN Y ABUSO SEXUAL	6
ORIENTACIÓN Y APOYO FAMILIAR	3
IDEACIONES SUICIDAS	3

FAMILIAS ATENDIDAS

<i>ESCENARIOS CLÍNICOS</i>	<i>NÚMERO FAMILIAS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
FESI	110	52%
CCH A	40	19%
ISSSTE	62	29%

FAMILIAS ATENDIDAS



CUADRO DE FAMILIAS ATENDIDAS *

ESCENARIOS CLINICOS	NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO TERAPEUTICO	PROCESO TERAPEUTICO		NÚM. DE SESIONES	AVANCE TERAPEUTICO
				ALTA	BAJA		
FESI	ALVAREZ TRUJILLO	DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON SU HIJA	ESTRUCTURAL	✓		3	
	BONILLA BARRIOS	DIFICULTAD PARA RELACIONARSE MADRE E HIJA	ESTRUCTURAL Y ESTRATEGICO		⇒	3	LOS OBJETIVOS DE LA TERAPIA SE CUMPLIERON POSTERIORMENTE LA SRA. MANIFIESTÓ NECESITAR UN SERVICIO DE ÍNDOLE EDUCATIVO PARA SU HIJA POR LO QUE SUSPENDIÓ LA TERAPIA
	MARTÍNEZ CARRILLO	PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON SU EX ESPOSO	ESTRUCTURAL Y ESTRATEGICO		✓	3	SE LE LLAMÓ POR TELÉFONO PARA CONFIRMAR SU CITA, SIN EMBARGO, NO SE PRESENTÓ Y TUVO DOS FALTAS CONSECUTIVAS POSIBLEMENTE POR MOTIVOS DE SU HORARIO DE TRABAJO POR LO QUE SE DETERMINÓ DARLA DE BAJA DEL SERVICIO
CCH A	FUENTES VALLE	PROBLEMAS FAMILIARES Y ESCOLARES	MILÁN		⇒	2	AVISO POR TELÉFONO NO PODER ASISTIR MAS A TERAPIA POR INCOMPATIBILIDAD DEL HORARIO DE TERAPIA CON EL ESCOLAR.
ISSSTE	GONZÁLEZ VILLA	PROBLEMAS FAMILIARES	ESTRUCTURAL	✓		3	
FESI	ORTÍZ ARTEGA	ORIENTACIÓN Y APOYO FAMILIAR	ESTRUCTURAL		↳	7	ACTUALMENTE LA SRA. CONTINUA CON LA TERAPIA CADA MES EN LA CLINICA DE LA FESI.
	ROJAS GONZÁLEZ	ORIENTACIÓN EN LA CONDUCTA DE SU HUOS	ESTRUCTURAL Y SOLUCIONES		↳	7	SE CANALIZÓ A UN GRUPO DE EGRESADOS DE LA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR PORQUE LA SRA. MANIFIESTÓ NO PODER ASISTIR POR INCOMPATIBILIDAD DE HORARIO EN LA FESI
FESI SIN SUPERVISION	SANDOVAL ESCAMILLA	PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA EN LOS HIJOS	ESTRUCTURAL		⇒	7	LÍMITES DE INTERVENCIÓN CLÍNICA. IMPOSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA LA TERAPIA.
	VELÁZQUEZ CORONA	ORIENTACIÓN EN LA EDUCACIÓN DE SU NIETO	ESTRUCTURAL Y SOLUCIONES	✓		4	

* Los nombres y algunas de sus características han sido modificados con el fin de respetar el anonimato de las familias.

⇒ Suspensión de la terapia

↳ Canalización/ Seguimiento

2. Caracterización de la Entidad y las Sedes donde se Realiza el Trabajo Clínico.

2.1 Descripción de la Entidad y las Sedes participantes

CLÍNICA FAMILIAR FES IZTACALA



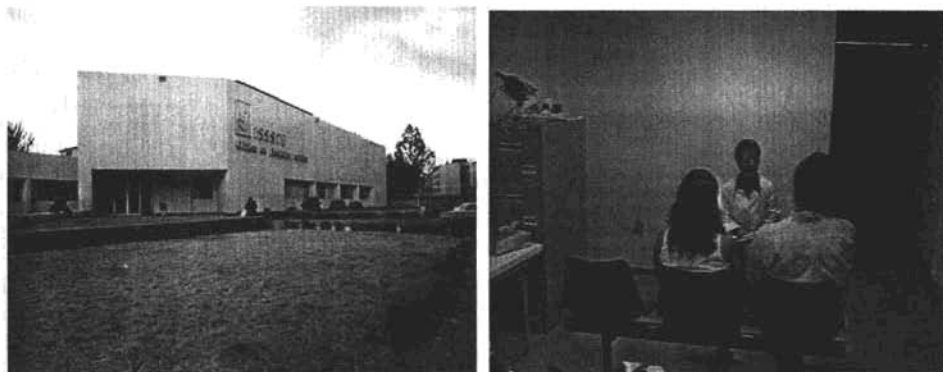
La clínica de Terapia Familiar ubicada dentro de la FES Iztacala da servicio durante el periodo escolar a la comunidad en general. Inició su servicio desde el año 2001 y ha formado actualmente a 4 generaciones de terapeutas familiares.

El servicio es de lunes a viernes en un horario de 8 a 20 hrs. El costo de la consulta es de \$50 pesos. Los pacientes son referidos a través de la Clínica Universitaria de Salud Integral, del servicio médico-psiquiátrico, de la Unidad de Evaluación Psicológica, de las escuelas que se ubican en la zona y por personas que ya han recibido el servicio. Los principales problemas que se atendieron fueron: problemas de comportamiento, reprobación, desobediencia y falta de atención, así como problemas de comunicación familiar.

Las supervisoras cuentan con grados académicos a nivel maestría y doctorado, con experiencia en la docencia y terapia familiar: Dra. María Suárez Castillo, Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky. Dra. Luz de Lourdes Eguluz Romo y Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda.

Dirección: Av. de los Barrios No. 1 Los Reyes Iztacala, Tlalnepanitla, Estado de México.
C.P. 54090. Tel. 56 23 12 39. Planta alta del Edificio de Endoperiondontología (anexo2)

CLÍNICA FAMILIAR DEL ISSSTE-CEYLAN



La Clínica Tlalnepantla del ISSSTE en Ceylán a través del Programa de Residencia y del Departamento de Psicología brinda su servicio en Terapia Familiar a las personas beneficiarias del seguro médico de la Institución desde el año 2001.

El servicio de consulta es el día jueves de 9 a 14 horas. Los pacientes son derivados a través del médico y otras sedes de la misma Institución. La psicóloga responsable del servicio es quien canaliza a los pacientes (derechohabientes) para consulta, los principales problemas que presentan son: depresión, relaciones familiares, problemas de conducta, violencia familiar y abuso.

Las supervisoras a cargo tienen el grado de maestría y amplia experiencia en docencia y en el área de terapia familiar: Mtra. María Rosario Espinosa Salcido y Mtra. Carmen Susana González Montoya.

Dirección

Xalapa 688, Valle Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México. Tel. 53 69 97 10 – 53 92 13 92
(anexo 3)

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES AZCAPOTZALCO



El Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco a través del departamento de psicopedagogía brinda servicio de psicoterapia desde el año 2002 a los alumnos del plantel, personal administrativo y docente.

El servicio de consulta es individual, de pareja y familiar en un horario de 8 a 14 horas los días martes. Los pacientes, durante el periodo de la Residencia, han presentado los siguientes motivos de consulta: bajo rendimiento y problemas familiares, depresión, suicidio, consumo de sustancias tóxicas (drogas, alcohol) y problemas de comunicación familiar.

La supervisora a cargo cuenta con grado de maestría y experiencia en el campo de la docencia y la terapia familiar: Mtra. Carolina González Rodríguez.

Dirección

Av. Aquiles Serdan No. 26, Colonia Unidad Habitacional el Rosario. Delegación Azcapotzalco. C.P. 2060 Tel. 53 18 55 34.

2.2 Análisis Sistémico de los Escenarios Clínicos

La práctica clínica supervisada de la Residencia en Terapia Familiar se llevó a cabo en tres escenarios clínicos como a continuación se describe:

En la FES Iztacala el servicio de terapia familiar es abierto a todo el público a diferencia del ISSSTE que sólo es para los derechohabientes o del CCH Azcapotzalco que es para los estudiantes y trabajadores del mismo. El trabajo se realiza dos veces por semana en el horario matutino y con un costo mínimo que es accesible para los pacientes. Las personas que llegan a solicitar el servicio son referidas a través de los médicos de la Clínica Universitaria de Salud Mental que se encuentra en el mismo plantel, por recomendación de otro usuario o de las escuelas de la zona.

El terapeuta en este escenario clínico es visto como el psicólogo o incluso el doctor que puede dar respuesta, solución o explicación a sus problemas. El trabajo terapéutico se enfoca a discutir y analizar las formas de intervención a futuro con la familia generando más ideas, formas de abordar el caso de acuerdo al modelo terapéutico y observaciones que ayudan a precisar nuestro trabajo.

La Clínica Tlalnepantla del ISSSTE Ceylán el carácter que se adquiere como terapeutas al brindar un servicio en una institución médica es ser considerados como parte del personal de salud al llamarnos doctores, pues además portábamos una bata blanca para dar consulta. Los pacientes que acudían a terapia eran canalizados por los médicos, la trabajadora social y la psicóloga.

Al igual que en la FES Iztacala y el CCH Azcapotzalco, el servicio se interrumpe por las vacaciones escolares durante dos periodos en los que se termina el semestre escolar y los casos clínicos que no han concluido tienen un seguimiento, aún cuando no han terminado las clases pues el servicio aquí es de forma ininterrumpida.

Las consultas son una vez por semana, de forma continua y únicamente por las mañanas; cuando por alguna circunstancia no asistía uno de los pacientes, el terapeuta preparaba el

caso clínico para exponerlo a los compañeros como una variante del proceso de enseñanza-aprendizaje de este ámbito, y a través del análisis, discusión y secuencia del caso se generaban ideas y formas de intervención para el mismo lo cual resultó ser una experiencia enriquecedora para todos los terapeutas.

En el CCH Azcapotzalco las consultas son una vez por semana y sólo por las mañanas. Los pacientes que acudían a consulta durante mi estancia en este escenario eran principalmente los estudiantes por medio del departamento de psicopedagogía aunque también asistía personal docente y administrativo. Considero que al brindar nuestro servicio éramos para el usuario, psicólogos o terapeutas con un grupo de trabajo que nos respaldaba y que estaba a la vista de ellos.

A diferencia del ISSSTE, aquí no había un diagnóstico previo, únicamente el motivo de consulta y aunque su asistencia en ocasiones era impedida por su horario o trabajo escolar, el tiempo se destinaba al trabajo personal del terapeuta con el análisis de su genograma en el que se identificaban aquellos aspectos de índole familiar que podían beneficiar u obstaculizar nuestra labor como clínicos. Esto dio una nueva visión de nuestra persona dentro del núcleo familiar y profesional.

Al igual que en la FES Iztacala y el ISSSTE los pacientes que no concluían la terapia en el periodo semestral tenían un seguimiento, considerándose el periodo vacacional en el que la institución permanecía cerrada. A diferencia de los otros escenarios sólo en la FES se hace un pago mínimo por la consulta, mientras que en los otros escenarios no se realiza por ser derechohabiente del ISSSTE y porque es para las personas que tienen relación de trabajo o de estudio en el CCH.

A través de la experiencia en cada escenario logré conocer de manera diferente el contexto clínico. En las clínicas de Terapia Familiar de la FES Iztacala y el ISSSTE el espacio en el que se realizaban las consultas tienen un ambiente formal, lo que como terapeuta me dio la certeza de estar apoyada por la institución al dar las facilidades de espacio y tiempo para la

consulta y por los profesionales de la salud próximos a la clínica o al servicio de terapia quienes referían algunos pacientes confiando en nuestro trabajo profesional.

Por su parte en el CCH Azcapotzalco el espacio en el que nos encontrábamos no permitía ofrecerle al paciente un espacio físico en el que normalmente se desarrolla la terapia por estar cerca las aulas de clases, los alumnos, un lugar en el que otras personas tenían acceso, lo que en ocasiones incomodaba a los terapeutas y pacientes, sin embargo, teníamos la comprensión de estos últimos dadas las circunstancias. No obstante, estas condiciones mejoraron al finalizar el periodo de servicio en donde tuvimos la oportunidad de tener un espacio adecuado.

Esto me ayudó a conocer el ambiente institucional y las normas bajo las que se maneja el servicio y a reconocer la importancia que tiene para el paciente y el terapeuta un espacio para que la consulta se pueda efectuar adecuadamente.

2.3 Explicación del Trabajo y Secuencia de Participación en los Distintos Escenarios Clínicos

En la práctica supervisada, durante el primer semestre, el equipo de residentes se dividió en dos grupos para insertarse en los diferentes espacios clínicos y actuar como observadores de las familias y del contexto terapéutico. El cuadro refiere los grupos y secuencia de participación durante la Residencia.

	1ER. SEMESTRE	2DO.SEMESTRE	3ER.SEMESTRE	4TO.SEMESTRE
GRUPO 1	CLINICA FES IZTACALA *	CCH AZCAPOTZALCO ISSSTE-CEYLAN	CLINICA FES IZTACALA*	CCH AZCAPOTZALCO ISSSTE-CEYLAN
GRUPO 2	CCH AZCAPOTZALCO ISSSTE-CEYLAN*	CLINICA FES IZTACAŁA	CCH AZCAPOTZALCO ISSSTE-CEYLAN*	CLINICA FES IZTACALA
* Participación entre alumnos del primer y tercer semestre.				

Posteriormente en el segundo y tercer semestre se atendió a dos familias que presentan una problemática particular. En el cuarto semestre además de las dos familias que se le asignan

al terapeuta, atiende a una más bajo la modalidad de supervisión de equipo directa sin la presencia de un supervisor.

En el inicio del trabajo terapéutico que se realiza con los pacientes en todos los espacios clínicos es por medio de una entrevista telefónica para obtener información general sobre la familia. A través de este medio se les informa que las sesiones son video-grabadas con el fin de analizarlas detenidamente, respetando la confidencialidad de la familia. También se les explica que además del terapeuta responsable del caso hay otros terapeutas presentes quienes a través de su experiencia con familias y observaciones durante la sesión ayudan a ofrecerles un mejor servicio. Posteriormente, en la primera sesión los pacientes firman un escrito en el que autorizan esta forma de trabajo.

Así mismo, se les informa el horario, duración de la sesión, el momento en el que el terapeuta consulta al equipo terapéutico y las llamadas vía telefónica. Además se les menciona la norma de que dos faltas consecutivas sin previo aviso es motivo para pasar a una lista de espera para volver a recibir el servicio.

En el trabajo de supervisión con familias el residente realiza actas de sesión que resumen de manera clara y objetiva las intervenciones del terapeuta y del equipo. Éstas se revisan en los distintos momentos del proceso terapéutico. La pre-sesión es el momento previo al inicio de sesión; aquí se informa al equipo sobre la familia, antecedentes familiares, así como del motivo de consulta. Durante la sesión se discuten y analizan las posibles intervenciones y le son transmitidas al terapeuta. Posteriormente hay un momento en donde el terapeuta se reúne con el equipo y analizan la información referida en la sesión para después comunicarle a la familia nuestras reflexiones. En la post-sesión el terapeuta platica con el equipo sobre el caso, el impacto de la comunicación que se realiza al cierre de la sesión a la familia y se discuten las posibles líneas de intervención, así como nuestro desempeño.

II. Marco Teórico

1. Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

1.1 Terapias Sistémicas

A lo largo de la historia, la psicoterapia ha evolucionado desde la aproximación conceptual del individuo, hasta las personas que participan en ella. Esto obedece a diferentes concepciones de la realidad, paradigmas y modelos, sin embargo, en ocasiones resultan insuficientes para dar respuesta a un mismo evento por lo que aparecen otras formas de concebir la realidad y por ende del individuo con aplicaciones prácticas en el campo de la psicoterapia.

Cada paradigma representa una realización científica que generalmente es universalmente reconocida durante un período, proporciona un modelo de solución sobre ciertos problemas a una comunidad científica y cuyo cambio se da a partir de la epistemología. Ésta es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo (Ceberio y Watzlawick, 1998).

La terapia familiar ha aportado una epistemología que rompe con la tradicional o lineal y se dirige hacia una epistemología circular. La primera es concebida dentro del campo de la salud mental donde psiquiatras y psicoanalistas dan explicaciones en términos históricos y causales del padecimiento o la enfermedad del individuo, mientras que en la segunda se pone énfasis en la ecología, la relación y los sistemas totales.

Uno de los principales pioneros de la epistemología circular fue Gregory Bateson quien vio la necesidad de tener un nuevo lenguaje descriptivo para decir lo que estaba ocurriendo en el mundo vivo, en donde los elementos de un proceso determinado avanzan juntos (Ceberio y Watzlawick, 1998)

Bajo esta premisa, la teoría sistémica se diferencia de las demás formas de abordar la realidad, al hacer énfasis en la circularidad y también en la recurrencia como la guía del pensamiento y el conocer la realidad de una manera diferente.

Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas representa un nuevo paradigma cuyo precursor es Ludwin Von Bertalanffy, nació en 1901 en Viena, quien estudio biología. Él dio estructura a la Teoría General de los Sistemas alrededor de 1947, también hubo otros investigadores que hacían referencia al tema como Wertheimer con las totalidades organizadas, las investigaciones sobre el fenómeno phi y las Gestalten físicas de Kôhler, Lotka con el concepto general de los sistemas y la teoría del campo por Lewin (Bertalanffy, 1998)

Con las ideas del biólogo-matemático Anatol Rapoport, Kenneth Boulding, el fisiólogo Ralph Gerard logran generar una nueva alternativa para las investigaciones científica bajo las siguientes funciones:

1. Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y fomentar provechosas transferencias de un campo a otro. Para encontrar la uniformidad en el esquema que se aplica.
2. Estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos.
3. Minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos.
4. Promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas permitiendo el intercambio de conocimientos entre científicos concibiendo a la ciencia hacia una totalidad (Bertalanffy, 1998, p. 13,14).

La Teoría General de los sistemas explica los fenómenos que ocurren en la realidad de otra forma; deja de lado los reduccionismos y la concibe como una totalidad, lo cual fue bien aceptado en el campo científico.

El concepto de sistema tiene un papel importante al hacer hincapié en los elementos o personas relacionadas entre sí como una unidad. En el contexto terapéutico, el sistema en la familia se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí que forma una unidad frente al medio externo. De este concepto distingue el sistema abierto y el cerrado, en donde el medio ambiente tiene un papel fundamental. Según Hally Fajen (1956, p.118 citado en Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997) "...el medio es el conjunto de todos los objetos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son modificados por la conducta del sistema..."

Esto lleva a considerar que si bien el sistema es un conjunto de elementos en relación, el medio puede ser parte de éste, sin embargo, es evidente que cualquier sistema puede ser dividido en subsistemas y el medio puede formar parte de éste como otro sistema.

Con respecto a los sistemas abiertos y cerrados, los primeros tienen o mantienen un intercambio de energía o información con el medio mientras que los segundos no hay intercambio de ninguna forma, los cuales quedan dentro del campo de la física y la química.

Así tenemos que la familia es un sistema abierto constituida por unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción y en constante intercambio con el exterior.

Uno de los principales conceptos que caracterizan a los sistemas abiertos es el de totalidad, que es el cambio en uno de los elementos del sistema provocando un cambio en los demás elementos y por lo tanto en el sistema total. Así, que el sistema se comporta como un todo y no como elementos independientes pues están en mutua relación. Ochoa (1995), señala que la conducta del sistema familiar no puede ser entendida como la suma de las conductas de sus miembros, sino que hay que considerar la relación entre ellos y su totalidad.

Otra propiedad del sistema es el concepto de Sinergia, la cual indica que no se puede examinar de manera aislada uno de sus elementos, pues no explica ni predice el

comportamiento de todo el sistema y por lo tanto la suma de las partes es distinta al todo. Cualquier evaluación debe centrarse en la interacción de los diversos componentes pues el sistema es una totalidad. En la familia no se ha de considerar el comportamiento de uno de sus miembros para explicar lo que ocurre al otro sino la relación entre sus miembros.

Un elemento del cual se vale para denotar la realidad es el concepto de recursividad que explica cómo un sistema se vincula con otros sistemas de tal forma que se puede considerar al primero como suprasistema que contiene al subsistema pero cada uno con una sinergia propia. En éstos hay una diferencia progresiva, un orden jerárquico que va de lo simple a lo complejo. En la familia hay una jerarquía en la organización del sistema familiar de tal forma que unas personas tienen más poder y responsabilidad para decidir que es lo que se ha de hacer, función que generalmente ejercen los padres (Bertalanffy, 1998)

Otro elemento es el de equifinalidad que explica que independientemente del punto de partida el sistema, éste alcanza o logra el mismo resultado. La estabilidad de los sistemas abiertos se caracteriza por el principio de equifinalidad, esto es, en contraste con los estados de equilibrio de los sistemas cerrados, que están determinados por las condiciones iniciales, el sistema abierto puede alcanzar un estado independientemente del tiempo y también de las condiciones iniciales y determinado por las condiciones del sistema (Bertalanffy, 1950, citado en Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989)

La equicausalidad por su parte indica que una misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. En terapia familiar el terapeuta bajo esta propiedad ha de centrarse en el presente sin la necesidad de buscar la causa del problema en el pasado, por lo tanto ha de buscar factores presentes que contribuyan a mantener los problemas (Ochoa, 1995).

Otro concepto es el de homeostasis, fue introducido por el fisiólogo Walter B. Cannon para explicar la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo, aunque también es conocida como morfostasis y hace referencia en términos sistémicos a la tendencia de mantener la unidad y el equilibrio frente al medio, de tal forma que un cambio

en un miembro se relaciona con el cambio en otro, por lo tanto, el cambio aparece como una forma de mantener o restaurar el equilibrio en el sistema (Ochoa, 1995).

La retroalimentación o feedback se refiere a una circularidad, en tanto que un hecho por ejemplo, A le sigue B y así sucesivamente a tal grado que al llegar al hecho B este regresa al hecho A, situación que no se consideraría desde el punto de vista lineal en el que A sigue B, luego C, D, E, etc. Según Watzlawick, Beavin y Jackson, (1989) en el sistema familiar la conducta de cada persona afecta a la de las otras y viceversa, la entrada al sistema puede promover el cambio o ser contrarestanda para mantener la estabilidad según sea la retroalimentación positiva y negativa.

En la retroalimentación negativa la información que entra se utiliza para disminuir la desviación de la salida con respecto a una norma, mientras que en la retroalimentación positiva la información se utiliza para aumentar la desviación de salida y es positiva porque tiende hacia la inmovilidad o la desorganización.

En la familia la retroalimentación actúa sobre las acciones de los miembros o del medio y las modifica, así como unos sistemas familiares pueden soportar el cambio en otros son incapaces de hacerlo.

Teoría Cibernética

Paralelamente a la Teoría General de Sistemas aparece la Cibernética cuyo precursor fue Norbert Wiener, quien nació en los Estados Unidos en 1894, fue matemático y doctor en filosofía. Comienza a desarrollar su teoría a partir de su interés por la relaciones entre el hombre y la máquina, factores predominantes durante la época que vivió y que fue uno de las primeras aproximaciones para desarrollar lo que sería la cibernética. A finales de la segunda Guerra Mundial en 1948, escribe el libro titulado Cibernética en el que comienza a considerar la reformulación de los problemas sociales y biológicos a partir del cambio en los sistemas de comunicación mediante las matemáticas y la ingeniería, con lo que empezaría a cambiar la concepción del mundo.

Para Wiener (citado en Ceberio y Watzlawick, 1998), la Cibernética es la ciencia de la comunicación entre el hombre y la máquina. Etimológicamente deriva del griego que significa el arte del timonel o el arte de gobernar. Para Keeney (1991), la Cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías.

De esta forma, la Cibernética se ocupa tanto del ser humano como de las máquinas. Se fundamenta en la segunda ley de la termodinámica cuya idea central es que existe una pauta que organiza los procesos físicos y mentales, lo cual alude tanto al hombre como a la máquina.

Aparece en 1943 en el artículo de “Conducta, Finalizada y Teleología” de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, en el que desarrollan los conceptos de finalidad e intencionalidad y en el artículo de “Cálculo Lógico Infinitesimal” de Watten McCulloch y Walters Pitts que aportaron ideas sobre la actividad nerviosa, la clase de funciones que todo cerebro debe computar a fin de percibir y describir lo que es perceptible y describable (Keeney, 1991).

Uno de los propósitos de la Cibernética era generar el lenguaje tanto para las máquinas como para la comunicación que le permitiera resolver los problemas de ésta y crear un repertorio de ideas y conceptos para su clasificación. Es importante señalar que la máquina está implicada en el objeto de estudio e ideas precursoras de esta ciencia porque es más que una lista de partes, designa una particular forma de organización de sus componentes, la pauta de organización no hace referencia a la naturaleza de los elementos que la componen, constituye una pauta que está corporizada en algún equipo o soporte material (Keeney, 1991).

De la teoría Cibernética se desprenden algunos de los conceptos utilizados por la Teoría General de los Sistemas como el de Homeostasis. A principios del siglo XX Bernard había observado el isomorfismo entre la regulación de la máquina de vapor y los organismos, frente a cambios internos o externos que podrían alterar su metabolismo, había sustancias

que permanecían estables con lo que postuló la idea de Estabilidad del medio interno como elemento fundamental para la vida, pero fue Canon el que introdujo el término de homeostasis para hablar de la tendencia de mantener este equilibrio o estabilidad interna mediante mecanismos reguladores complejos como la temperatura del cuerpo o la regulación de la azúcar en la sangre, entre otros (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Con la retroalimentación se analizó el comportamiento, las relaciones observables, las entradas y salidas tomando en cuenta las propiedades internas de la caja negra. Y con dicho término se afirmó que podía explicación al comportamiento intencional, de hecho este concepto es un elemento importante de la comunicación que alude a la comunicación de retorno como esencia de la interacción (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Wiener (citado en Ceberio y Watzlawick, 1998), define a la retroalimentación como un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño pasado. Si los resultados son utilizados para evaluar al sistema y su regulación, es la retroalimentación simple de la técnica de control, pero si modifica su método general y su pauta de desempeño actual entonces es aprendizaje.

La homeostasis por su parte, fue definido por Maruyana como morfogénesis que se refiere a la propiedad de los sistema por ser permeables al entorno actuando con flexibilidad frente a situaciones de crisis, modificarse y acomodarse a la nueva situación. Hay sistemas que contrarrestan la desviación de la energía y otros que la amplían. Cuando se contrarresta la desviación se habla de negentropía y cuando se amplía es entropía (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Maruyana (1968, citado en Ceberio y Watzlawick, 1998), menciona que en la amplificación de la energía corresponde a dos tipos de retroalimentación diferente como si fueran dos tipologías de sistemas: "...los que contrarrestan la desviación son conducidos por un tipo de retroalimentación negativa que genera homeostasis en el circuito. En aquellos que amplían la desviación, la retroalimentación es positiva, produciendo homeodinamia en el sistema..." (p.50). Esto lleva hacia la estabilidad y el cambio que en la terapia las familia

pueden estar orientada al cambio o ser homeostática o tener una combinación de los dos procesos.

De acuerdo con lo anterior, mientras que en la retroalimentación se genera una intensificación de la desviación de la energía habrá un descontrol en el sistema y se generará lo que Bateson llamó Esquimogenesis, ya que produce tal tensión que fragmenta el sistema destruyéndolo.

El que se dé la estabilidad y el cambio depende de diferentes órdenes de retroalimentación, por un lado puede llevar al éxito o fracaso de una acción sencilla y por otro lado en un nivel más alto puede responder a una modalidad de conducta que hace que el organismo cambie su planificación estratégica de una acción futura. (Keeney, 1991 y Ceberio y Watzlawick, 1998).

En términos terapéuticos conocer y ser capaz de distinguir esta retroalimentación simple es lo que mantiene el problema del cliente, mientras que, en un orden superior se refiere a una explicación que incluye al terapeuta como facilitador del cambio pero inserto en el sistema. Esto finalmente lleva una concepción diferente, ya que en un principio la ingeniería cibernética consideraba las cajas negras como un sistema de entrada y salida aludiendo a un orden recursivo y el observador afuera con el fin de controlar o manipular el sistema. Keeney (1991), menciona que en el orden superior el terapeuta o el observador forman parte y están sujetos a las restricciones de su retroalimentación y por lo tanto no tienen control de los mismos sino que facilitan o bloquean lo que se ha de auto corregir.

Esta nueva propuesta modifica sustancialmente la idea de la Cibernética a lo que Margaret Med (1968, citado en Keeney, 1991) llamó la Cibernética de la Cibernética para señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema que bajo esta perspectiva se incluyen los conceptos de auto referencia y autonomía.

El primero se refiere a que toda descripción hecha por el observador es auto referencial, es decir, que desde lo que el observador ve también habla de sí mismo, y es importante

considerar cómo participa el observador en lo observado. Mientras que la autonomía se refiere a la capacidad que tiene el propio sistema para organizarse así mismo de tal forma que permanece cerrado al medio, pero dentro hay una red de lazos interconectados de retroalimentación que obedecen por lo tanto a un orden alto de la misma.

Teoría de la Comunicación

La teoría de la comunicación también tiene un papel importante dentro de la terapia familiar, sin embargo, dado que es muy amplia sólo se mencionaran algunas propiedades simples de la comunicación.

De acuerdo con Watzlawick, Beavin, Jackson (1997), uno de los principales elementos que caracterizan la comunicación es el axioma que se refiere a que toda actividad o inactividad, palabras o silencio tiene el valor de mensaje, influye en las personas que están a su alrededor y por lo tanto, también se comunican. Es decir, es imposible no comunicar. Por ejemplo en terapia la ausencia de alguno de los miembros puede estar comunicando su desinterés o falta de tiempo para resolver el problema y por el contrario su presencia su interés o necesidad de aclarar, informar, resolver, entre muchas otras posibilidades.

El segundo axioma se refiere a que toda comunicación tiene un aspecto de contenido, es decir, aquello que se comunica y un aspecto relacional, que es la relación que se establece entre lo comunicantes. El primero transmite el mensaje mientras que el segundo cómo se ha de entender la comunicación. Por ejemplo el esposo que le dice a su esposa: "puedes ayudar a tu hijo", éste contenido obedece a una orden o un favor, y en el aspecto relacional puede referirse a una relación de apoyo o cooperación.

Otro axioma de la comunicación es la interacción entre los comunicantes. Bateson y Jackson llamaron a esto la puntuación de la secuencia de hechos, que indica que en una secuencia prolongada de intercambios cada participante puntúa la secuencia de tal forma que organizan los hechos de la conducta y a su vez saben quien tiene la iniciativa, predominio o dependencia. En una familia los hijos ya casados que viven con los padres

puede ser para los primeros como muestra de apoyo mientras obtienen mejores ingresos y un hogar propio, mientras que para los padres puede representar un problema por la reducción de espacios y el aumento de los gastos del hogar.

También la comunicación puede ser analógica y digital. La primera se refiere a la comunicación no verbal incluyendo movimientos corporales, postura, gestos, expresión facial, inflexión de la voz, secuencia, ritmo y la cadencia de las palabras. Mientras que la comunicación digital es un lenguaje que se caracteriza principalmente de signos, los logros de la civilización se han dado mediante este tipo de lenguaje. La comunicación, por ejemplo, en una pareja de padres divorciados que se sientan a distancia, la desaprobación con el movimiento de la cabeza cuando habla el otro, entre otros.

Es importante señalar que en toda comunicación hay una interacción simétrica o complementaria, es decir, las relaciones que se basan en la igualdad y la diferencia. En una interacción simétrica las personas igualan su conducta, por ejemplo, siendo ambos buenos o malos. Mientras que en la interacción complementaria uno de los participantes complementa al otro ocupando posiciones distintas, por ejemplo, bueno-malo, fuerte-débil. En una familia la madre puede ser débil para poner una orden, mientras que el padre puede ser el fuerte al ordenar por medio del tono de voz o con la mirada, siendo ambos complementarios en la relación.

En la interacción humana estos axiomas pueden llegar a implicar cierta psicopatología en los individuos y por lo tanto en las relaciones familiares. Watzlawick, et. al. (1997) estudiaron el papel de paradoja la cual definieron como "...una contradicción que resulta de la deducción correcta a partir de premisas congruentes... (p.173)."

Distinguieron, diferentes tipos de paradojas como la lógica-matemática, semántica y pragmática, siendo esta última la de mayor interés por sus consecuencias en la interacción humana. Bateson y sus colegas al estudiar el fenómeno de la comunicación en la esquizofrenia, postularon e identificaron ciertas características esenciales de tal interacción, creando el término de doble vínculo, que se refiere a un mensaje que esta estructurado de

tal modo que sus afirmaciones son mutuamente excluyentes, es una instrucción contradictoria, que al elegir una se pierde o se sufre con la otra (Watzlawick, et. al. 1997).

Es así como la teoría bajo la cual se fundamenta la terapia familiar tiene sus bases principalmente en la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación las cuales proveen de elementos que permiten entender y conocer el origen de esta nueva propuesta bajo la cual se da la terapia de familiar y que además da una concepción diferente de la realidad.

De esta manera concebir a la familia y dar respuesta no sólo a los problemas que puedan presentarse en ella de una manera diferente es uno de los propósitos del nuevo paradigma encaminados también hacia el campo científico como una forma de concebir los eventos en términos de totalidad y donde la comunicación entre las diversas ciencias se haga presente.

1.1.1 Modelo de Terapia Estructural

Salvador Minuchin es uno de los precursores del Modelo Estructural cuyo marco contextual se instrumenta bajo la teoría de los Sistemas y la Cibernética. Especializado en Nueva York como psicoanalista, realizó muchos trabajos en Israel donde comprendió la importancia de trabajar en terapia conjunta con la familia. Fue (entre 1965 y 1970) desarrollando su trabajo como director en la Clínica de Orientación Infantil en Filadelfia que crea el enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar con su equipo de colaboradores entre los que se encontraba Braulio Montalvo y Jay Haley (Sánchez, 2000).

En este enfoque “La familia es considerada como un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia” (Minuchin, 1999 p.27).

La familia a su vez, tiene una estructura que se define como una serie invisible de demandas funcionales que organizan la manera en la que sus miembros interactúan. A lo

largo del tiempo la familia crea pautas de interacción que regulan la conducta de sus miembros y establecen de qué manera cuándo y con quién relacionarse. (Minuchin 1999, y Sánchez, 2000). Además desempeña y realiza funciones a través de diversos holones o subsistemas como el individual, conyugal, parental y fraterno.

Los principales conceptos que caracterizan el Modelo de la Terapia Estructural son los límites, coaliciones, alianzas, jerarquía, geografía y el territorio los cuales se mencionan a continuación:

- Límite o frontera: es una barrera invisible que identifica a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos; su función es proteger la interferencia por parte de otros subsistemas. Estos pueden ser rígidos, claros o difusos (Minuchin, 1999).

- ❖ Los límites claros: permiten la inclusión y exclusión de los miembros de los subsistemas, son firmes, pero también, flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. Para Minuchin, una familia bien organizada tendrá límites claramente marcados tanto en el sistema conyugal, parental, así como en el de hermanos.

- ❖ Límites rígidos: son restrictivos y permiten poco contacto entre los subsistemas produciendo personas y subsistemas muy aislados e incommunicados. por otro lado permiten la independencia, crecimiento y autonomía.

- ❖ Límites difusos: se caracterizan por tener alto grado de apoyo mutuo entre los miembros de los subsistemas, son dependientes unos de otros, pero donde la independencia y la autonomía no existen.

- Coalición: dos personas de diferente generación tienen una relación muy unida en contra de un tercero, por ejemplo madre-hijo en contra del padre, es oculta.
- Alianza: unión de dos miembros de la familia para obtener un beneficio o proveer un soporte emocional o físico.
- Jerarquía: hace referencia al poder que tiene uno de los miembros de la familia sobre los demás.
- Geografía: distribución del espacio físico que cada miembro ocupa dentro del sistema familiar.
- Territorio: distribución emocional de los individuos, puede ser periférica o central. La primera señala que un individuo se encuentra aislado del sistema familiar, poco o relacionado con ésta. La segunda indica que una persona tiene toda la atención de los demás miembros de la familia.

En suma, es una terapia de acción cuyo objetivo terapéutico va encaminado a la transformación de su estructura y a modificar su funcionamiento para que pueda desarrollar tareas con mayor eficacia y considerando las propiedades de autoperpetuación, una vez que se inicia este proceso será mantenido aún en ausencia del terapeuta.

El terapeuta, al entrar en proceso terapéutico con la familia debe llegar al acuerdo sobre qué quiere lograr en la terapia y con esta proponer la meta estructural que consistirá en disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. Es importante señalar que aunque el objetivo de la terapia estructural es reestructurar el sistema para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa debe hacerlo en la medida en que la familia lo permita o lo resista.

Aquí se concibe el síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo y que mantiene la homeostasis del sistema familiar. En el proceso terapéutico se parte de una hipótesis basada en el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continúa poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia (Ochoa, 1995).

Lo que el terapeuta evalúa a través de la terapia es el momento del ciclo vital en el que se encuentra la familia y sus funciones, las interacciones que sus integrantes tienen durante la entrevista, las alianzas y coaliciones familiares, los problemas de jerárquica, el tipo de límites intra y extrafamiliares, las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio, las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar y la forma en la que el síntoma es aprovechado por el sistema para mantener sus pautas transaccionales.

La técnica según Minuchin (1999, p. 76) “es la vía para alcanzar el cambio pero lo que determina el rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio”. Es importante mencionar que el terapeuta actúa como intruso activo que cambia el campo del sistema con su sola presencia, reestructura el sistema de relación y altera el contexto que supuestamente alimenta el síntoma.

Las técnicas terapéuticas tienen como finalidad promover el cambio enfatizando el cuestionamiento de la organización familiar bajo diferentes formas como: cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad. En el cuestionamiento del síntoma se parte de la idea de que el problema no reside en una sola persona sino en las pautas de interacción y su fin es reencuadrar la idea que tiene la familia del problema bajo las técnicas de escenificación, enfoque e intensidad.

El cuestionamiento de la estructura tiene como fin cambiar la estructura de acuerdo al subsistema y etapa de ciclo vital correspondiente; las técnicas para hacerlo son: fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad.

Y el cuestionamiento de la realidad hace énfasis en modificar la visión de la realidad familiar por la que los miembros de la familia se organizan, las técnicas utilizadas son: las construcciones, las paradojas y los lados fuertes.

1.1.2 Modelo de Terapia Estratégica

La terapia familiar estratégica surgió a partir de la terapia de Milton Erickson y del examen del poder en las relaciones entre terapeuta y cliente y entre los integrantes de una familia. Las diversas estrategias de psicoterapia fueron creadas con el objeto de utilizar este poder para producir cambios.

Para Haley (1976, citado en Madanes, 1982), los sistemas patológicos como se pueden observar en la familia se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente; agrega que una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional.

El problema bajo este enfoque se define como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas abarcando no menos de dos personas y habitualmente tres, a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario. Por lo común, el cambio se planea en etapas, de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, y luego otros más hasta que toda la situación cambie (Madianes, 1982).

Por su forma de conceptualizar un problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico. Se da por hecho que analógicamente o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución para todos los que tienen que ver con él. El foco de la

terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas. Es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes. Pero ante todo es impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

Así el terapeuta bajo este enfoque asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente, establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. De esta manera las intervenciones están dirigidas a que se involucre o deje de hacerlo, conecte o desconecte a varios miembros entre sí, y a que actúen sobre la reducción de los síntomas desde las primeras sesiones (Madanes 1982, Nardone y Watzlawick, 1992)

Las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. También se usan para reunir información observando cómo responde cada cual a las instrucciones. Las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica y pueden ser directas, metafóricas y paradójicas

Otro recurso que al igual que las otras técnicas está destinadas a provocar un cambio en el sistema es la ordalía; es una experiencia voluntaria y beneficiosa para la persona que se somete a ella pero no necesariamente para quien la impone, salvo en lo respecta a la satisfacción que produce haber ayudado alguien que desea cambiar.

En esta técnica resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta: consiste en imponer una ordalía adecuada al problema que desea cambiar y, a la vez, más severa que el problema. El requisito principal es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Y considera que beneficie a la persona, que sea algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas, no debe causar daño al sujeto ni a ninguna otra persona. Está cuidadosamente diseñada para una persona o familia en particular y

también pueden ser directas, paradójicas o incluso el propio terapeuta puede utilizarse como un tipo de ordalía.

1.1.3 Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas

El Mental Research Institute es un equipo de trabajo que se formó en marzo de 1959 con Jackson junto a Riskin y Satir, además de Haley y Weakland. Hacia finales del 1959 se incorporó al equipo Paul Watzlawick, quien poco tiempo después se convertiría en símbolo de las ideas del MRI.

Este grupo desarrolló lo que hoy se conoce como el Modelo de Palo Alto, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio. Su interés es activamente un cambio en los consultantes, fijando arbitrariamente un límite al número de sesiones (fijadas en 10). Al mismo tiempo, decidieron atender a todos los consultantes en la cámara Gessell (hecho que hoy puede parecer bastante natural, pero que para aquellos días era algo novedoso). A partir de la discusión de estos casos clínicos surgieron los trabajos más importantes del grupo.

La Terapia Breve desarrollada por el equipo del MRI se originó a partir de una investigación que intentaba precisar y sistematizar las condiciones que conducen a las personas a cambiar. Junto con las ideas de la terapia estratégica de Milton Erickson y de la Terapia Familiar de Jackson aportaron al Centro de Terapia Breve unas técnicas para abordar el proceso de cambio (Wittezaele y García, 1994).

Los principios básicos de la Terapia Breve se basan en el proceso y mantenimiento de los problemas psicológicos y la forma en la que pueden ser resueltos así como en los intentos de solución que las personas realizan para lograr el cambio.

Esta idea del cambio se sustenta en la Teoría de los Grupos y los Tipos Lógicos. Estas dos teorías hacen referencia al Cambio la Teoría de los Grupos y sus propiedades al decir que permanece inmodificable y la Teoría de Los Tipos Lógicos a la modificación de todo el sistema. Watzlawick, Weakland y Fisch (1999), mencionan que la Teoría de los Grupos

Lógicos es un cambio de tipo I pues cualquier cosa que se haga para resolver una situación da el mismo caso, mientras que en la Teoría de los Tipos Lógicos es un cambio de tipo II pues lo que se haga transforma la situación o al sistema completamente.

En Terapia Breve Centrada en Problemas según Fisch, Weakland y Segal (1999), el rol que juega el terapeuta está definido bajo su capacidad de maniobra con el cliente, es decir, ha de actuar como lo juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento; él tiene la dirección y la responsabilidad sobre sí mismo. Para realizar esto se vale de los siguientes medios:

- Oportunidad y ritmo para saber en qué momento utilizar o abandonar una estrategia cuando ésta no funcione.
- Tiempo necesario para planear e intervenir con el paciente sin apresurarse o sin presiones.
- Uso del lenguaje condicional al poner en práctica una estrategia sin dar por hecho lo que quiere implementar, utilizando las siguientes frases: tal vez, quizás, probablemente, etc.
- Asumir una postura fluida y no comprometida para que el paciente la asuma.
- Adoptar una actitud igualitaria para ser más influyente con el cliente.
- Tener capacidad para decidir si las sesiones serán individuales y conjuntas.
- Tener capacidad de maniobra con pacientes difíciles por coacción.

Planificar la terapia de acuerdo con Fisch, et. al, (1999) es un aspecto importante porque de ello depende el éxito del tratamiento, para hacerlo el terapeuta debe de tener en cuenta los siguientes elementos:

- Comprender claramente la dolencia de la persona.
- Comprender de manera completa y exacta de los intentos de solución.
- Decidir que cosas de las que ha realizado la persona hay que evitar.
- Formular estrategias que lleven a la persona hacia otra dirección en relación a lo que ha estado haciendo con el problema.

- Formular tácticas concretas; aquí el terapeuta sugerirá o recomendará aquello que resulte más fácil de llevar a cabo impidiendo la solución intentada por la persona dentro del contexto en el que se plantea el problema.
- Encuadrar la sugerencia en un contexto, es decir, “vender” la tarea, para que el cliente lleve a cabo lo que le dice el terapeuta, por lo que la formulará utilizando el marco de referencia del cliente, considerando los aspectos mencionados en la postura.
- Formular objetivos y evaluar el resultado. El objetivo a lo largo del tratamiento se basa en la queja del cliente y es necesario que las sugerencias estén enfocadas a disminuir el problema; para eso es necesario tomar en cuenta los siguientes puntos:
 1. Determinar un objetivo concreto de conducta específica incompatible con el problema constatándola a través de un sí o un no.
 2. Preguntar al cliente qué ha sucedido para que se de el cambio.
 3. Redefinición del cliente, donde demuestre que ya no considera el problema como problema.
- Para saber que el objetivo de la terapia se logró o se está logrando un indicador son las declaraciones del cliente respecto a sentirse satisfecho por los resultados alcanzados.

Las intervenciones que realiza tienen la finalidad de interrumpir la solución que el cliente ha intentado. Están formadas por cinco intentos básicos de solución como:

- Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo,
- Intento de dominar un acontecimiento aplazándolo,
- Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición,
- Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación
- La confirmación de las sospechas del acusado mediante la autodefensa.

Otro tipo de intervenciones se refiere a situaciones que pueden presentarse en la consulta. A continuación se mencionan:

1. No apresurarse, consiste en pedir al cliente que no se apresure en la solución del problema; la mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación.
2. Los peligros de una mejoría, consiste en preguntarle al cliente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema o de una mejoría y una vez que se conoce este punto, deliberadamente el cambio aparece más lento.
3. Un cambio de dirección, consiste en asumir una posición de simulada inferioridad, agradece al cliente que le haga abandonar una senda equivocada y le conduce a otro camino mejor.
4. Cómo empeorar el problema, es sugerir en calidad de instrucción algo que agrave las cosas. Esto hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

En el Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas la finalización de la terapia se determina cuando el problema del cliente haya sido solucionado con el acuerdo del cliente. Esto se logra a través de dos medios: cuando el problema ha sido resuelto o ha desaparecido y otra cuando el problema no se ha solucionado pero el cliente se muestra satisfecho con el resultado.

1.1.4 Terapia Breve Centrada en las Soluciones

El desarrollo de Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones se inicia con las ideas de Milton Erickson y terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve, entre los que destacan Insoo Kim Berg, James F. Der. , Steve De Shazer y Bill O'hanlon.

Erickson fue un psiquiatra y psicólogo que exploró el tema de la hipnosis en el ámbito experimental y clínico hasta desarrollar un enfoque que aplicó a la terapia, incorporó la hipnosis sin inducir formalmente al trance, pero incluyendo elementos de la comunicación y la influencia interpersonal de la hipnosis.

A partir del trabajo de Erickson se encuentran varios supuestos básicos que se utilizan en el enfoque de Terapia Breve Centrada en las Soluciones tales como:

- Sensibilidad para llegar a conocer las pautas de conducta y respuestas de una persona y poder utilizarlas para promover el cambio.
- Conseguir que el cliente hiciera algo en terapia rompiendo con las pautas repetitivas y por lo tanto con los síntomas.
- Centrarse en el presente, algo que para Erickson constituía el elemento más importante para tener éxito en la psicoterapia ya que buscar en el pasado no era de gran utilidad.

Otro aspecto es la noción de flexibilidad que transmitía a sus clientes aceptándolos tal y como son; actuaba como si no supiera lo peor de las personas. Así mismo dicha flexibilidad se manifestaba aceptando diferentes explicaciones, motivos y significados de la conducta humana. Es importante mencionar que la conducta o cambio en el terapeuta a través de su voz, postura o diálogo podía promover cambios muy significativos en el cliente, lo cual también hacía énfasis en este aspecto de la flexibilidad.

Uno de los principales precursores de este enfoque fue Steve De Shazer quien bajo la influencia de Erickson desarrolló varias ideas para promover el desarrollo de la Terapia Breve Centrada en Soluciones; para él esta terapia era como una depuración y desarrolló de los principios de Erickson para resolver los problemas a través de los diversos métodos que empleaba este autor. Para De Shazer (1991), el objetivo de la terapia es ayudar a establecer condiciones que permitan lograr la meta de los pacientes. También desarrolló una noción diferente del concepto de resistencia respecto al trabajo con las familias Para él la

resistencia... “es un mensaje que el cliente estaba enviando, en un esfuerzo por ayudar al terapeuta... (p.33)”

Más allá de esta consideración, De Shazer junto con sus colegas establecieron en la secuencia de un mensaje simple, un vínculo del presente con el futuro, felicitaban al cliente por haber hecho algo bueno o útil o ambas y finalmente le sugerían algo nuevo que podría serle útil al paciente. Así, el término de resistencia adquiere otra visión que empieza desde el terapeuta a transmitir el mensaje siguiendo el criterio mencionado y la gente hace lo necesario para empezar a cambiar. (De Shazer, 1991).

Un aspecto significativo que desarrolló a partir de su trabajo fue darse cuenta de que sólo se necesita un pequeño cambio, una meta pequeña y razonable para facilitar una relación cooperativa entre el cliente y el terapeuta. Aunque la noción de familia desde la Teoría de Sistemas implicaba que la noción de familia debía incluir a toda la familia para De Shazer el cliente está constituido por dos o más personas y es útil para trabajar con los mismos métodos que con la familia.

Otro de los terapeutas que aportaron sus ideas para desarrollar este enfoque es Bill O’hanlon quien también estuvo influido por Erickson para poner atención a los recursos y a las capacidades del cliente. También a través de las ideas de Bandler y Grinder para identificar las mejores prácticas y momentos del cliente y de otras personas para destacar sus soluciones cuando se enfrenten a futuros problemas. Para él la terapia se acortaba de una manera natural cuando se centraba en la solución y lo único que tenía que hacer el terapeuta era crear contextos para facilitar la aparición de la capacidad del cliente así como cualquier indicio de solución (O’hanlon, 2001).

El proceso terapéutico se inicia con la entrevista la cual tiene como primer fin unirnos con los clientes y mostrar un interés genuino por ellos y facilitar a que se sientan cómodos. Esto se logra adaptándonos al lenguaje del cliente ya que la gente utiliza determinadas frases o palabras para describir su experiencia así como la forma en la que orienta sus palabras ya sea de manera visual, auditiva o kinestésica. Otra forma es encauzando el lenguaje del

cliente a través de lo que describe para que él utilice palabras distintas y se aleje de descripciones o explicaciones patológicas o bien, que finalmente cambien su percepción de la situación (O'hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Posteriormente las preguntas van encaminadas a obtener información con la finalidad de tener una breve explicación del problema, pero buscando las cosas que van bien, las soluciones intentadas, así como las fuerzas y los recursos.

Es importante mencionar que la intervención se inicia desde el proceso de la entrevista con el cliente a través de técnicas que describen varios tipos de preguntas como las presuposicionales, las que pretenden buscar las excepciones al problema, las orientadas hacia el futuro, las que están diseñadas para construir soluciones y crear expectativas de cambio.

Otra forma de intervenir son las prescripciones para el cambio que tienen como fin promover nuevas conductas o percepciones al crear una expectativa de cambio en el futuro. Se logra a través de las tareas en donde el cliente ha de poner atención a las cosas positivas que suceden en torno al problema, la tarea sorpresa que pretende que las cosas se vuelvan impredecibles y rompe con la pauta del problema, la tarea genérica que hace énfasis en las acciones para conseguir el objetivo deseado. Otro elemento es el uso de los mensajes que pretenden destacar lo positivo con marcos de referencia nuevos y el uso de la escala que es una valoración sobre lo que el cliente ha hecho y lo que falta por hacer para llegar hasta donde quiere en la terapia.

Finalmente, un punto importante dentro de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones es lograr mantener los cambios bajo la idea de que una vez que comienzan hay que dejar que continúen ya que tenemos la certeza de que lo que hasta ahora ha funcionado lo llevará hacia caminos más productivos o bien, a través de las preguntas que hacen referencia a las excepciones. Ante la variedad de clientes, algunos pueden o no reportar cambios, pero es necesario verificar y conocer (los cambios) y que la búsqueda de soluciones se de bajo el proceso que enfatiza este modelo.

1.1.5 Modelo de Terapia Sistémica de Milán

Los inicios de la Terapia Sistémica de Milán se ubican en el año de 1967 en Italia, con el grupo formado por Palazzoli, Cecchin, Boscolo y Prata.

Dentro de las principales influencias que tuvieron para el tratamiento e investigación con familias fueron las ideas de Gregory Bateson, que les ayudó a considerar el sistema familiar como cambiante y diferenció su nivel de significado como las creencias y su nivel de acción, como los patrones conductuales. También se vieron influenciados por Mental Research Institute, particularmente por la obra de Paul Watzlawick, Don Jackson, Janet Beavin con el libro de La pragmática de la Comunicación Humana (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

Este grupo tenía en un inicio una orientación psicoanalítica cuando empezó a trabajar con familias de pacientes anoréxicos y psicóticos. Después de trabajar un tiempo con este tipo de pacientes comenzó a trabajar con pacientes esquizofrénicos desarrollando métodos que se enfocaban hacia este tipo de casos.

Hacia 1980, el grupo se dividió en dos: por un lado las mujeres Prata y Selvini se centraron en seguir trabajando con familias de esquizofrénicos y fundaron su propio instituto el Nuovo Centro enfocándose en la investigación y la práctica clínica. Los hombres Boscolo y Cecchin por su parte, optaron por dedicar más a la enseñanza y a la formación junto con su trabajo clínico. Continuaron con las ideas de Bateson a través de su libro "Hacia una Ecología de la Mente", y con la circularidad de la Cibernética a través del modelo de sistemas vivos. Decidieron fundar el Centro de Estudios de la Familia teniendo como consultor a Paul Watzlawick (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La forma de trabajo del grupo de Milán en su primera etapa se estructuraba a través de una reunión dos días por semana y cada sesión se dividida en 5 partes: reunión previa en donde se formulaba la hipótesis preliminar, la entrevista en donde el equipo corroboraba sus ideas, el intervalo para el debate en donde se discutía la hipótesis para llegar a una conclusión, la intervención en donde se connotaba positivamente o se le dejaba un ritual a la familia que

debía cumplir, y el debate final en donde se hacía una análisis de la familia y la programación de la siguiente sesión.

El principal objetivo de la terapia es conocer el juego familiar, el cual engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias de unos y de otros, de sí mismos y por lo tanto del sistema. El síntoma se considera que aparece como una forma de no enfrentar un cambio que amenaza el equilibrio del sistema o reclama que éste se produzca.

Su idea del cambio busca reemplazar el juego familiar por otro menos perjudicial y que la regule, siendo el cambio más profundo en las percepciones y creencias de la familia. Si bien el terapeuta no puede conducir hacia una normalidad establecida, será la familia quien encuentre la solución adecuada, mientras que el equipo se mantendrá neutral respecto al cambio pues considera que ésta puede ser más creativa que él. (Ochoa, 1995).

Lo patológico en el juego familiar se descubre a través del mapa de las relaciones familiares, las reglas y la forma como se define la relación entre los miembros del sistema a partir del impacto que tiene el síntoma en la familia. Este juego sirve para regular el sistema de juego familiar y se desarrolla a lo largo del tiempo hasta consolidarse, pero deja de ser adaptativo y se convierte en patológico cuando los roles y funciones de los miembros de la familia ya no responden al ciclo evolutivo que atraviesan (Ochoa, 1995).

Las intervenciones se dirigen a alterar el juego, las reglas rígidas, para promover la flexibilidad y el cambio. La causalidad circular permite ver el síntoma dentro de un contexto de interacción familiar basado en los siguientes principios: la hipótesis, la neutralidad y la circularidad. La elaboración de hipótesis permite obtener información de la familia en el momento de la entrevista, la cual se irá verificando a través de lo que la familia refiere. Su propósito es conectar las conductas de la familia, introducir una perspectiva sistémica y ayudar a los miembros de la familia a desarrollar perspectivas nuevas pero relacionadas con sus creencias, conductas y relaciones (Cecchin, 1987).

La circularidad para los representantes del grupo de Milán es la capacidad que ha de tener el terapeuta para conducir su entrevista con base a la retroalimentación que la familia le da sobre las relaciones, las diferencias y los cambios, pues cada miembro tiene diferente visión de lo que sucede en torno a estos aspectos.

Así mismo la circularidad se describe como un proceso en el que se incluye el terapeuta dentro de un circuito que moviliza la información, que permite que todo dentro del circuito cambie o se reestructure a sí mismo, de tal forma que esta visión incluye tanto al terapeuta como a la familia.

Por otra parte, el principio de la neutralidad expresa la idea de evitar activamente la aceptación, el involucramiento u opinión con la familia, sin dejarse atrapar ni ser inducido por ellos y actuar libremente en terapia. Mas adelante Cecchin (1987) agregó la idea de la curiosidad, de tal forma que lleve al terapeuta a explorar o inventar puntos de vista, así como movimientos alternativos con la familia, de tal manera que se pueda crear una visión diferente con la familia frente al problema e intentos de una explicación.

Las intervenciones que el grupo de Milán en sus inicios habían propuesto para el cambio las intervenciones cognitivas, conductuales y ritualizadas. Las intervenciones cognitivas tienen como fin cambiar la forma en la que los miembros de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma haciéndolo a través de la connotación positiva y la redefinición (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998).

Dentro de las intervenciones conductuales están las prescripciones paradójicas que prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Esto se utiliza cuando la situación es de orden y secuencia rígida, de tal forma que se pretende introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias.

Por su parte las prescripciones ritualizadas hacen énfasis en los rituales que tienen como fin derribar un mito, producir nuevas conductas o acciones, conectar la estructura y el

significado que se ponen en juego en la vida familiar, tomando en cuenta aspectos tales como: cambio, no cambio, solución y problema.

Muchas de las ideas que dieron origen a este modelo se fueron reestructurando con el tiempo con el fin de obtener mejores beneficios para la familia. Así, se reconoció la inclusión de otro profesional o institución en la terapia que estuviera vinculado con el tratamiento de la familia pues consideraron que también influía en el proceso de cambio. A esto lo que llamaron sistema significativo, centrando su atención en sistemas y contextos más amplios en los que se involucra el individuo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Por su parte, las intervenciones tales como la descripción paradójica si bien en muchos casos hacía desaparecer el síntoma, en otras hacía abandonar el tratamiento por lo que pusieron las conductas al servicio de una premisa, valor o mitos compartidos sin dejar a la familia con un sentimiento de culpa. Se también la connotación positiva dejando de decir que el problema era útil o beneficiaba a alguien y sólo señalaban que la familia estaba habituada al problema y que era difícil romper un hábito. La técnica de rituales se modificó y se formularon dos opiniones o mensajes contradictorios impartiendo una directiva en donde los días par se considerará un mensaje y los impares el otro y aún cuando no cumpliera la familia no se interpretaba como una maniobra sino como la forma en la que funciona la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La influencia de Bateson los llevó a buscar un mito o premisa que mantenía la conducta relacionada al problema y comunicaban a la familia y cuando cambiaba también se modificaba la conducta de la familia generándose por lo tanto un cambio de segundo orden. Su modalidad de trabajo se modificó incluyendo a doce personas que se dividieron en dos grupos, una parte como consultor del terapeuta y otra como equipo observador. Su trabajo con otros colegas les permitió no sólo tratar al sistema familiar sino también sus propios sistemas y con ello introducir nuevas ideas en torno al tratamiento descubriendo su identidad como terapeutas sistémicos.

1.2 Enfoques Posmodernos

A través del tiempo se han desarrollado diferentes formas en las que se ha conceptualizado la terapia familiar. Esto ha generado diversas explicaciones de lo que ocurre con el ser humano en un marco socio-cultural que ha estado en constante evolución. Desde el Construccinismo social que se erige como una perspectiva que viene a plantear una noción diferente del conocimiento y la ciencia desafiando el enfoque Moderno del conocimiento como una imagen exacta del mundo.

Gergen (citado en Anderson, 1999, p.77) señala que el Construccinismo social...“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 Construccinismo social no ve al discurso sobre el mundo como un reflejo o mapa del mundo sino como un recurso para el intercambio comunal...”

Para el Constructivismo lo que se percibe y construye del mundo toma forma sólo hasta que el organismo se encuentra ante él. Mientras que el Construccinismo social asevera como ya se ha mencionado las ideas, los conceptos y los recuerdos, es decir, todo lo que conocemos surge por el intercambio social a través del lenguaje Y sólo coinciden en oponerse a la idea de que hay un mundo real que se puede conocer de manera objetiva (McNamee y Gergen, 1995).

A través del Construccinismo social Anderson (1999), considera que:

- La identidad es socialmente construida en cada momento, que se modifica de acuerdo a las circunstancias.
- Permite enlazar la teoría con la vida cotidiana.
- El proceso social y cultural son importantes porque a través de estos se construye la visión del mundo y a su vez influye en las acciones.
- Niega la posibilidad de saber algo sobre las personas por medio de la teoría.
- Su interés se centra en la naturaleza cambiante, múltiple, compleja e interactiva de la vida humana.

- Para ellos el significado del lenguaje es resultado del intercambio e interacción que se construye socialmente.

Por otra parte, en el contexto terapéutico algunas de las ideas del Modernismo que impregnaron la labor clínica de ese tiempo evocando supuestos tal y como lo señala McNamee y Gergen (1995):

- La causa subyacente es la base de la patología.
- La localización de esta causa dentro de los clientes o de sus relaciones.
- Los medios de que es posible valerse para diagnosticar tales problemas y
- Los medios para eliminar la patología.

La concepción de la vida humana bajo el modernismo considera que ésta se estructura como su nombre lo dice bajo estructuras tanto en lo social como en lo psicológico en los cuales no hay control ni voluntad. El comportamiento se concibe como desviado, producto de las patologías mentales, siendo el profesional de la salud aquella persona capaz de identificar y tratar tales comportamientos.

La formación clínica debía de constituirse bajo una base científica acompañada del desarrollo que tuvo la ciencia y la tecnología y que lo respaldaba en su ejercicio profesional. Su discurso en la terapia se formaba bajo la objetividad, la verdad incuestionable y la idea de un individuo que funciona, es el experto quien lo conoce mejor y lo pone en contacto con las técnicas que lo liberen llevándolo a la pasividad propiciando su satisfacción y bienestar.

El modo de proceder en la terapia estaba implícitamente relacionado con el poder y el control, mucho de esto determinado por el discurso. El historiador francés Michel Foucault se interesó por el mecanismo mediante el cual se establece un dominio y el control en una relación a través del discurso. Foucault mencionaba que la persona tiene algo que confesar y cuando lo hace ante el experto queda implícito el poder de sojuzgamiento y opresión. Una relación en donde el otro sabe que es lo correcto (McNamee y Gergen 1995). Además de este tipo de relación, el discurso dominante que existía giraba en torno a la naturaleza y al

desarrollo humano; las teorías universales acerca de la vida se consideraban como verdaderas sin tomar en cuenta cultura, clase, género, raza, circunstancia, lugar y época.

Esto generó un serio cuestionamiento filosófico sobre qué es verdaderamente el ser humano, cómo se constituye la vida a través del conocimiento y la práctica cultural y de qué manera éstos influyen en nuestro pensamiento y forma de vida. A partir de esto algunos terapeutas y psicólogos que tuvieron experiencias clínicas y desarrollos teóricos en las ciencias sociales y humanidades se orientaron hacia un cambio que en la psicoterapia pues tenían que responder a los sucesos que ocurrían en el mundo, el cual exigía una actitud mental diferente que el Modernismo no estaba listo para responder.

Así surgen los enfoques Postmodernos en la intervención clínica, sea terapéutica o consultoría, como una propuesta o visión diferentes que establece y cuestiona lo que ocurre en la sociedad.

Esta nueva línea de pensamiento tomó algunas nociones de autores tales como Jacques Derrida y Michel Foucault quienes señalaban que el discurso estaba guiado por estructuras que mueven el lenguaje y no por la estructura interna de los objetos. También por filósofos como Mijail Bajtin, Jean Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein quienes cuestionaron las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo (Anderson 1999).

La terapia familiar influida por este pensamiento comienza a tener cambios y pone énfasis en el discurso del consultante, en las construcciones lingüísticas, en la relación terapéutica, en lo que se dice y hace en la terapia, en donde las historias o narrativas del consultante son relevantes y significativas.

A continuación se va hablar de algunas modalidades de terapia que se derivan de esta forma de pensamiento como la Terapia Narrativa, el Enfoque Colaborativo y el Equipo Reflexivo.

1.2.1 Terapia Narrativa

La Terapia Narrativa considera que a través del relato se puede modificar la vida de las personas ya que representa la visión que se tiene del mundo y sus relaciones.

...” a través de la narrativa las personas ven su vida con mayor perspectiva, superan sus problemas, reconstruyen sus identidades en términos más positivos y se esfuerzan por aproximarse a sus redescubiertas metas...
(Payne, 2002, p.59)

Dentro de las terapias Posmodernas hay varios representantes entre los que se encuentran los deconstruccionistas y externalizantes como Michel White, David Epston, Karl Tomm, Vickie Dickerson, Jeff Zimmerman, Jill Freedman y Gene Combs.

En la práctica clínica White (2002) cuestionó los siguientes aspectos que le dieron forma a gran parte de su terapia narrativa como a continuación se señala:

- Bajo la intención de promover y ayudar a un sujeto a ser libre se excluyen los eventos extraordinarios y excepcionales que no se ajusten a las grandes narrativas o que los contradigan y que pueden promover otras formas de ser y pensar en el mundo, otros conocimientos y habilidades para la vida.
- La forma en la que las personas participan en la formación de sus propias vidas y la de los otros además de los significados que le atribuyen a sus experiencias.
- El contexto terapéutico se convierte en un escenario en el que se cuestiona la represión y se reproduce el discurso dominante y por lo tanto restringe las expresiones de la vida de las personas.
- El éxito terapéutico está en función de lograr que las cosas sean idealmente como deberían ser para las personas, es decir, que corresponda a la norma que rige la sociedad. Con ello se exige al terapeuta del efecto que tenga el trabajo sobre la persona y sus relaciones poniendo en juego su ética personal al responder a una norma, al dejar de considerar los posibles efectos negativos de su trabajo y la posibilidad de renovarlo.
- Se propone un estado en donde la persona esté libre de las relaciones de poder, la relación terapéutica como reproductora de la verdad y de la vida de las personas.

- En la práctica terapéutica, las historias de las personas por tanto han de resolver o disolverse para lograr el estado ideal. Al respecto Foucault mencionó que al recuperar el original a través de la resolución de la historia, la historia deja de tener relevancia y la historia por lo tanto llega a su fin. Esto resulta limitante tanto para la historia del consultante y la de nosotros mismos ya que niega la posibilidad de unirnos con el otro y con nosotros mismos para enriquecer la historia en tanto que esta tiende a disolverse

Los que utilizan la externalización como Michel White emplean una técnica que este autor llamó externalización del problema cuyo propósito es separar a través del lenguaje el problema de la persona para que ésta tome iniciativas más efectivas y el problema deje de ejercer influencia sobre su vida. Para desarrollar esta técnica White tuvo como principales influencias a Gregory Bateson a través de su epistemología en el proceso de cómo es que sabemos lo que sabemos, la importancia de las diferencias básicas que hacen una diferencia en los sistemas vivos y las pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas. También influyó Michel Foucault a través de su análisis sobre los sistemas de conocimiento como la Medicina que genera opresión en las personas al considerarlas como sujetos que se clasifican a través de la “mirada”. (White, 1997)

Con esta técnica se logra acelerar el proceso clínico ya que la persona habla del problema como algo distinto y separado de sí. Esto se logra a través de una serie de preguntas denominadas de influencia relativa que promueven que el individuo se dé cuenta de sus recursos limitando con esto el poder que tiene el problema sobre la persona. Se señala que tiene la posibilidad de actuar una vez que lo ha externalizado encauzando su vida en otra dirección.

Una distinción en cuanto a esta técnica es que no excluye la responsabilidad personal, sólo la afina y enfoca; el consultante es quien decide si continúa sometiéndose al problema o declina ante esta situación, cuando el problema sale no se proyecta en otras personas, la dirección que toma el paciente es lo más importante que la dimensión del cambio o las

cosas que haga respecto a él.,Se enfatiza que el cambio es constructivo y que una vez que se ha dado persiste, incluyendo a la red social como los amigos y la familia.(White, 1997).

La deconstrucción por su parte consiste en hacer exótico lo doméstico, es hacer extraña esa realidad y prácticas familiares que se han descontado al objetivarlas. Esto se logra a través de una serie de preguntas y formas de proceder que a continuación se mencionan:

- Preguntas que se refieren al panorama de acción y de conciencia. Las preguntas de panorama de acción se centran a los hechos que se desarrollan en el tiempo, mientras que las de panorama de conciencia se refieren al significado que le da la persona y la reflexión que se suscita a medida que se desarrolla el relato.
- La indeterminación de lo determinado. A través de esta técnica se concibe que las historias se han elaborado históricamente con las personas, en un contexto y estructura social que aseguran cierta determinación de la vida pero que pocas veces abarcan la totalidad de todo lo que se vive, porque al poner atención en todo eso estarían llenas de inconsistencias y contradicciones; sin embargo, lleva a prestar cierta atención en la indeterminación de la vida dándole significación.
- La deconstrucción también incluye externalizar la vivencia relativa a lo que consideran problemática y de qué manera se ve afectada la visión que tienen de sí mismos y sus relaciones para poder explorar otras ideas sobre lo que quieren ser, de lo que podrían incorporar para su vida.
- Los logros aislados subrayan que, a medida que la persona se aparta de las historias dominantes se orientan hacia otros aspectos de su vida. Abren una puerta hacia aquellos territorios alternativos utilizando las preguntas de panorama de acción y conciencia.
- Otra forma de hacer la deconstrucción es por medio de las preguntas referentes a experiencia de experiencias que promueven en las personas la reflexión sobre su vida y relaciones, ayudan a considerar la versión de lo que otras personas pueden creer o imaginar de ellas (White, 1997).

1.2.2 Enfoque Colaborativo

Por otra parte los enfoques Colaborativos tienen como principales representantes a Harlene Anderson y Harry Goolishian, Este enfoque asume la terapia como una conversación dialógica en la cual se generan diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas y que lleva a las personas a la acción creadora y disolución de los problemas. En cada conversación los participantes traen consigo su vida cotidiana que ocurre en un contexto influido por múltiples conversaciones en la dimensión del tiempo. Tiene un propósito, una expectativa e intención, que a su vez también suscita una conversación en silencio-interna en la persona. Es una conversación dialógica caracterizada por una indagación compartida de ideas, opiniones, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, entre otros aspectos. (Anderson, 1999).

La relación terapéutica, entre el terapeuta y el cliente según Anderson (1999), tiene como particularidad los siguientes cambios:

- Relación terapéutica

Pasa de un sistema y roles definido a un sistema basado en el contexto y producto de la comunicación social, en donde los individuos se relacionan a través del lenguaje. Se convierte en una terapia que busca generar posibilidades con las contribuciones y creatividad de la persona.

- Terapeuta

De una organización y proceso jerárquico dirigido por el terapeuta a una postura filosófica que invita a la relación y un proceso colaborativo. De una relación dualista de experto y no experto a una sociedad colectiva con diferentes perspectivas y conocimiento. El terapeuta no sabe, está informado, sólo es experto en crear un espacio para el dialogo y facilitararlo; para quien el conocimiento está en constante desarrollo, comparte sus reflexiones, supuestos, preguntas y opiniones. El cambio que puede generar lo hace a través del diálogo y la relación colaborativa.

- La persona/cliente

El relato del cliente es importante y más que ser una descripción independiente con descripciones y explicaciones lo encausa para promover una realidad alternativa que le dé bienestar. La persona es multifacética y tiene su propio lenguaje para modificar o mover

anteriores narraciones que sean disfuncionales de acuerdo a sus circunstancias. Esta narración es cuestionada por el propio individuo para informarlo y guiarlo a la acción, ya que a través de la conversación del problema se generan nuevos significados.

Es importante mencionar que desde esta perspectiva no hay una técnica en particular sino que todo se genera a través de la conversación la cual se compone de los siguientes elementos:

- La participación es espontánea, sin un guión predeterminado.
- No hay un control en la entrevista.
- No se puede determinar el resultado de la conversación pero tanto terapeuta como el cliente tienen que estar satisfechos con el resultado.
- Se habla con una sola persona a la vez.
- El experto es el cliente para describir su problema, su vida, sus pensamientos y acciones en sus propios términos.
- El concepto clave en el terapeuta es asumir una postura de “no saber” expresando su interés y curiosidad genuina por el cliente.
- Confiar y creer en lo que expresa el cliente.
- Hacer preguntas conversacionales que faciliten conocer la historia. Aquellas que clarifiquen, amplifiquen, exploren lo que se sabe y lo que no se sabe: lo no dicho.
- Escuchar- oír y responder activamente con una manera de ser auténtica.
- Mantener la coherencia con la historia, estar inmerso guiarse por ella, con su lenguaje y sentido.
- Mantener la sincronía, avanzar al paso y tiempo del cliente.
- Honrar la historia del cliente, tomarla en serio y validarla.

De esta forma el Enfoque Colaborativo se caracteriza por asumir una postura frente a las historias del cliente, en el encuentro en la conversación, para que surja con espontaneidad, comprendiendo lo que el otro quiere decir, explicar, encontrar y con ello generar la dirección o curso de acción para su vida.

1.2.3 Equipo Reflexivo

Otra forma de proceder derivada de la postura Posmoderna es la modalidad de Equipo Reflexivo. Esta propuesta de trabajo fue originada por Tom Andersen y Karl Tomm. La particularidad de esta forma de trabajo es contar con un testigo externo en el proceso terapéutico que contribuye como autoconciencia reflexiva de la historia de la persona.

El Equipo Reflexivo se integra por un grupo de terapeutas que están presentes en la sesión y que interactúan con la persona que acude a consulta en un momento de la terapia. Para hacer equipo de reflexión White, (2002) menciona que es importante considerar los siguientes aspectos:

- No teorizar acerca de los problemas de la persona.
- Poner atención sólo en lo que se habla durante la entrevista.
- No realizar ninguna intervención sobre el sistema.

Del Equipo Reflexivo se espera que:

- Sean conscientes de su papel al participar en este contexto de trabajo.
- Reconozcan la experiencia de las personas que buscan ayuda, de los dilemas a los que se enfrentan y del esfuerzo que han hecho por cambiar algo en su vida.
- Consideren los aspectos de la vida de las personas que pueden servir para generar o resurgir historias alternativas.
- Den sus respuestas en función de su propia experiencia personal, con curiosidad, propósito y creatividad.

El Equipo Reflexivo se integra de cuatro partes; en la primera parte el terapeuta se reúne con las personas que lo consultan y el equipo reflexivo sólo actúa como audiencia detrás de un espejo direccional o están presentes en la sesión. En la segunda parte los miembros del Equipo Reflexivo conversan sobre lo que han escuchado en la primera entrevista mientras las personas los escuchan. En la tercera parte el terapeuta se reúne con las personas y les pregunta sobre lo que escucharon y qué les pareció relevante. En la cuarta y última parte se reúne con el Equipo Reflexivo para interrogarse mutuamente y reconstruir la terapia sobre qué los llevó a ambos preguntarse o reflexionar sobre lo que escucharon en la sesión (White, 2002).

A través de esta modalidad de trabajo se rompe con lo que anteriormente se hace en las terapias sistémicas en donde la planeación e intervención se hacía sin la participación del cliente mientras que con el equipo reflexivo se le da la posibilidad de que sea la persona la generadora de sus propias reflexiones y modos de acción permitiendo con ello reescribir su propia historia, su modo de vida y pensamiento, dejando de lado ideas o identidades determinantes que hacen creer a las personas que no hay una salida o camino diferente a seguir.

Estos enfoques dan todo un giro terapéutico que rompe con lo tradicional con lo ya escrito y determinado; son perspectivas en donde las historias se desconstruyen, se entrelazan, se modifican a través de la conversación, la reflexión, del encuentro, con una curiosidad que se basa en el respeto, con una postura del “no saber”, en donde juntos se generan y crean posibilidades de cambio para el bienestar de la persona.

2. Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

A través de la revisión de los modelos terapéuticos enfocados a la familia es importante destacar que algunos tienen coincidencias y diferencias respecto a sus principales influencias y forma de ver los problemas, así como sus principales intervenciones. En el Modelo de Terapia Estructural su idea del cambio se dirige a rediseñar la organización familiar de un modo que se aproxime a un modelo normativo y que sea bastante flexible respetando sus costumbres hasta el punto en que funcionen para todos los miembros a través del cuestionamiento del síntoma, de la estructura y su realidad.

Por otra parte para el enfoque Estratégico es importante conocer las pautas de conducta bajo las cuales aparece la conducta problema para poder así modificar lo que a la persona o a la familia no le funciona. A diferencia del Estructural, considera que el problema está en función de los miembros que en éste se involucren y la relación de los mismos. Coinciden en que el terapeuta es el guía del tratamiento al implementar estrategias o técnicas para

resolver el problema, al centrar su atención en las etapas de ciclo vital y la jerarquía familiar considerando los subsistemas, sólo que menos directivo que el terapeuta estratégico.

Una particularidad del Estratégico es la forma en la que realiza sus intervenciones pues la capacidad de maniobra del terapeuta pone énfasis en las tareas que le deja al cliente para modificar los niveles de organización más que de comunicación, mientras que en el Estructural, por su parte, las acciones significativas que realiza el terapeuta las hace durante la sesión y cualquier tarea que asigna únicamente es con el fin de reforzar lo que se ha trabajado en la terapia.

En el modelo de Terapia Breve a diferencia del Estructural busca en un limitado número de sesiones identificar el problema y los intentos de solución, a partir de sus principios basados en el cambio de tipo I y II, que se refieren a las cosas que las personas hacen para resolver una situación cuyo resultado puede o no transformar al sistema. Aquí no es necesario que todos los miembros del sistema asistan ya que una sola persona puede ser el precursor de los cambios y esto es algo que decide el terapeuta. Al igual que en el estructural y el estratégico, el terapeuta tiene el rol de experto como aquél con la capacidad de juzgar lo más apropiado para el cliente, la dirección y el tratamiento del mismo.

Los aspectos en los que coinciden el modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas y el Centrado en Soluciones es que ambos se desarrollaron bajo las principales ideas de Milton Erickson y con el trabajo de la hipnosis retomaron elementos tales como la comunicación que se ejerce por medio del lenguaje. Para el modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas su prioridad es conocer la pauta de conducta que genera el problema y romperlos para que desaparezca el síntoma y promover el cambio. Mientras que el modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones se enfoca en la solución y no en el problema o síntoma, el cliente define su objetivo de tratamiento y la dirección del mismo. El terapeuta por su parte identifica y amplía los cambios y su intervención se realiza desde que realiza la entrevista.

Mientras que el estructural parte de un modelo de normalidad en el que pone de manifiesto modificar u organizar la estructura del sistema siendo éste el eje a partir del cual se regula o mantiene la homeostasis familiar.

Los modelos de Terapia Estratégica, Breve Centrado en Problemas y en Soluciones se constituyeron por las ideas del Centro de Terapia Breve y la influencia de Milton Erickson, desarrollando una terapia que más allá de buscar en el pasado, se centra el presente, en la solución o pauta de conducta o el problema. Por su parte el Modelo de Milán desarrolla muchas de sus ideas basadas a partir del trabajo con pacientes psiquiátricos que más tarde se ven influenciados por las ideas de Watzlawick, centrando su atención en la dinámica familiar a través de generaciones y tratando de descubrir la función del síntoma en el sistema.

El trabajo terapéutico en la Terapia Breve Centrado en Soluciones y en el de Problemas, se constituye bajo la premisa de que el cliente tiene los recursos y capacidades para resolver su queja, mientras que en el modelo de Milán es imprescindible descubrir el juego familiar bajo la exploración del sistema de relaciones, creencias y significados. Su idea acerca de qué persona deberá asistir a consulta resulta de alguna forma parecida, pues mientras para el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones no es necesario trabajar con toda la familia ya que el mismo cliente puede dar referencia de ésta, en el Modelo de Milán en ocasiones es necesario, pero no imprescindible la presencia de ésta pues se puede conocer la visión de los miembros de la familia con la técnica de circularidad.

El terapeuta en ambos modelos asume el rol de experto aunque en el de Terapia Breve Centrado en Soluciones tiene más la perspectiva de co-crear con el paciente una visión diferente de las cosas, mientras que en el de Milán el terapeuta, en su relación de experto, descubre a través del paciente y su historia familiar de qué manera puede generar un cambio en su vida, por lo que la relación con el paciente y status frente a éste es diferente.

Las intervenciones van encaminadas hacia el cambio pero bajo diferente concepción para cada modelo; en el de Terapia Breve Centrado en Soluciones se considera que la

intervención comienza desde que inicia la entrevista con el cliente y a través de diferentes preguntas se pretende indagar el objetivo que determinará el tratamiento, los recursos con los que cuenta para solucionar su queja y cuando no aparece el problema, con la finalidad de generar en el cliente la visión de que las cosas serán diferentes considerando sus recursos y potencialidades. En el modelo de Milán el proceso también inicia con una serie de preguntas basadas en el cuestionamiento circular que permite tener información acerca de las relaciones, creencias o mitos, el síntoma al igual que en el estructural y así poder comprobar las hipótesis de trabajo o modificarlas.

Las estrategias que ambos modelos utilizan, una vez que el paciente proporciona información de su problema, en el de soluciones encamina el cambio para que la persona actúe, vea de manera diferente su situación y reconozca sus recursos, mientras que en el de Milán se trabaja en función de sus hipótesis encaminando el cambio a través de mensajes que llevan a la persona a ver las condiciones familiares en las que se encuentra para hacer un cambio, y a través de las acciones ritualizadas se pretende romper con el sistema de creencias o mitos familiares que resulta poco adaptativo para ellos.

Es así como ambos modelos de terapia familiar se enfocan hacia el cambio y hacia generar un visión diferente en las personas y aunque tienen una forma de trabajo y concepción diferente para intervenir con los pacientes, son una alternativa para trabajar en terapia con las personas y su familia.

Respecto a los anteriores modelos que se originan de otra epistemología, en las Terapias Posmodernas dejan de lado el diagnóstico del problema y las intervenciones. Se le da prioridad a los eventos extraordinarios como en la Terapia Narrativa de White, al significado que le atribuye, a sus experiencias a su historia en particular. El terapeuta no responde a la norma que rige la sociedad en la dinámica de la familia, rompe con la relación de poder que lo colocaba en un experto acerca de lo que conviene a la persona, y deja de actuar como un ser que sabe algo sobre las personas por medio de la teoría.

En la terapia Narrativa se le pone énfasis en las narraciones o historias del cliente como algo que la persona puede utilizar para modificar o construir su vida, se deja de lado el problema como algo inherente a la persona para que tenga más capacidad de acción y logre ver las alternativas que le permitan ser, actuar y decidir.

En el enfoque Colaborativo se orienta a encontrar diversas formas de entender y explicar su experiencia de vida que los lleve a diluir sus problemas. Mientras que en la modalidad de Equipo Reflexivo pretenden ser una autoconciencia colectiva en vivo de la historia del cliente, que ayuda a visualizar los momentos en los que el problema no aparece, auxiliándose del significado que el atribuye a los sucesos. El mismo consultante es quien frente a los comentarios de los terapeutas decide si es útil o no lo que escucha. En suma representa una modalidad de trabajo que promueve a la historia del cliente nuevas alternativas o significados que le den la posibilidad de acción o visión sobre su problema.

Estas propuestas de trabajo se han instaurado bajo un contexto e ideología diferente a lo proveniente de la epistemología bajo la que se generó la Terapia Familiar en sus inicios con la Teoría de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación. A partir de las Terapias Posmodernas se adquiere un cariz terapéutico basado en la conversación, en donde el problema deja de tener una atribución en el sujeto y puede estar fuera de él para tener mayor capacidad de acción. Y a pesar de las diferencias epistemológicas en las que sitúa e interviene la Terapia Familiar el punto de encuentro es la posibilidad de cambio y compromiso por parte del terapeuta que realiza con las personas y con la familia.

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

1. Análisis y Discusión Teórico-Metodológica de la Intervención con Familias

1.1. Familias de Tres Generaciones “El Papel de Abuela-Madre en el Cuidado de los Nietos”

“La familia constituye una realidad compleja y multidimensional. En su conformación, enlaza, tiempo pasado, presente y futuro. Portadora de una historia, la familia la incorpora al tiempo presente en un sistema unificador que le da significado a su acción y al mundo que la rodea, nutriendo y alimentando la vida de sus miembros. Como todo grupo social, la familia forja una representación de sí misma, que es construida y retocada cotidianamente por pequeñas pinceladas” (Tuirán, 2001, p.23-24)

En la familia el ser humano se reproduce, crece y desarrolla. Las ideas, símbolos, imágenes, mitos e ideas del mundo que le circunda son transmitidos de generación en generación, así como las pautas de conducta y normas sociales.

Tuirán (2001), señala que el modelo típico de la sociedad contemporánea es la llamada familia conyugal tradicional, que corresponde a una estructura formada por la pareja de esposos que reside en un hogar independiente con sus hijos emancipados. La familia conyugal se funda en la división sexual del trabajo que mantiene la hegemonía formal del sexo masculino sobre el femenino, puesto que asigna roles asociados con la crianza, el cuidado de los hijos y la realización de las tareas específicamente domésticas a la mujer y el papel del “proveedor” de los medios económicos al hombre.

El modelo descrito se presenta usualmente como la norma de lo que es o debe ser en la familia, y es necesario reconocer que en ella se procesan experiencias diferentes de acuerdo con las peculiaridades socioeconómicas, culturales, étnicas y políticas del contexto histórico-social que la circunda y del que forma parte.

Algunas investigaciones realizadas en México revelan que una proporción importante de las familias no se ajusta al arquetipo de familia conyugal, ya que dentro de nuestra sociedad coexisten formas nuevas y viejas que se mezclan en la práctica con el modelo de la familia conyugal, cuyo resultado revela un panorama pluriforme y diverso (Tuirán, 2001).

Los cambios en tamaño y composición familiar se deben en gran parte a la situación económica que prevalece en nuestra sociedad que obliga a la familia a ampliar sus fuentes de ingreso, en donde trabajan ambos padres y llegar a arreglos respecto a la constitución de sus miembros, por ejemplo la pareja casada que vive con los padres de uno de los dos.

La transición demográfica también ha contribuido a modificar el escenario en el que se forma y desenvuelve la familia. La esperanza de vida actual y el índice decreciente de mortalidad ha denotado un aumento en la proporción de hombres y mujeres que sobreviven hasta edades avanzadas, que amplía el tiempo de convivencia familiar de padres, hijos, nietos y otros parientes (Tuirán, 2001).

Además, la no planeación de matrimonios jóvenes, que tal vez por embarazo toman la decisión de formar una familia, en la mayoría de los casos los lleva a vivir con los padres mientras terminan sus estudios o bien trabajan para mantener a su hijo.

Como puede observarse los cambios económicos y sociales en su compleja interrelación con la transformación demográfica influyen de manera muy variada y compleja en la organización y relación de los miembros que integran la familia.

Entre los cambios experimentados por las familias Salles y Tuirán (1998a, 1998b) mencionan:

- La existencia de diversos tipos de familia, algunos de los cuales están anclados en actualizaciones de relaciones familiares más o menos tradicionales y otros en arreglos genuinamente emergentes, por ejemplo la familia conyugal que vive por un período de tiempo con la familia de origen.

- Una reducción en el tamaño promedio de la familia, fenómeno que se ha experimentado en las dos últimas décadas, ya que ahora las parejas deciden tener uno o dos hijos.
- El gradual desplazamiento de la figura del hombre como proveedor único y la consecuente ampliación del número de hogares que realizan trabajo extradoméstico. Además de un aumento de hogares encabezados por mujeres viudas, divorciadas o separadas.
- Incremento de las separaciones y divorcios, hecho que remite, entre otros, a aspectos culturales, y a éticas macro-socialmente instituidas, observables sobre todo mediante cortes generacionales.

La estructura familiar, por lo tanto, a lo largo de su ciclo evolutivo tiene que realizar ajustes en el papel y función que desempeñan cada uno de sus miembros desde su constitución hasta su disolución. Sin embargo, como ya se mencionó, muchas familias no siguen el curso ideal o normativo, de tal forma que algunos de sus integrantes tienen descendencia pero no se casan, viven con los padres siendo solteros, casados y con hijos, separados, divorciados o viudos.

En el curso de la vida de las personas se reconoce que pueden evitar algunas etapas, dejarlas, regresar o permanecer un tiempo variable en cualquier de ellas. Lo cual obedece a que en algunas de las etapas del ciclo pueden entremezclarse con otras por convivir varios individuos dentro de un sistema familiar. Los casos que se desarrollan en este tema muestran dos etapas; la de matrimonio con hijos en edad escolar y el período de nido vacío o nido repleto.

Ochoa (1995), señala que el curso de la vida supone transiciones que en cualquier dominio pueden tener consecuencias inmediatas en otros dominios o efectos acumulativos en los individuos. Éstas pueden guiar, modificar, redirigir o reforzar trayectorias, ya sea generando tensiones en la rutinas cotidianas o afectando importantes dimensiones de la vida.

Al relacionarse varias generaciones, los padres, hijos y nietos, se enfrentan a cambios y modificaciones de acuerdo al ciclo vital que a cada uno corresponde. Un aspecto significativo es el papel que juega la abuela en la estructura familiar, pero sobre todo en el cuidado de los nietos para educarlos y disciplinarlos. Ésta decisión le permite poner en práctica su experiencia como madre cuidadora, convirtiéndose en la persona que sabe cómo procurar el bienestar de los niños y también de la familia.

Foucault (1976), reflexionó acerca de los mecanismos de poder, lo articula con dos dimensiones; por un lado las formalizaciones en derecho que delimitan a éste y, por otro, los efectos de la verdad producidos y transmitidos por el poder. Verdad discursiva que a su vez reproduce sus mecanismos por medios del saber. Se difunde a través del cuerpo social como la familia en la que existen “verdades familiares” incuestionables, transmitidas desde la generación mayor a través del discurso.

Marteletto y Noonan (2001), realizaron un estudio en Brasil sobre la incidencia de las abuelas proveedoras del cuidado infantil. De acuerdo con éste estudio el incremento de las tasas de empleo de la mujer ha creado un aumento igualmente en la necesidad de cuidado infantil no proporcionado por los padres, aún cuando existen distintas instituciones con este servicio, los padres prefieren a las abuelas bajo la creencia de que están emocionalmente más unidas y comprometidas con los nietos que cualquier otra persona de cuidado infantil y por lo tanto, esperan que los cuiden mejor, además de verlo más conveniente y menos costoso relativamente porque se pueden generar conflictos entre la pareja y con la abuela respecto a la educación del menor, por la autoridad que cada uno ejerce, así como el tiempo que cada uno invierte en el niños y sus propias necesidades.

Resulta, entonces ser una labor difícil ya que la abuela se enfrenta a varios dilemas respecto al cuidado de su (s) nieto (s) y al mismo tiempo procurarse el propio, en el que se incluye el uso y distribución del tiempo para su propia familia o para realizar actividades recreativas.

“...yo tengo que hacer mis cosas y no puedo darle el tiempo que mi nieto me pide...”

"...hace mucho tiempo que no salgo con mis amigas a tomarme un café, pero no salgo porque si no quién ve a la niña..."

Otro dilema al que se enfrenta la abuela es cómo delegar la responsabilidad a los padres sin perder la autoridad sobre los nietos o hacerse obedecer por ellos mientras los cuida.

"... nada más es que llegue su papá y a él si le obedecen, claro él les pega y yo no..."

"... llega su mamá y todo se viene a bajo, se ponen peor cuando la ven..."

"... me falta al respeto, me dice que yo no soy su mamá y tiene razón, pero mientras yo lo cuido..."

Por otro lado, la pareja de padres al cohabitar con uno o dos de sus progenitores los lleva a formar alianzas entre la abuela y uno de ellos, generando conflictos porque uno de los dos padres queda desplazado. Asimismo se da el caso en el que la abuela es relegada por uno de los cónyuges o ella misma se siente incómoda y entonces busca la manera de replegarse ella misma. Es común que encontremos coaliciones entre la abuela y el nieto en contra de la madre o el padre, porque ella conciente, cuida y protege y los padres no cultivan estos comportamientos, por el contrario, los reprueban, se genera así una fuerte competencia por quién ejerce la autoridad frente al niño. Estas discrepancias respecto a la forma de crianza se convierten, en poco tiempo, en un campo de batalla, y la familia sufre en aislado.

"...es que son educaciones distintas, ella tiene su forma de ser y yo la mía, si mis hijos estuvieran conmigo estarían mejor..."

"...tiene razón ella es la mamá, pero entonces que le de el tiempo que el niño necesita, que lo ayude en sus tareas, que no sólo venga a regañar o a pegar..."

El que se establezcan límites dentro del sistema familiar implica lograr diferenciarse, trasladarse de un lugar a otro, de participar, de separarse a subsistemas diversos y desempeñar funciones diferentes al mismo tiempo que adquiere otras de acuerdo a la etapa de ciclo vital que vive (Andolfi, Angelo, Menghi, Nicoló-Corigliano 1989). Pero al mismo

tiempo para la abuela significa perder la cercanía con los hijos y nietos, que pone en juego los vínculos afectivos porque no sabe cómo poner límites sin que ello represente actuar con indiferencia, ignorar lo que sucede, o discutir con el hijo o la hija a tal grado que esas discusiones los distancian física y emocionalmente.

"...es que si mi hija se fuera estaría mejor, como dicen ojos que no ven corazón que no siente, pero vuelvo a lo mismo, la niña, yo la quiero cerca es mi adoración por ella les paso hasta groserías..."

"...cada vez que intento hablar con ella terminamos peleándonos..."

Otro aspecto relevante que identifiqué a lo largo de la residencia fue que algunas abuelas tienen la posibilidad, o por lo menos así lo visualizaron, de reivindicar el papel de madre a través del rol de abuela, quien se relaciona afectivamente, educa y disciplina a sus nietos de una manera cualitativamente distinta a como ella lo hizo con sus hijos. Es como si la vida le diera una segunda oportunidad en su familia para enmendar los errores que cometió en el pasado con sus hijos. Por ejemplo de ser una madre-dura y castigadora es ahora una abuela-sensible y consentidora, pero con esto se enfrenta al resentimiento y reclamo de los hijos.

"... yo antes era una persona muy neurótica... les pegaba a mis hijos, los mal eduque... sé que me tienen resentimiento y yo no quiero que mi nieto pase por lo mismo."

"Yo vine a terapia para buscar algún consejo, para saber si estoy educando bien a mi nieto, porque luego si me confundo, no sé si lo estoy consintiendo demasiado porque no quiero que le falte el cariño que le faltó a mis hijos"

La familia extensa de ambos cónyuges también entra en competencia por éste mismo aspecto en el que se incluye el afecto de los nietos. Los abuelos pueden realizar acciones que aparentemente son inocentes como dar regalos, dinero, atención que tiene un efecto muy amplio al desencadenar el conflicto entre los cónyuges.

En los niños hay demanda de tiempo y atención hacia sus progenitores, pero debido a su ausencia por situaciones laborales se genera un desplazamiento de los vínculos afectivos en donde prefieren a la abuela por encima de los padres. Además puede existir cierta confusión sobre a quién hay que obedecer, si a los padres porque representan la autoridad más cercana por lazos consanguíneos o a la abuela porque también es símbolo de autoridad, está más cerca, los cuida y los consiente.

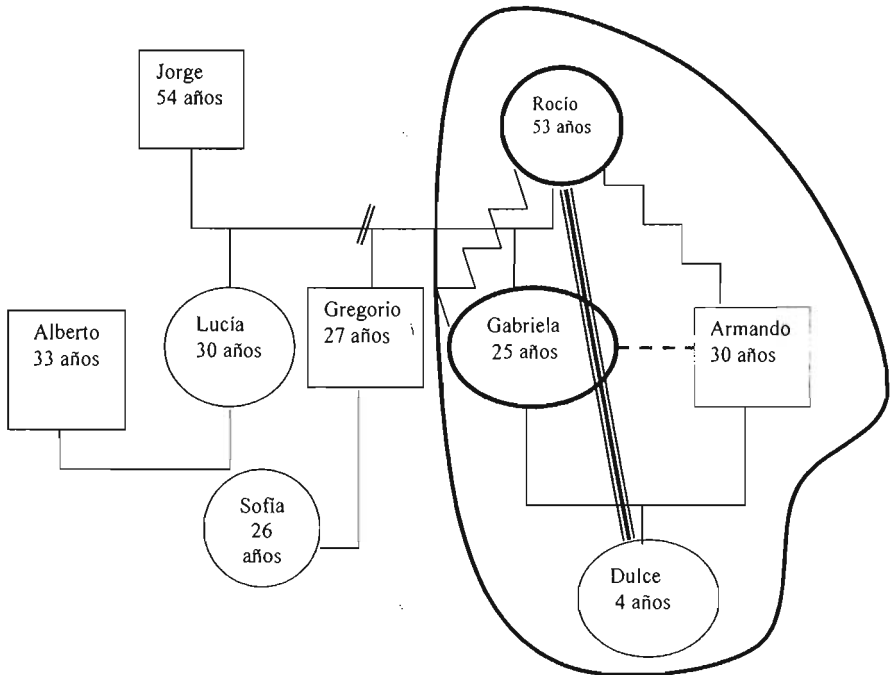
Bajo este tipo de relación entre distintas generaciones la convivencia resulta difícil de llevar a cabo, provocando a largo plazo incomodidad y enojo en uno o en todos sus miembros. El reto al que se enfrentan los padres es crear su rol parental frente a los hijos y al mismo tiempo realinear las relaciones con la familia extensa en el que se incluyen los abuelos estableciendo acuerdos respecto al cuidado de los niños. Para la abuela representa aceptar el cambio de roles generacionales, explorar nuevos roles sociales y familiares, procurar el bienestar común, no el bienestar de los demás a costa de su bienestar personal, es decir, ser un apoyo en el cuidado de sus nietos; sin sobrecargarse en esta labor, haciendo claros los límites del cansancio, el respeto y la responsabilidad. Y para los niños implica aprender a distinguir que cada persona tiene diferente función y autoridad frente a ellos cuando están bajo la tutela de la abuela o de los padres.

Los miembros del sistema familiar al modificar sus funciones con el paso del tiempo y representar diversos papeles de acuerdo al ciclo vital, logran en gran medida asegurar la continuidad y el crecimiento psicosocial de sus integrantes. Y finalmente, con ello tolerar la confusión e incertidumbre a la que se enfrenta la familia en sus diferentes fases de desarrollo.

1.2 Integración de Casos Clínicos*

FAMILIA ALVAREZ TRUJILLO

Genograma



MODALIDAD DE TRABAJO: Terapia Familiar con equipo y supervisión directa.

NÚMERO DE SESIONES: 3

PERSONAS QUE ASISTEN A LA TERAPIA: Señora Rocío.

MOTIVO DE CONSULTA

La persona que solicitó el servicio fue la Sra. Rocío en la entrevista telefónica ella mencionó que desde hace tiempo tiene problemas con su hija Gabriela respecto a la división equitativa de las responsabilidades, de los gastos de su casa, la limpieza y el cuidado de su nieta. Esta situación ha provocado pedirle que se vaya de la casa, sin embargo, su hija no lo quiere hacer y la señora Rocío quiere tener cerca a su nieta y a su

* Los nombres y algunas características han sido modificados para mantener la confidencialidad y el anonimato de los consultantes.

hija, excepto a su yerno. Pide la consulta porque quiere tener una mejor comunicación con su hija y convivir de una manera más sana con ella.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La consultante es una mujer de 53 años de edad, separada de su esposo desde hace 21 años, trabaja como telefonista en el IMSS. Tiene tres hijos: Lucía, Gregorio y Gabriela quienes están casados; esta última es quien vive actualmente con ella, tiene 25 años, es contadora y está casada con Armando de 30 años quien tiene el oficio de carpintero; tienen una hija llamada Dulce de 4 años.

ESTRUCTURA FAMILIAR

- Límites difusos no hay una clara delimitación de las funciones entre el subsistema parental y el subsistema de los hijos.
- La jerarquía o el poder lo tiene la Sra. Rocío en tanto ella es quien toma las decisiones de lo que se hace y sucede en su casa.
- En el subsistema conyugal al cual pertenecen Gabriela y esposo Armando hay una buena comunicación. El subsistema de los hijos en el que Gabriela se encuentra está incomunicado respecto a lo que sucede con su madre y las responsabilidades dentro de la casa. El subsistema parental lo ejerce únicamente la madre pues es quien decide que es lo que se hace respecto a la casa, toma las decisiones y cuida de los que viven con ella.
- La coalición se manifiesta entre la Sra. Rocío y su hijo Gregorio en contra de Gabriela quienes ven mal que ella no asuma sus responsabilidades como hija y como madre dentro de la casa en la que vive.
- Hay una escalada simétrica entre la señora Rocío y Gabriela quienes constantemente pelean.
- Alianza entre Armando y Gabriela ambos buscan apoyarse cuando sucede un conflicto entre ella y su madre.
- Miembro central la Sra. Rocío es quien resuelve y se preocupa por los problemas de sus hijos y el cuidado de su nieta. El miembro periférico es Gabriela y Armando

quienes están casi todo el tiempo ausentes de lo que sucede en la casa y respecto del cuidado de su hija.

CICLO VITAL

Familia con hijos adultos y nido repleto, en esta etapa los padres se convierten y abuelos y comienzan a realizar actividades para sí mismos y los hijos buscan formar su propia familia, sin embargo para la señora Rocío representa algo muy difícil de afrontar ya que quiere tener a su hija y nieta cerca con una buena relación, pero también considera que la familia de su hija tiene que enfrentar y vivir de acuerdo a su ciclo vital.

CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD

La Sra. Rocío acude a terapia para resolver la situación de conflicto que vive con su hija pues no está de acuerdo con el comportamiento de su yerno al no contribuir con los gastos y la responsabilidad de cuidar a su nieta, al estar viviendo en su casa, por lo tanto cree que si su hija dejara a su esposo o estuviera lejos de ella sería lo mejor.

Gabriela considera que vivir cerca de su madre y que ésta asuma las responsabilidades del cuidado de su familia es una forma de estar bien con su mamá y con su esposo porque su situación económica no se los permite, pero además con esto mantiene cerca de su madre y que no pierda el nido repleto.

TIPO DE FAMILIA

Familia de tres generaciones, se caracteriza por ser extensa. El valor cultural es de apoyo y cooperación en las tareas del hogar y de educación. Está constituida por abuela, hija y nieto. Además tiene la particularidad de ser desligada, en esta familia los miembros del sistema fraterno incluyendo al yerno de la señora Rocío viven apartados de lo que sucede en la casa y los hermanos aunque viven aparte se encuentran también en conflicto y aunque la Sra. Rocío está pendiente no se involucra en la situación de los demás como lo hace con su hija Gabriela.

FUNCIÓN DE LOS SUBSISTEMAS

El subsistema parental al que pertenece la Sra. Rocío tiene poder para involucrarse en la vida de sus hijos y opinar respecto a todo lo que sucede. Sin embargo, dicho poder sólo lo asume la madre como una sobreinvolucración en el subsistema conyugal pero que es permitido por la hija.

PUNTUACIÓN DE HECHOS

La Sra. Rocío cree que el problema se solucionaría si su hija se va a vivir a otra parte o bien se separa de su esposo.

Gabriela cree que vivir con su madre es una forma de apoyo que ella necesita en estos momentos para poder ejercer la carrera que estudió y de apoyo por la madre para que pueda ejercer nido repleto y que no llegue al nido vacío.

PAUTA TRANSACCIONAL

Genérico: desequilibrio en la jerarquía.

Idiosincrásico: expectativa de la Sra. Rocío de tener una buena comunicación con sus hijos particularmente con su hija y a la vez de que sean independientes pero cercanos a ella donde se mantenga su jerarquía.

RECURSOS ADAPTATIVOS DEL SISTEMA

La madre que permite que su hija viva con ella para estar cerca de su nieta y para que su hija logre ejercer la carrera que ella eligió. La Sra. Rocío al acudir a terapia pretende tener una mejor relación con sus hijos.

ELEMENTOS QUE APUNTAN A LA TENSION

En la señora Rocío lo límites difusos y la dificultad para lograr acuerdos con Gabriela y Armando acerca de los cuidados de Dulce y los quehaceres de la casa.

DILEMA DEL CAMBIO

El riesgo del cambio se expresa en el miedo a la pérdida del control y dejar que su hija asuma la responsabilidad que tiene como madre y como esposa y Armando como padre y

esposo, ya que eso significa autonomía y diferenciación. Parece que por ello la Sra. Rocío sigue asumiendo dicha responsabilidad, sacrificando su propia vida y dejando de vivir la etapa del ciclo vital que le corresponde. Al mismo tiempo, si ellos logran independizarse, ella se quedaría sola.

RIESGO DE LA FAMILIA

Rocío al no dejar de ocuparse de los problemas de sus hijos no vive su vida ni cultiva sus amistades, le gana el sacrificio por los hijos y su nieta. Gabriela y Armando no buscan un lugar donde vivir con su familia, solventar los gastos de la misma y tener a Rocío para que cuide de su hija y se responsabilice de los gastos del hogar y por lo tanto tampoco ellos crecerán como familia.

MAPA FAMILIAR

R: Rocío

G: Gabriela

A: Armando

D: Dulce



D

R

G A

D

Mapa inicial

Mapa esperado

MODELO DE TRABAJO: Enfoque Estructural

OBJETIVOS

Establecer acuerdos, límites y jerarquía en el subsistema parental frente al subsistema fraterno y que la consultante logre resolver las tareas de la etapa del ciclo vital que vive la familia.

HIPÓTESIS

Los constantes conflictos que tiene la Sra. Rocío con su hija Gabriela respecto a las características, conductas, actitudes de su yerno y el que no asuman ambos sus responsabilidades funciona para confirmarle a la señora que todo va mal mientras su hija siga con él y que todo estaría mejor si ambos vivieran lejos de ella.

Esta situación impide a la Sra. Rocío desarrollarse de acuerdo a las tareas del ciclo vital que le corresponde vivir (nido repleto-nido vacío) tanto a ella como a su hija (matrimonio con hijos pequeños), por las responsabilidades que ella ha decidido asumir y que la sobrecargan. Por lo que las constantes disputas entre madre e hija lejos de llegar a un acuerdo las alejan, de tal forma que Gabriela prefiere sobre involucrarse en su trabajo y mantener la relación que tiene con su esposo.

IDEAS DEL EQUIPO

El equipo comentó que la señora Rocío se encontraba en un dilema al tener que dejar crecer a su hija para que se haga cargo de su vida favoreciendo esta independencia y a la vez ella también ser independiente, salir con sus amigas, conocer otros lugares y salir a bailar. Durante las siguientes sesiones se trabajó este aspecto para que ella viviera su vida sin perder la relación con sus hijos, además de descartar la idea que los hijos tienen su propia vida y dificultades y como madre la cercanía y lazos de unión se los puede dar a través de la ayuda. Además se mencionaron las cosas que la señora Rocío podría empezar a establecer para acercarse y alejarse de su hija sin que esto implique un costo emocional para ella.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Se indagó sobre los límites del subsistema de los hijos y el subsistema parental para saber cómo es la relación con cada uno de sus hijos.

- Un cuestionamiento sobre el que se reflexionó, fue de qué manera puede dejar crecer a su hija siendo responsable e independiente sin perder la relación con ella y cuáles son las áreas de cercanía y distancia que puede establecer.
- Se iluminaron las decisiones que ella tomó para dedicar tiempo a sí misma y las cosas que ella sí puede realizar, para buscar su bienestar y el de su familia.
- Se indagó como sería para ella estar bien viviendo con su hija en su casa y fuera de ella, así como la forma en la que empezaría a poner límites respecto al cuidado y obligaciones que la señora Rocío mencionó que ya no le corresponde hacer.
- Se le dejó reflexionar de qué otras formas puede procurarse espacios viviendo su vida sin responsabilizarse de lo que corresponde hacer a su hija.
- Se le planteó el dilema entre hacer cosas para sí misma disfrutando de su vida y sacrificarse por sus hijos al asumir sus responsabilidades.
- Cuestionamiento de la realidad al preguntarle qué tanto ella podría ejercer su papel de abuela-cuidadora y hacer su vida independiente de los demás.
- Se le cuestionó sobre la relación que tiene con su hija y su yerno. La Sra. Rocío mencionó que no ha cambiado, pero ahora ha reflexionado sobre lo que sucede y cree que puede seguir haciendo su vida siendo una abuela que cuida de su nieta, que delega la responsabilidad a los padres y cuando es necesario marca límites.
- Se evaluaron los cambios al preguntarle qué tendría que pasar para que la situación por la que inició la terapia volviera a presentarse; ella mencionó que eso no volvería a pasar, que tiene claras las tareas y funciones que le corresponden a ella, a su hija y a su yerno.

FINALIZACIÓN DE LA TERAPIA

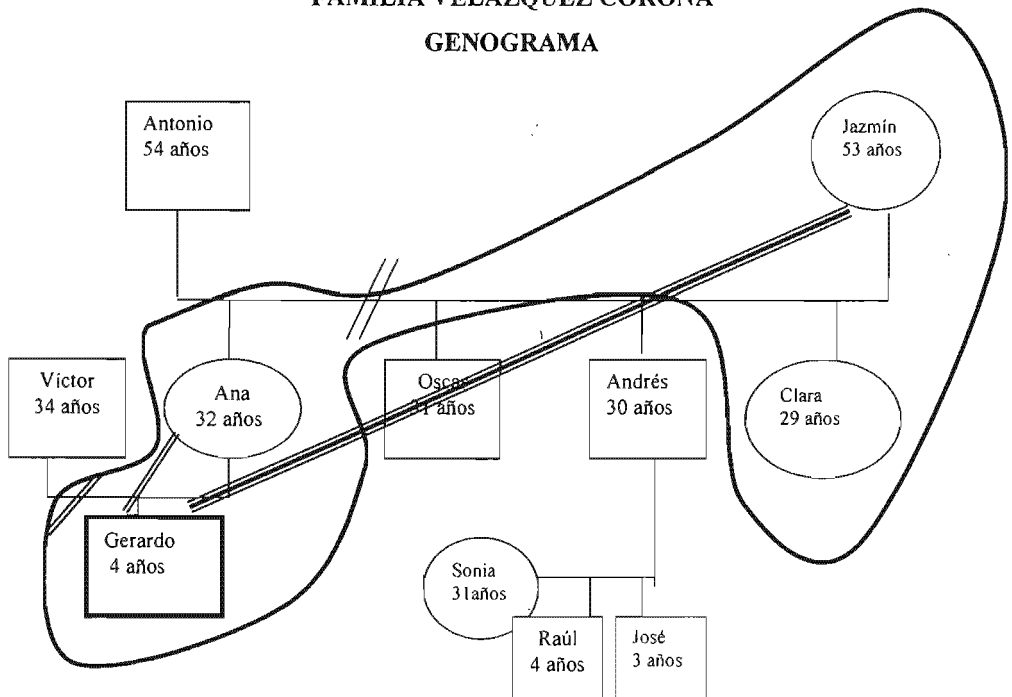
La finalización de la terapia con la Sra. Rocío se dio en términos de mejoría bajo la evaluación del equipo respecto a los cambios reportados por la consultante ya que manifestó que: “me ha ayudado mucho la terapia, el seguir reflexionando, lo que he aprendido aquí si me ha ayudado.”

Así mismo manifestó su visión respecto a la relación y los cambios que ella hizo y lo que ha reflexionado y enfatizó su deseo de superación constante, por ejemplo señaló: mi marido me decía “en el carro que voy se le trabó la reversa, entonces me dejó una enseñanza muy grande, y yo digo no hay reversa y tengo que seguir adelante, eso es algo que tengo bien marcado en mi vida”. Respecto al motivo de consulta en cuanto a la relación con su hija manifestó: “si se da un enfrentamiento como el de la última vez, yo le diría sigue tu vida y yo la mía, no quieres cambiar, pues ni modo. Yo me apoyaría en Dios mucho, es al que le pido, con el que platico y me da las fuerzas, y si hay un grupo o una terapia como ahorita, pues en la terapia.”

Se enfatizó la parte de los recursos de la señora y redes sociales y mencionó: “Si una amiguita, del Seguro, ella sabe, yo le platico y ella me escucha, incluso cuando la estoy regando me dice y yo lo valoro y trato de cambiar”.

De esta forma el equipo contempló la alta de la paciente porque se observó que logro estar muy clara en sus decisiones, con los límites, con sus hijos, con sus recursos y la responsabilidad con lo que le corresponde hacer a ella y a su hija. Con respecto a su nieta, la señora Rocío considera que disfruta estar con ella y cuidarla, pero que también es una responsabilidad de sus padres.

FAMILIA VELÁZQUEZ CORONA GENOGRAMA



MODALIDAD DE TRABAJO: Terapia Familiar con equipo, con supervisión en relato

NÚMERO DE SESIONES: 4

PERSONA QUE ASISTE A LA TERAPIA: Señora Jazmín

MOTIVO DE CONSULTA

La señora Jazmín solicitó el servicio de terapia familiar porque necesitaba recibir orientación sobre cómo educar a su nieto, pues su hija trabaja durante toda la semana y ella está a cargo de su educación, sin embargo, manifestó no estar preparada para guiarlo en la escuela.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La señora Jazmín mencionó que desde que nació su nieto Gerardo ella es la responsable de su educación; la maestra del Jardín de Niños le dijo que veía que Gerardo jugaba mucho a los dinosaurios, interés muy particular que el niño tiene, que estos juegos a veces

desconcertaban a los demás niños y la maestra pensaba que no estaba bien este interés que manifestaba el niño.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La señora Jazmín tiene 53 años, vive con sus dos hijas Clara de 31 años, quien estudió administración y Ana de 33 años que trabaja como empleada doméstica y su hijo Gerardo de 4 años de edad al que cuida su abuela.

ESTRUCTURA FAMILIAR

- Los límites de la familia son difusos, no hay una clara diferenciación en los límites y función en el subsistema parental.
- La jerarquía y/o el poder lo ejerce Jazmín es quien toma las decisiones en torno a la educación de Gerardo.
- El subsistema parental está formado por Jazmín quien lleva a cabo las funciones y tareas respecto al cuidado y disciplina de su nieto Gerardo. El subsistema fraterno está formado por Ana, Oscar, Víctor y Clara, las dos mujeres de esta familia son las personas que viven con la señora Jazmín.
- La alianza se manifiesta entre la madre e hija pues existe una buena comunicación y confianza mutua
- El miembro central es Gerardo pues los cuidados, atención y motivo de preocupación de la abuela giran en torno a él.
- Hay una buena comunicación entre la señora Jazmín y su hija respecto al cuidado y forma de educar a Gerardo, de tal manera que también tiene una buena comunicación con él.

CICLO VITAL

Jazmín comienza a vivir la etapa de adulto mayor, mientras que Clara y Ana corresponden a la etapa de nido repleto que a su vez se entrelaza con la familia con niños en edad preescolar. De acuerdo con esta última etapa y las características de la familia, los padres se deben a los hijos, hay una expectativa del hijo varón como primogénito, aumenta la autoridad femenina dentro del hogar, hay un inicio de patrones educativos a través de otras

instancias socializadoras. Uno de los principales problemas es la confrontación de reglas familiares y sistemas de reglas escolares.

CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD

La señora Jazmín consideró necesario recibir una orientación para saber cómo educar a su nieto ya que ella es la responsable de su formación y quiere darle la mejor educación que no logró con sus hijos.

TIPO DE FAMILIA

Familia de tres generaciones, se caracteriza por ser extensa. El valor cultural es de apoyo y cooperación en las tareas del hogar y de educación. Está constituida por abuela, hija y nieto en donde hay responsabilidades compartidas; en este caso lo asume la señora Jazmín y en menor medida su hija Ana, pero en donde es importante fijar límites y responsabilidades diferenciadas.

FUNCIÓN DE LOS SUBSISTEMAS

El subsistema parental está sobreinvolucrado en el subsistema de los hijos de tal forma que hay una excesiva preocupación por lo que sucede entre sus hijos, es decir, la señora Jazmín evalúa constantemente lo que hizo al educarlos, visualiza errores, lo cual le preocupa porque ahora ella se responsabiliza de su nieto.

PUNTUACIÓN DE HECHOS

La señora Jazmín cree que mal educó a sus hijos, quienes no tienen una buena profesión y no quiere repetirlo con su nieto Gerardo, pues espera que cambiando la forma de educarlo los resultados sean diferentes.

PAUTA TRANSACCIONAL

Genérico: sobreinvolucración del subsistema parental en el de los hijos, pero de acuerdo al contexto y reglas familiares, hay un acuerdo de colaboración. La señora Jazmín se percibe con poca jerarquía y fuerza para poder educar a su nieto.

Idiosincrásico: La señora Jazmín tiene la expectativa de lograr ser una buena abuela-educadora para Gerardo y ahí poder recuperar lo que no pudo hacer en su labor materna con sus hijos.

RECURSOS ADAPTATIVOS DEL SISTEMA

La señora Jazmín acude a terapia para mejorar la educación que le da a su nieto Gerardo, acude con familiares relacionados con la educación escolar para recibir orientación, y también lo hace a través de sus hijos.

ELEMENTOS QUE APUNTAN A LA TENSIÓN

La señora Jazmín se siente presionada por asumir la responsabilidad, educación y disciplina de su nieto Gerardo y desea tener límites claros con él. Teme volver a equivocarse, piensa que es una buena oportunidad que la vida le brinda para hacer las cosas mejor.

DILEMA DEL CAMBIO

La señora Jazmín desea moverse, caminar por un camino diferente pero sin dejar el control porque está en juego su papel de abuela-educadora.

MAPA FAMILIAR

Abuela J: Jazmín

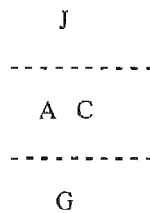
Hija 1 A: Ana

Hija 2 C: Clara

Nieto G: Gerardo



Mapa inicial



Mapa esperado

MODELO DE TRABAJO: Estructural y Breve Centrado en Soluciones.

OBJETIVOS

Establecer y reforzar los lados fuertes de la consultante para educar y disciplinar al menor del que se hace responsable, haciendo énfasis en los límites y jerarquía familiares.

HIPÓTESIS

El síntoma se manifiesta a través de una excesiva preocupación por cumplir su función de abuela-educadora con su nieto Gerardo. Esta situación impide visualizar otros aspectos de la relación con Gerardo, como darse cuenta de las señales que le comunica su nieto si la necesita, y de la excesiva preocupación reforzada por el miedo de repetir la historia de sus hijos con su nieto.

IDEAS DEL EQUIPO

El equipo enfatizó el diseño de reglas con el niño de acuerdo a su edad, así como normalizar la etapa en la que todos los niños tienen un especial interés por algún objeto o animal. También se señaló que la señora Jazmín interactúe más con su nieto de tal forma que a través del juego se logren establecer mejor las reglas.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

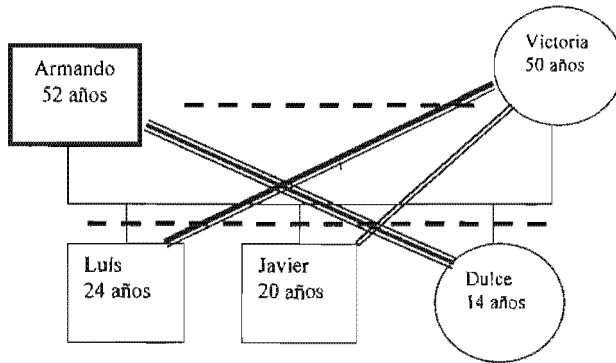
- Se identificaron los recursos: el apoyo que tiene de sus hermanos la señora Jazmín respecto al aprendizaje y manejo de los niños, la experiencia que tiene sobre el cuidado de sus propios hijos, el apoyo de la hija para implementar reglas con su nieto. La habilidad de buscar ayuda ante cualquier dificultad y la confianza que tiene su hija Ana para confiarle la educación de Gerardo.
- Se precisaron las excepciones: las ocasiones en donde la señora Jazmín reconoce que pone reglas respecto a la tarea que le dejan a su nieto.
- Se dio pauta para iluminar las ocasiones en las que se hace obedecer por su nieto al alzar el tono de voz.
- Se buscó la normalización: las etapas de los niños donde tienen preferencia por los animales, historias, caricaturas que cambian con el tiempo. Los momentos que

tienen todos los padres al preocuparse por sus hijos en las diferentes etapas de crecimiento.

FINALIZACIÓN DE LA TERAPIA

La terapia se concluyó, ya que, la señora Jazmín manifestó sentirse más tranquila respecto a los comentarios de la maestra y aunque su nieto no ha dejado de interesarse por los dinosaurios, se integra más a los juegos con los demás niños y no tiene queja alguna de su rendimiento escolar. Además comentó que se siente muy entendida en la terapia dada la excesiva responsabilidad que tiene hacia su nieto y que ahora sabe que debe estar más tranquila pues cuenta con los recursos suficientes para poder educarlo y que ante cualquier dificultad que no pueda resolver puede acudir a un experto o contar con el apoyo de sus hijos y sobre todo de la madre del niño; reconoció que la educación que le ha dado a Gerardo ha sido muy buena ya que es un niño muy inteligente que sabe que su abuela lo quiere y lo cuida.

FAMILIA ORTIZ ARTEAGA
FAMILIOGRAMA



MODALIDAD DE TRABAJO: Terapia Familiar con equipo y supervisión directa.

NÚMERO DE SESIONES: 6

PERSONAS QUE ASISTEN A TERAPIA: Sra. Victoria, Sr. Armando, Luis y Javier

MOTIVO DE CONSULTA

La Sra. Victoria acude al servicio de psicoterapia familiar para solicitar ayuda ante la depresión de su esposo, pues casi no habla, no quiere hacer nada, está triste, le da pereza hacer las cosas. La señora Victoria se siente muy sobrecargada y agotada y cree que también le ayudaría la terapia a ella y a sus hijos.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Desde un año antes el señor Armando presenta trastornos del sueño, primero insomnio y después dificultades para despertarse; desea estar dormido la mayor parte del tiempo, se aísla, tiene sentimientos de tristeza, por lo que acudió al psiquiatra quien le diagnosticó depresión y le recetó antidepresivos.

El señor Armando toma antidepresivos desde meses antes y aunque tuvo buenos resultados al principio, "ahora ya no es igual", por lo que la señora Victoria consultó al psiquiatra para

decirle que asistiría a terapia familiar pues consideró importante este tipo de ayuda para su esposo y su familia.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La familia Ortiz Arteaga está formada por el señor Armando de 52 años, la señora Victoria de 50 años, Luis de 24 años, Javier de 20 años, todos ellos dedicados a un negocio familiar de comida y Dulce de 14 años quien cursa la secundaria.

ESTRUCTURA FAMILIAR

- En la estructura familiar hay una clara delimitación en los límites y función en el subsistema parental. Éste es ejercido por la madre, y el padre, dada su depresión, ha pasado a un lugar de excesiva dependencia, sin jerarquía, esto ha provocado por una parte que añoren la organización anterior donde el padre ejerció funciones ejecutivas y de liderazgo y por el otro lado el no haber podido encontrar una nueva estructura donde participar todos desde un nuevo lugar. La condición actual generó que un hijo apoyara al subsistema parental.
- La jerarquía la ejerce la señora Victoria pues ella es la persona que toma las decisiones respecto a su hogar y enfermedad del señor Armando, así como del negocio familiar.
- El subsistema parental está formado por Victoria y Luis pues ambos están a cargo de las funciones y tareas respecto a la situación familiar y del señora Armando. Y el subsistema fraterno lo componen Javier y Dulce quienes tienen una buena relación entre ellos al igual que con el subsistema parental.
- El subsistema fraterno está formado por Luis, Javier y Dulce, ellos tienen claras sus funciones y roles dentro del sistema familiar.
- La alianza se manifiesta entre Victoria, Luis y Javier pues están comunicados respecto a las labores del hogar y negocio, mientras que entre Armando y Dulce también hay una buena relación afectiva de padre a hija.
- El miembro central es el señor Armando pues alrededor de él la familia se ha organizado, toman decisiones sobre su estado de salud y es por quien acuden a

terapia. El miembro periférico es Javier pues es quien se mantiene informado sobre la situación familiar pero al mismo tiempo alejado de la misma circunstancia.

- Hay poca comunicación entre el señor Armando y su familia debido a su enfermedad. Luis y Victoria constantemente se comunican con Armando y con los demás miembros de la familia.

CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD

La señora Victoria quiere saber cómo tratar a su esposo con la enfermedad que tiene pues considera que esta situación les ha afectado a todos.

Los hijos Luis, Javier y Dulce consideran que es importante saber cómo tratar a su padre y ayudar a su mamá ya que en ocasiones la ven desesperada por todas las responsabilidades que tiene hacia la familia y hacia su padre.

TIPO DE FAMILIA

Familia con soporte, están estructuradas con base a una delegación de funciones en un miembro del sistema. La responsabilidad la asumen los mayores en este caso la madre y el hijo mayor quien asume una función parental como representante del padre. No existen problemas porque las responsabilidades del hijo parental están bien definidas por la madre y no sobrepasan la capacidad considerando su nivel de madurez.

FUNCIÓN DE LOS SUBSISTEMAS

El subsistema fraterno está formado por Luis, Javier y Dulce en donde hay límites claros respecto a las funciones y tareas. Luis está más involucrado en el subsistema parental para poder ayudar a su madre con la responsabilidad que antes hacía su padre respecto al negocio familiar.

PUNTUACIÓN DE HECHOS

Victoria considera que es importante saber qué tiene su esposo para poder ayudarlo pues los constantes cambios de diagnóstico y la no mejoría del señor Armando la desespera mucho y los pone a todos de mal humor por no saber qué hacer.

Los hijos particularmente Luis considera importante no sólo ayudar a su papás sino también a su mamá, porque a ella le afecta que su esposo esté enfermo, pues ahora ambos (madre e hijo mayor) asumieron la responsabilidad.

PAUTA TRANSACCIONAL

Genérico: desequilibrio en la jerarquía entre Victoria y Armando.

Idiosincrásico: expectativa de Victoria para que el señor Armando se mejore y asuma su rol de padre y esposo. Y que madre e hijos estén tranquilos de acuerdo a su etapa de de ciclo vital.

RECURSOS ADAPTATIVOS DEL SISTEMA

Familia que busca constantemente el apoyo de los profesionales de la salud para que el señor Armando esté bien de salud.

Los miembros de la familia se apoyan y asumen funciones de otro subsistema para reestablecer el equilibrio del sistema debido a la enfermedad del padre. Además la madre no dejó a su grupo de la tercera edad en la que practica el cachibol y los hijos continúan saliendo con sus amigos y jugando fútbol soccer.

ELEMENTOS QUE APUNTAN A LA TENSION

Diferentes diagnósticos acerca de la enfermedad del padre.

Cuando la familia no ve mejoría en el señor Armando y se sienten desesperados e incluso molestos por no saber qué hacer.

DILEMA DEL CAMBIO

El dilema del cambio está en poder aceptar que independientemente de los diagnósticos como familia no se dejen arrastrar cuando ven que la enfermedad del señor Armando no mejora pues ello implica molestia y frustración entre sus miembros. Además de considerar que los cambios o avances en el señor Armando son lentos, además de compartir su sentir entre todos respecto a esta situación.

MAPA FAMILIAR

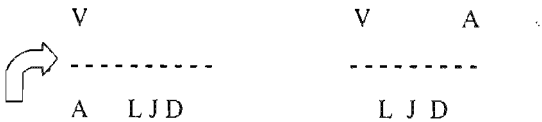
Madre V: Victoria

Padre A: Armando

Hijo 1 L: Luís

Hijo 2 J: Javier

Hija 3 D: Dulce



Mapa inicial

Mapa esperado

MODELO DE TRABAJO: Modelo Estructural

OBJETIVOS

Reafirmar los recursos (apoyo, unión, colaboración) entre los miembros de la familia para lograr una interacción de manera diferente con el progenitor y se reestablezca la dinámica del sistema.

HIPÓTESIS

El síntoma se manifiesta a través de la enfermedad del señor Armando y los constantes cambios de diagnósticos que no les ofrecen una solución provocando en la familia molestia y desesperación. Esta situación provoca que se sientan aún más desanimados y con la disposición para hacer algo no sólo por el señor Armando sino también para ellos mismos pues si está bien y no empeora la salud del padre ellos se sienten mejor, pero si no ven ningún avance se sienten desesperados.

IDEAS DEL EQUIPO

El equipo sugirió durante el proceso terapéutico que el señor Armando se realizara un examen médico general para conocer con mayor precisión su estado de salud. Así mismo consultar al médico psiquiatra para conocer su tratamiento y qué posibilidades tenía de prescindir del medicamento.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

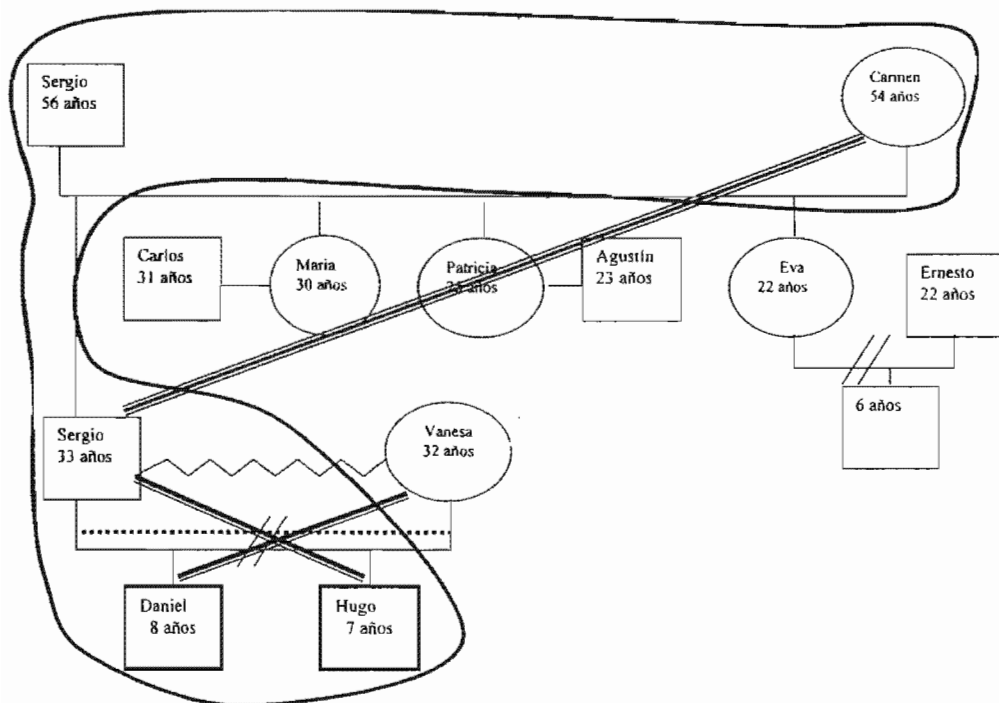
- Se conectó el síntoma con la familia de tal forma que la situación que afecta al señor Armando no es algo que sólo le pasa a él sino que también afecta la dinámica del sistema.
- Iluminación de lados fuertes en donde hay unión, apoyo, colaboración, buscan ayuda para el padre, son fuertes a pesar de las circunstancias y buscan espacios para sí mismos fuera del hogar.
- Foco de intensidad con el señor Armando para conocer su punto de vista respecto a lo que le sucede y cómo se siente en la familia.
- Reencuadre del síntoma del señor Armando como una forma en la que todos lo veían a él y dejan de verse a sí mismos.
- Iluminación de los momentos en los que la familia mencionó que todos estaban bien al interactuar de manera diferente con el señor Armando y las cosas que cada uno hacía para sí mismo.
- Preguntas circulares cuando se ausentó uno de los miembros de la familia para conocer que hacer o piensan respecto a lo que sucede en el sistema.

Durante el proceso terapéutico la familia encontraron que a pesar de la enfermedad del señor Armando pueden comunicarse con él preguntando sobre las cosas que necesita, su estado de salud, diciéndole lo que ellos hacen, hasta bromear. También saben que en ocasiones tienen que esperar a que el señor Armando actúe por sí sólo sin presionarlo para que tome su medicina o éste con ellos y realice las actividades relacionadas con el cuidado y aseo personal.

Además la posibilidad de seguir considerando los espacios que cada uno tiene para disfrutar de su tiempo libre y crecer como personas. La familia manifestó que la terapia les ha ayudado a saber cómo tratar al señor Armando y expresar sus pensamientos y emociones respecto a lo que les sucede.

De acuerdo con esto, el terapeuta replanteó con la familia el curso que seguiría la terapia y ellos manifestaron su interés por continuar el proceso terapéutico una vez al mes.

FAMILIA: SANDOVAL ESCAMILLA
GENOGRAMA



MODALIDAD DE TRABAJO: Terapia Familiar con equipo sin supervisión directa

NÚMERO DE SESIONES: 6

PERSONAS QUE ASISTEN A TERAPIA: Sr. Sergio, Sra. Vanesa, Sra. Carmen, Daniel y Hugo

MOTIVO DE CONSULTA

El señor Sergio mencionó que deseaba el servicio de terapia familiar porque no concluyeron la terapia que anteriormente habían tenido y quería continuarla para que sus hijos acepten la situación de divorcio que han vivido.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Aproximadamente desde hace un año el señor Sergio y sus hijos han vivido con la abuela materna debido a los conflictos que tenía él con su pareja. Concluyeron su proceso de divorcio y el padre obtuvo la custodia de sus hijos. La madre de los niños los visita ocasionalmente con el consentimiento del padre.

La familia Sandoval había asistido anteriormente a consulta de terapia familiar pues mencionaron que los niños tenían problemas de conducta, académicos, agresividad y desobediencia. En terapia se retomaron estos problemas y se exploraron los efectos de los padres ante la nueva organización, acuerdos, límites. La familia se resistió al cambio en la nueva etapa que estaban viviendo y decidieron no continuar con la terapia.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La familia Sandoval está integrada por la señora Carmen de 54 años, el señor Sergio de 56 años, su hijo Sergio de 33 años quien se divorció hace dos años de Vanesa de 32 años de edad con quien tuvo dos hijos, Daniel de 8 años y Hugo de 7 años de edad.

ESTRUCTURA FAMILIAR

- Los límites difusos porque no hay una clara delimitación en los límites y función en el subsistema parental.
- La jerarquía o el poder lo ejerce la abuela al educar a sus dos nietos y en menor medida el señor Sergio.
- El subsistema parental formado por Sergio y Vanesa tiene límites difusos y de la misma forma el subsistema en el que se incluye la abuela (pues también se desempeña en éste rol) en tanto las funciones y tareas respecto al cuidado y disciplina de los niños no se han acordado.
- El subsistema fraterno lo forman Daniel y Hugo el cual está involucrado en el subsistema parental.
- Hay una coalición por parte de la madre y sus hijos contra el padre y la abuela respecto a la autoridad que ellos ejercen. El padre y la abuela también están

coludidos en contra de la madre para que ella no intervenga en la relación con los niños.

- El miembro central es la señora Carmen está a cargo de sus nietos y toma las decisiones respecto a lo que para ellos es mejor en cuanto a su educación, salud física y emocional. El miembro periférico es la señora Vanesa quien sólo ve a sus hijos en determinados días de acuerdo con el señor Sergio.

CICLO VITAL

Es una familia de tres generaciones que se caracteriza por ser extensa, cuyo valor cultural es de apoyo y cooperación en las tareas del hogar y de educación. Se constituye por abuela, hijo y nietos.

Es una familia con hijos en edad escolar y divorcio, situación que ha sido difícil de manejar para la señora Carmen porque ella se encarga de la atención y cuidado de sus nietos y porque considera que es importante que sus nietos estén cerca de su padre y madre para poder educarlos. Los principales problemas son los conflictos generacionales, confrontación de reglas familiares y sistemas de reglas escolares, discrepancia entre los padres sobre la educación de los hijos. Los síntomas en esta etapa aparecen como problemas de conducta en los niños como enuresis o encopresis, berrinches, problemas académicos y en la pareja de padres que se han divorciado problemas de comunicación.

CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD

La señora Carmen y el señor Sergio acuden a terapia para que los niños Daniel y Hugo tengan un buen comportamiento en la escuela y en su hogar. Además consideran que el divorcio del señor Sergio y la Señora Vanesa ha afectado emocionalmente a los niños.

Daniel considera que hacer berrinches y desobedeciendo a la abuela logra llamar la atención de su mamá para que esté junto a él.

TIPO DE FAMILIA

Familia caótica o descontrolada, este tipo de familia se caracteriza por constantes problemas entre los padres quienes carecen de control en funciones, roles y jerarquías

respecto al cuidado de los hijos, particularmente el señor Sergio y la señora Carmen. Existe una descalificación constante entre la señora Carmen, Sergio y Vanesa quienes están a cargo de la educación de los niños.

FUNCIÓN DE LOS SUBSISTEMAS

El subsistema de los hijos está sobreinvolucrado en el parental, de tal forma que los niños hacen lo que quieren sin importar la jerarquía de los adultos. El subsistema parental tiene límites difusos en cuanto a las funciones y/o tareas entre padres para con sus hijos. Ambos padres están luchando y los niños lidian con un conflicto de lealtades.

PUNTUACIÓN DE HECHOS

Carmen considera que ambos padres deben ponerse de acuerdo para educar a sus hijos, mientras que su hijo Sergio visualiza diferencias en cuanto a la forma de educarlos y piensa que es difícil ponerse de acuerdo con Vanesa.

Vanesa, por su parte considera que todo estaría bien si sus hijos vivieran con ella, sin embargo, le resulta difícil ponerse de acuerdo con Sergio porque tienen muchas diferencias y éstas se agudizan cuando se trata de la educación de sus hijos y la relación con Carmen.

COMUNICACIÓN

Escalada simétrica entre Sergio y Vanesa por la forma en que cada quien considera importante educar a sus hijos. Cada uno ve inadecuado el manejo del otro, con respecto a la educación de los niños. No sólo son los hechos sino el significado que le atribuyen a ellos.

PAUTA TRANSACCIONAL

Hay un desequilibrio en la jerarquía entre Sergio y Vanesa y la expectativa de que sus hijos estarían mejor viviendo sólo con su padre o sólo con su madre.

RECURSOS ADAPTATIVOS DEL SISTEMA

Sergio acude a terapia para mejorar la relación con sus hijos y lograr que tengan un mejor comportamiento. Tener el apoyo de su madre para cuidarlos y llevarlos a consulta con el médico y el psicólogo para las terapias individuales con Daniel y Hugo.

Vanesa acude a terapia para ayudar a sus hijos a tener un buen comportamiento en la escuela y el hogar, además para estar cerca de sus hijos.

ELEMENTOS QUE APUNTAN A LA TENSION

El elemento que apunta a la tensión en Vanesa y Sergio es compartir responsabilidades y ponerse de acuerdo respecto a la educación y disciplina de sus hijos. La abuela al delegarles la responsabilidad a Vanesa y Sergio para vivir la etapa de ciclo vital que les corresponde a ella y su hijo. Los niños al dejar de hacer berrinches y dejar de ser groseros para que mamá esté con ellos y comportarse de acuerdo a su edad porque saben que de esta forma consiguen lo que quieren.

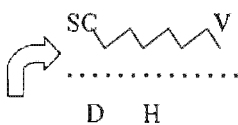
DILEMA DEL CAMBIO

El riesgo del cambio en el señor Sergio y la señora Vanesa es llegar a poner acuerdos en la forma en la que educan y disciplinan a sus hijos pues esto implica necesariamente asumir y trabajar sobre sus diferencias como pareja y como personas que tienen historias encontradas, cada uno tendría que transigir para buscar el bienestar familiar, sobre todo el de los niños.

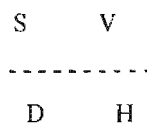
MAPA FAMILIAR

Padre S: Sergio, Abuela C: Carmen, Madre V: Vanesa, Hijo 1 D: Daniel,

Hijo 2 H: Hugo



Mapa inicial



Mapa esperado

MODELO DE TRABAJO: Enfoque Estructural

OBJETIVOS

Establecer acuerdos en el subsistema parental respecto a la educación y disciplina en el subsistema fraterno estableciendo límites y jerarquía. Lograr que los niños reconozcan las consecuencias de su mal comportamiento asumiendo la responsabilidad de las mismas y logren comportarse de acuerdo a su edad y ciclo vital que les corresponde.

HIPÓTESIS

El síntoma se manifiesta a través del mal comportamiento en Daniel y Hugo, con berrinches, ser groseros frente a la autoridad en la escuela y en el hogar como una forma en la que demuestran a su abuela y a su padre que son incompetentes para educarlos y con ello atraer la atención de mamá para que ella esté con ellos y los cuide. Sin embargo, esta situación impide que logren vivir la etapa de ciclo vital que les corresponde (padres separados con hijos en edad escolar) a ellos, a sus padres y a su abuela., y tener cercanía entre ellos.

IDEAS DEL EQUIPO

Las ideas del equipo fueron encaminadas a poner atención en la confusión de los niños ante la separación de sus padres e identificar quién de los dos es más permisivo con ellos. Comprender que abuela, padre y madre están esforzándose por los niños, pero principalmente necesitan responsabilizarse los padres a pesar de las diferencias entre ellos.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- Cuestionamiento del síntoma para que los niños se responsabilicen de su comportamiento como desobedecer, hacer berrinches y golpear.
- Escenificaciones entre padre e hijos para establecer acuerdos con el fin de romper las coaliciones y establecer alianzas
- Enfoque en las dificultades que presenta Daniel y las cosas que han hecho y necesitan hacer para que obedezca.
- Intensidad con los padres para establecer acuerdos respecto a la educación y disciplina de sus hijos.

- Reencuadramiento de la conducta de los niños como una forma de llamar la atención de mamá y papá para que estén juntos con la mamá.
- Cuestionamiento de la realidad familiar con la abuela y el padre al mencionar que la visita de la madre inquieta a los niños y provoca el mal comportamiento.
- Iluminación de los lados fuertes de la familia, abuela que sabe criar a los nietos, busca ayuda por todos los medios, no se conforma. Padre que quiere a sus hijos, se preocupa, es sensible, fuerte, se esfuerza por sus hijos. Niños que aman a papá y mamá, son cariñosos y atentos con los demás.
- Desequilibramiento con los hijos para que ellos dejen de tener el control.

Durante el proceso terapéutico fue necesario hablar únicamente con los padres para que llegaran a un acuerdo sobre la disciplina y educación de sus hijos. Sin embargo, el señor Sergio y la señora Vanesa manifestaron que ya no podría ser posible ya que tienen marcadas diferencias sobre el tema incluyendo su pasado como pareja y por ese motivo dejarían de asistir a terapia. Ante esta situación la terapeuta habló con los padres acerca de la importancia y consecuencias que tendría tomar esta decisión en ellos y en sus hijos a nivel emocional y de conducta.

2. Análisis del Sistema Terapéutico Total desde la Cibernética de 2do. Orden.

El contexto en el que se desarrolla la terapia familiar está formado por diversos sistemas según Troya y Auron (1988), los que se mencionan a continuación:

- Sistema familiar y el terapeuta forman el Sistema terapéutico
- Equipo y supervisor forman el Sistema de Supervisión
- Sistema de supervisión y el terapeuta forman el Sistema de terapeutas
- Sistema terapéutico, el Sistema de supervisión y la institución forman el Sistema Terapéutico Total

En todos estos sistemas una misma persona puede desempeñar diferentes roles y funciones y encontrarse en diversos sistemas.

En el Sistema de Supervisión se incluyó a los terapeutas en formación, cuya modalidad dentro de la terapia fue participar como observador y terapeuta en tres escenarios: FES Iztacala, Clínica Familiar de Tlalnepantla ISSSTE y el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco coordinados por las supervisoras.

En la Clínica de Terapia Familiar Iztacala se trabajó bajo la modalidad de atención terapéutica supervisada y sin supervisión, ambas con equipo. Desde la formación académica hasta el campo clínico aplicado las supervisoras orientaron y fomentaron el desarrollo de las habilidades necesarias para el ejercicio profesional en este ámbito logrando con ello crear las bases para un mayor desenvolvimiento y experiencia como terapeutas.

La modalidad de trabajo con equipo y sin supervisor es una extensión de lo que anteriormente se trabajó en las sedes clínicas coordinada por los propios terapeutas en el último semestre; nuestra labor consistió en apoyar y retroalimentar a nuestro compañero (a) terapeuta frente a la familia, orientando el proceso terapéutico y favoreciendo el desarrollo de las habilidades para un mejor desempeño.

El sistema se integró de la siguiente forma:

- Sistema familiar y terapeuta = Sistema terapéutico
- Sistema de supervisión (terapeutas en formación) y terapeuta = Sistema de terapeutas
- Sistema terapéutico y sistema de terapeutas = Sistema total

Esto propició un trabajo grupal en el que la participación fue rotatoria pues ejercíamos el papel de supervisores y supervisados, una observación más activa e integración de diferentes puntos de vista para orientar al terapeuta, una reflexión constante sobre la persona del terapeuta, la familia y formas de intervención.

Cabe destacar que esta forma de trabajo fue posible en parte por el equipo y el ambiente de confianza, apertura, calidez humana, respeto, compromiso y responsabilidad en cuanto al servicio y al trabajo grupal.

Por otra parte es importante mencionar que durante este proceso el alumno tenía la libertad de elegir y de consultar a las supervisoras de cualquier escenario clínico si hubiera una dificultad de índole teórica y práctica con las familias. Cuando esta situación se presentó, el terapeuta eligió al supervisor y horario para discutir, analizar y guiar el caso clínico. Estos aspectos se comentaron con los terapeutas que estaban enterados del caso para reestablecer la dirección hacia una solución eficaz con el sistema familiar.

En la clínica del ISSSTE el trabajo terapéutico estuvo a cargo de las supervisoras y terapeutas en formación. La supervisión durante el proceso de enseñanza- aprendizaje se encaminó a proporcionar orientación y consejos durante la sesión, así como a ejercitarnos en los diversos modelos de intervención de acuerdo al caso clínico. A través de la reflexión crítica y la retroalimentación sobre nuestra práctica nos ayudaron a realizar nuestro trabajo con una mayor precisión respetando nuestro estilo personal.

El equipo terapéutico por su parte también fue un medio que facilitó la adquisición de la experiencia práctica, ya que también hacían comentarios orientados hacia la sesión y el terapeuta. Además se incluyó en esta supervisión al equipo de observadores quienes también comentaron acerca del trabajo del terapeuta refiriéndose a los elementos que habría que corregir y aquellos en los que se subrayaron aspectos relevantes del trabajo.

Esto fue de gran importancia para el aprendizaje pues en los compañeros siempre se generó un clima de confianza y apertura particularmente en el equipo de terapeutas en el que me encontraba y que desde nuestro proceso de formación se promovió y conforme transcurría el tiempo fuimos observando nuestros avances.

Es importante mencionar que el terapeuta dentro de una institución médica adquiere otro carácter ya que el uso de la bata blanca como requisito para trabajar en el ISSSTE lleva implícito para los pacientes la connotación de doctor más que del terapeuta o del psicólogo. Por otra parte los pacientes, al ser referidos principalmente por el médico, traían consigo un diagnóstico previo, sin embargo, cuando esto sucedía se abordó el caso dejando de lado los diagnósticos y sólo utilizándolos como puntos de referencia ya que de otra forma podrían haber obstaculizado el curso de acción de la sesión.

La práctica terapéutica dentro del CCH Azcapotzalco se generó en un contexto totalmente diferente en cuanto a las condiciones de espacio, dado que la terapia familiar representaba un nuevo servicio que en sus inicios sólo contó con lo necesario (espacio, equipo técnico de grabación), pero la formación profesional de los terapeutas y del servicio siempre fueron de mucha calidad y reconocimiento.

Aquí la formación teórico-metodológica fue coordinada por una supervisora quien nos orientó durante la sesión a través del modelo de Milán y en las intervenciones. Los observadores al finalizar la sesión, comentaban desde la posición del paciente, el posible efecto que generaban las intervenciones terapéuticas, lo que permitió tener conocimiento del efecto de la intervención para el cambio con los pacientes y sobre nuestro trabajo como terapeutas en relación con él.

Independientemente de que cada supervisión tiene una dirección y organización, ésta tuvo un papel muy importante en la formación del terapeuta pues como lo mencionan Desatnik, Franklin y Rublí (2002), debe comprender y entender quiénes son los terapeutas y cuál es la dinámica de grupo, conocer a fondo la teoría y la técnica para saber cuándo orientar, facilitar y corregir a sus supervisados pues de ello depende que su tarea sea un éxito y del mismo modo lograr que sea un aprendizaje enriquecedor mutuo.

El proceso de entrenamiento permitió a los terapeutas desarrollar sus habilidades teórico-metodológicas bajo diferentes modelos teóricos, desde el estructural hasta el narrativo cada

uno de estos considerando las necesidades de la familia y el plan de tratamiento del terapeuta.

Cuando fuimos observadores la tarea en la terapia consistió en identificar los elementos técnicos de un modelo y al finalizar comentar sobre la sesión refiriéndonos al trabajo del terapeuta, lo que creíamos debía mejorar, dudas y comentarios entorno a la misma. Esta experiencia me ayudó a introducirme paulatinamente en el enfoque sistémico, así como las diferentes formas en las que los terapeutas crean el ambiente e interactúan con la familia.

Ser parte del sistema supervisor en el que están incluidos otros terapeutas en formación me permitió vincular la teoría con la práctica, pues la información acerca del enfoque, la observación de la familia y las actividades académicas me proporcionaron elementos para tener un conocimiento amplio y enriquecedor que fortaleció mi formación profesional.

Uno de los aspectos más significativos al participar en los escenarios clínicos desde un inicio fue haberme proporcionado el contexto en el que participé conforme transcurrió la Residencia: los momentos en los que acontece la terapia, la forma de trabajo de las supervisoras, terapeutas y familias. Además de haber conocido la terapia bajo las normas de una institución, el transcurso de la sesión y la finalización del servicio, lo cual me dio un marco contextual para ponerlo en práctica en el ámbito privado inicialmente.

De esta manera la supervisión con familias representa un factor importante dentro del ejercicio de la práctica clínica. Es un proceso formativo que incluye el sistema terapéutico total en el que estuvo inmersa la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor.

El trabajo clínico con familias visto desde la perspectiva del terapeuta representa una fase de aprendizaje en donde como terapeuta se desarrollan las habilidades bajo el apoyo de la experiencia y enseñanza del supervisor en diferentes momentos, pues como lo señala Fleming 1953 (citado en Domínguez, 1999) hay diversas etapas por las que atraviesa el terapeuta en supervisión tales como: la imitación, corrección y aprendizaje.

La experiencia dentro del sistema de terapeutas (sistema de supervisión y terapeuta) ha sido un proceso de entrenamiento que promovió el enriquecimiento y desarrollo de habilidades que en el transcurso del trabajo se fueron insertando mejorando con ello el trabajo del terapeuta. Esto fue posible gracias a las múltiples voces que forman el equipo y que facilitaron dicho aprendizaje.

Un aspecto importante dentro de este proceso de formación es que además de orientar sobre la aplicación de las técnicas o intervenciones, también nos acompañaron y respaldaron durante la terapia, lo que generó seguridad y confianza en el terapeuta como en los demás integrantes de la supervisión para que el proceso terapéutico y de retroalimentación a nivel personal y profesional con la familia tuvieran éxito.

Ser parte del sistema terapéutico (sistema familiar y terapeuta) fue una experiencia que nos permitió estar en contacto con diversas circunstancias, en donde hay que tener una visión global de lo que sucede con la familia y al mismo tiempo interactuar con los distintos individuos de diferente forma para poder llevar a cabo las intervenciones y saber el grado de influencia que esto tiene en el sistema. Como lo señalan Troya y Auron (1988) es un largo proceso de entrenamiento en donde el terapeuta ha de ocupar estas distintas posiciones para tener un mejor desempeño con la familia consultante.

Un aspecto realmente significativo dentro de la terapia familiar es que se involucran diferentes construcciones de la realidad dentro de un mismo sistema, así un acontecimiento es percibido o interpretado de diversas maneras por cada uno de los miembros de la familia y también por los miembros del equipo y supervisor. De esta forma el trabajo que realicé desde la perspectiva sistémica con uno o dos miembros de la familia el cambio no sólo se propiciaba a nivel individual sino también un cambio en las relaciones, en donde se modificaron pautas de comportamiento, roles y estructura familiar.

La habilidad para supervisar junto con otros colegas a las familias, favoreció en gran medida la posibilidad de ubicar en la práctica un modelo teórico y el diseño de intervenciones sobre una problemática en particular.

De esta manera el equipo de supervisión total representó un espacio de formación profesional que promovió nuestro desempeño como profesionales, que ayudó a tener múltiples visiones a través de la retroalimentación hacia nuestro trabajo con comentarios al finalizar la sesión, entorno a aspectos tales como posibles intervenciones, elementos relevantes del trabajo del terapeuta y observaciones para mejorar nuestro trabajo.

3. Habilidades de Investigación

El programa de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología, provee de los conocimientos generales al alumno para que sea capaz de diseñar y conducir un proyecto de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares y de pareja.

Al llevar a cabo la investigación se pretende que el alumno:

- Muestre una comprensión básica y respeto a los fundamentos científicos de la disciplina.
- Cuento con el conocimiento metodológico que le permita apreciar y emplear las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la investigación científica.
- Diseñe y conduzca proyectos de investigación aplicada en escenarios profesionales, fundamentados en una metodología apropiada, incorporando para su realización asesores expertos en investigación.

A través de la realización de la investigación con diferente metodología es importante destacar que el diseño y aplicación requieren de un gran conocimiento teórico y práctico para llevar a cabo los propósitos de la misma. Para mí, la metodología cuantitativa representa un método que comprende gran parte de la información de manera general desde una pequeña muestra hasta toda una población, que permite tener la posibilidad de visualizar de forma gráfica y numérica los datos de manera rápida y precisa en una investigación.

Por otro lado, la metodología cualitativa provee información de manera más profunda y detallada, aunque es difícil de poder llegar a generalizar, sin embargo, para lo fines terapéuticos considero que puede ser una herramienta que proporciona datos sobre un tema en particular con

una familia, individuo o pareja. Es un método que representa una forma diferente de acercarnos a conocer y analizar los fenómenos sociales.

3.1 Reporte de Investigación

Es importante destacar que la investigación se realizó en dos modalidades cuantitativa y cualitativa, no fueron dos investigaciones distintas sino dos maneras de acercamiento, lo cual implica un esfuerzo de integración y síntesis. A continuación se presenta el estudio realizado desde la metodología cuantitativa.

A. Metodología Cuantitativa

La familia es la base de la sociedad humana en la que sus miembros se desarrollan de manera integral y se relacionan estrechamente bajo diferentes contextos y circunstancias. A su vez, conforma un ciclo de vida en la que sus miembros enfrentan una serie de tareas de desarrollo que siguen una progresión de complejidad creciente desde la etapa de noviazgo, pasando por el matrimonio con hijos hasta la vejez.

A lo largo de este proceso hay períodos de equilibrio y adaptación en el que hay una adquisición y dominio de habilidades, pero también hay períodos de desequilibrio. Un período común de crisis es cuando los hijos comienzan la escolaridad y la familia ha de relacionarse con un nuevo sistema ajeno al suyo, en el que es necesario elaborar nuevas reglas y límites que le permitan al hijo crecer. Sin embargo, una familia con un hijo con discapacidad, además de enfrentarse a las mismas situaciones de la etapa también ha de adaptarse a necesidades especiales de una discapacidad como el Síndrome de Down ya que conforme va creciendo precisa de nuevos aprendizajes para poder lograr un desarrollo acorde a las posibilidades de su condición y a las experiencias educativas y de estimulación que ha tenido.

Lo que cada niño realiza tanto en un sistema escolarizado normal como en uno de educación especial es tan importante como lo que se hace en casa que se expresa a través de las relaciones interpersonales entre sus miembros, su desarrollo integral y su estabilidad dentro del sistema para realizar sus funciones.

El presente estudio titulado “Clima social en familias con niños en edad escolar sin discapacidad y con Síndrome de Down” tuvo la finalidad de conocer cómo es el clima social en familias con niños en edad escolar (7-12 años) y familias con niños con Síndrome de Down de la misma edad. Participaron 20 padres de familia (con hijos en las edades antes mencionados) a los que se les aplicó la escala de Clima Social de Moos el cual consta de 20 reactivos divididos en tres subescalas (relaciones, desarrollo y estabilidad).

Los resultados promedio señalan que ambas muestras están dentro de los rangos normales que evalúa la prueba, sin embargo, se observa que en algunas subescalas las familias con niños especiales están por encima de la otra familia como en el área de las relaciones y el control, lo cual puede atribuirse a la unión y apoyo en las tareas que demanda un niño con esas características y a las normas o reglas que denotan la dirección de la vida familia que es algo que se promueve en estos niños.

Se puede ver de qué manera el clima social en las familias representa un punto importante para saber qué es lo que sucede y qué áreas necesitan tener un mejor desarrollo. Es una primera aproximación para pensar que, independientemente de los miembros que conforman la familia, hay áreas que merecen atención.

La actividad de investigación incorporada a la formación de residentes permite tener una visión integradora del objeto de estudio que es la familia y su contexto relacional, dividido para su estudio en esferas que están implicadas en las relaciones familiares.

B. Metodología Cualitativa

El proceso evolutivo de la familia se determina a través de una serie de etapas en la que sus miembros se desarrollan de manera integral. Cada etapa exige el dominio de tareas y funciones, periodos de adaptación y crisis. Uno de ellos es cuando los hijos comienzan la escolaridad en el que el sistema necesita hacer ciertos ajustes para lograr un equilibrio.

Las relaciones interpersonales entre sus miembros, el desarrollo integral y la estabilidad son factores dentro del sistema importantes para la realización de las tareas y aptitudes pertinentes a la etapa de ciclo vital que atraviesa la familia.

Así, el presente estudio denominado: “Etapa de Ciclo Vital: Matrimonio con hijos en edad escolar (7-12 años)”, tuvo el propósito de conocer cómo una familia en la etapa de niños en edad escolar (7-12 años) se organiza y apoya, expresa sus sentimientos, emociones, enfrenta y supera las situaciones de conflicto y contribuye a un desarrollo integral para todos sus miembros. Se realizó la investigación con una familia utilizando metodología cualitativa a través de un estudio de caso en el que se pretendió analizar cómo está constituido el mundo social visto como un proceso rutinario y cotidiano por parte del que vive en él, así como analizar los procedimientos que hace el individuo para dar una explicación a sus acciones.

La metodología se basó en una entrevista a profundidad con preguntas abiertas en la que se obtuvo información respecto al tema de las relaciones sociales en la familia como: la cohesión, el conflicto y la expresividad. Una vez obtenida la información se codificó y se agrupó en las categorías mencionadas.

A través de esta investigación se logró conocer cómo la persona percibe su relación en el sistema familia y qué hace en ella, cómo construye y le da explicación a los acontecimientos de su vida cotidiana. A través de este tipo de metodología la información que se obtiene es más profunda y variada, sobre un aspecto en particular que podría apoyarse con la referencia de los otros miembros de la familia para conocer la visión que cada uno tiene sobre sí mismo y los demás.

4. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento

En la Maestría, el plan de estudios contempla una combinación de cursos formales escolarizados y un programa de Residencia, que se caracteriza por tener actividades de enseñanza práctica supervisada en escenarios de ejercicio profesional.

En los cursos formales escolarizados se enseñan los conocimientos generales de la disciplina, específicamente lo relacionado con: métodos de investigación aplicada y estadística, medición y evaluación, diseño y construcción de sistemas de diagnóstico, así como teorías y modelos de intervención específica en Psicología. Mientras que en el Programa de Residencia se establecen las habilidades profesionales especializadas que constituyen el eje central del entrenamiento profesional en los campos de conocimiento aplicado.

De esta manera, los conocimientos adquiridos con los cursos formales me proporcionaron los diversos métodos, procedimientos y técnicas necesarios para incidir en un problema de interés que utilice en la investigación como en la intervención con la familia y grupos sociales.

Introducir los elementos teóricos al campo profesional fue un proceso que aconteció de manera simultánea; algunos de los conceptos los aprendí al estar con los pacientes o al observar a mis compañeros. Mientras que los conocimientos relacionados con el tronco común de la Psicología tenían en ocasiones designado un tiempo y espacio para que se ejercieran una vez trascurrido el proceso de la enseñanza, lo cual muestra dos procesos de aprendizaje que fueron fáciles de adaptar de acuerdo a las circunstancias.

Durante mi formación desarrollé diversas habilidades como la flexibilidad para pasar de una visión individual a una familiar aún cuando sólo fuera una persona, incluyendo la parte teórica de una relación causa-efecto a la de sistemas. Logré analizar las relaciones en torno a la familia, así como los elementos teóricos de los enfoques terapéuticos para implementarlos a la práctica clínica. Desarrollé la habilidad para relacionarme con cada uno de los miembros de la familia, a un tiempo, espacio y ritmo. Logré integrar la información referida por los pacientes, las ideas y sugerencias de las supervisoras y compañeros para transmitirlos en una sola voz, además alta tolerancia a la frustración cuando las pacientes dejaban de asistir sin motivo aparente aún cuando hubo contacto vía telefónica para acordar una nueva cita y nuestro plan de trabajo quedaba inconcluso.

Entre las dificultades a las que me enfrenté fueron los límites de intervención clínica a los que como terapeuta puedo llegar para promover cambios en el sistema. Las condiciones socio-ambientales en las que nuestro trabajo puede verse interferido. Los momentos en los que en la teoría se revisaba un enfoque mientras que en la práctica se utilizaba otro o se veía sólo uno porque así lo requerían las familias.

Todo esto marcó un proceso de aprendizaje que paulatinamente se fue integrando con la experiencia propia y la de los compañeros. Constituyó una parte esencial de todos como terapeutas que aún cuando el contexto y las circunstancias sean diferentes, esta forma de trabajo es inherente al ejercicio de nuestra profesión.

5. Productos Tecnológicos

5.1 Productos Tecnológicos Individuales

MANUAL DE TECNICAS



MODELO ESTRUCTURAL

Dirigido a: Alumnos del Área Clínica especialización en Terapia Familiar.

Objetivo: Exponer cada una de las técnicas y características del Modelo Estructural de Salvador Minuchin mediante casos ficticios.

El Modelo de terapia Estructural representa un enfoque terapéutico dentro de la terapia familiar cuyo precursor es Salvador Minuchin quien con su equipo de colaboradores entre los que se encontraban Braulio Montalvo y Jay Haley, desarrollaron este enfoque centrado en la estructura familiar.

Bajo este modelo la concepción de la familia se organiza y se estructura como un sistema abierto y en transformación afrontando diferentes tareas evolutivas a través de subsistemas como el conyugal, el paternal y el fraterno, cada uno con funciones específicas y habilidades diferenciadas.

Así mismo en la estructura de este enfoque se manejan conceptos tales como los subsistemas, los límites, las coaliciones, las alianzas, jerarquías, territorio y geografía que permiten comprender la cosmovisión total de la familia para su tratamiento.

Aquí la terapia es definida como una terapia de acción en donde el terapeuta rediseñará la organización y estructura familiar disminuyendo o desapareciendo el síntoma del paciente identificado o el motivo por el cual la familia asiste a terapia. Esto lo realiza mediante diversas técnicas para cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad familiar.

Conocer cada una de las técnicas en las que el modelo Estructural actúa para promover el cambio permite entender de manera clara y precisa qué papel ha de desempeñar el terapeuta, cuál es su función de acuerdo a la técnica, qué movimiento y preguntas puede hacer llegar a dicho fin.

Es así como mediante el video el alumno podrá observar los diferentes momentos de la terapia en los que se ejemplifica de qué manera el terapeuta cuestionará el síntoma, la estructura y la realidad familiar.

Este material didáctico provee al alumno de elementos que facilitan la adquisición del conocimiento del modelo de terapia familiar con la finalidad de contribuir a su formación profesional como terapeutas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



MANUAL DE TECNICAS DE TERAPIA BREVE
CENTRADO EN PROBLEMAS

Dirigido a: Alumnos del Área Clínica especialización en Terapia Familiar.

Objetivo: Exponer cada una de las técnicas y características del modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas mediante casos ficticios.

La Terapia Breve es un enfoque dentro de la terapia familiar desarrollado por el equipo del Mental Research Institute cuyos representantes son Watzlawick, Weakland, Jackson y Fisch durante la década de los 60's.

Los principios básicos de la terapia se basan en la teoría de grupos y los tipos lógicos, teorías que permitieron entender y desarrollar el cambio y modificación del sistema en el contexto terapéutico.

Aquí la situación psicológica del paciente se conceptualiza como problema y a partir de ello se utilizan diversas estrategias para promover el cambio tales como: las intervenciones principales basadas en los intentos de solución del paciente como el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo, intento de dominar un acontecimiento aplazándolo, intento de llegar a un acuerdo mediante opción, intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación, y la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa y las intervenciones generales como: no apresurar, peligros de una mejoría, cambio de dirección y cómo empeorar el problema.(Fisch, Weakland y Seagal, 1999)

Es importante destacar que bajo este enfoque el rol del terapeuta tiene la dirección y la responsabilidad sobre el tratamiento. Así mismo es importante distinguir quién viene a terapia, si el cliente o el paciente, lo cuál ayuda a entender ante qué persona esta el terapeuta desde el punto de vista terapéutico y determinar cuál es su postura ante el tratamiento y la necesidad de cambio.

Es así como a través del manual se podrá conocer el origen y desarrollo de la Terapia Breve, cuáles son las premisas básicas, y cómo se aplican cada una de las técnicas para abordar un caso de terapia familiar mediante este modelo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



MANUAL DE TÉCNICAS DE
TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

Dirigido a: Alumnos del Área Clínica con especialización en Terapia Familiar.

Objetivo: Exponer cada una de las técnicas y características del Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones.

El enfoque Centrado en Soluciones es un Modelo de Terapia que se desarrolló a partir de las ideas de Milton Erickson, la clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute y el centro de Terapia familiar breve.

Los principales precursores de este modelo son Steve de Shazer, Michel Weiner Davis, Bill O'hanlon, Insoo Kim Berg entre otros. Su idea frente al problema que el cliente presenta es buscar o centrar su atención en aquello que les funciona y por lo tanto ampliarlo.

Los presupuestos básicos bajo los cuales se orienta ponen de manifiesto la idea de los recursos y fortalezas de los clientes para resolver su problema, la idea de que el cambio es constante, buscar e identificar los cambios, identificar aquella información que ponga en énfasis la solución, la idea de que un pequeño cambio lleva a otros cambios.

Las estrategias que aplican para promover el cambio son: las preguntas Presuposicionales, las excepciones, la preguntas orientadas al futuro, sobre el problema y las intervenciones se dirigen a cambiar la forma de actuar, de cambiar la forma de ver la situación problemática y evocar los recursos, soluciones y capacidades del cliente, así como las intervenciones para mantener los cambios.

Es importante destacar que bajo este enfoque, el rol del terapeuta es el de experto pero el proceso se enfoca como una relación de cooperación entre ambos a través de sus experiencias y conocimientos.

Es así como a través del manual se podrá conocer los supuestos básicos bajo los cuales se desarrolló la Terapia Breve Centrada en las Soluciones, las formas y técnicas de intervención para abordar la problemática con el cliente.

5.2 Productos Tecnológicos Colectivos

VIDEO DE TÉCNICAS



MODELO ESTRUCTURAL

Dirigido a: Alumnos del Área Clínica, especialización en Terapia Familiar.

Objetivo: Enseñar mediante la simulación de un caso familiar las diversas técnicas del modelo de terapia estructural de Salvador Minuchin.

Duración: 35 minutos.

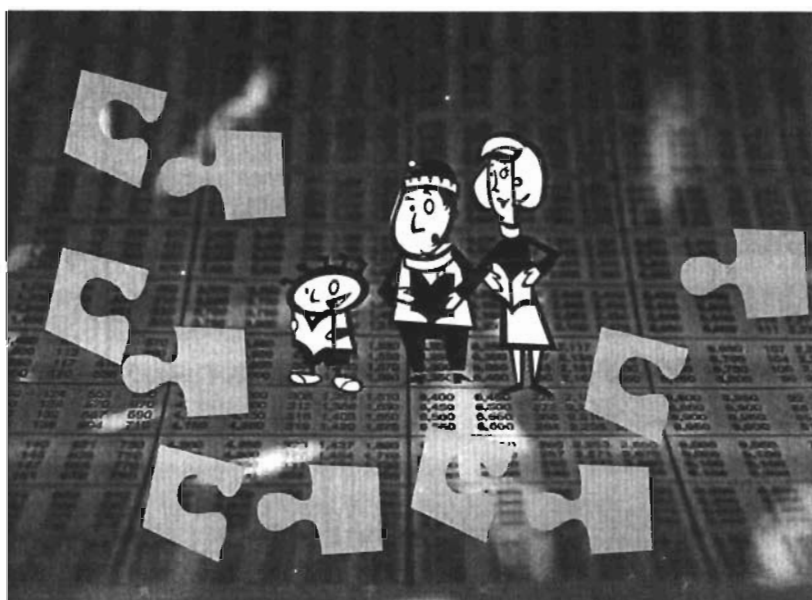
Síntesis:

En la cinta se exponen las técnicas del enfoque estructural a través de un caso simulado. El alumno podrá identificar los principales conceptos que caracterizan a este enfoque como: los límites, coaliciones, alianzas, jerarquía, geografía y territorio.

Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: el papel del terapeuta para transformar la estructura y funcionamiento familiar. Las técnicas terapéuticas para promover el cambio cuestionando el síntoma a través de la escenificación, enfoque e intensidad. El cuestionamiento de la estructura por medio de la fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad. Y finalmente el desafío de la realidad familiar utilizando las construcciones, las paradojas y los lados fuertes de la familia.

A lo largo del video el alumno podrá ver el desarrollo de la terapia de familia a través del modelo Estructural los momentos en los que el terapeuta habrá de utilizar una técnica de acuerdo con lo que presenta la familia, los elementos que habrá de identificar, así como los movimientos para llevarla a cabo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



VIDEO DE TÉCNICAS DEL ENFOQUE
ESTRATÉGICO

Dirigido a: Alumnos del Área Clínica y especialización en Terapia Familiar.

Objetivo. Enseñar mediante la simulación de un caso familiar las diversas técnicas del Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley

Duración: 35 minutos

Síntesis:

En la cinta se expone de manera breve la trayectoria de los principales exponentes del enfoque estratégico, Jay Haley y Cloe Madanes, así como las diversas técnicas y proceso terapéutico de dicho enfoque. De esta forma, se desarrolló la terapia mediante un caso simulado, el terapeuta lleva a cabo las etapas de la primera entrevista como: etapa social, planteamiento del problema, etapa de interacción y etapa de fijación de meta.

Así mismo realiza diversas intervenciones que consisten en indicar a la familia actividades que tienen que realizar dentro y fuera de la entrevista que también sirven para reunir información sobre cómo responde la familia ante las instrucciones. Las técnicas que se exponen en el video son las directivas las cuales se dividen en directas, paradójicas y metafóricas. Así mismo se representan la técnica de la redefinición y la técnica de ordalía.

En cada uno de los momentos terapéuticos el alumno podrá observar de qué forma se desarrolla la terapia, la forma en la que el terapeuta se conduce durante el transcurso de la misma y las técnicas que ayudarán a la resolución del problema presentado por la familia.

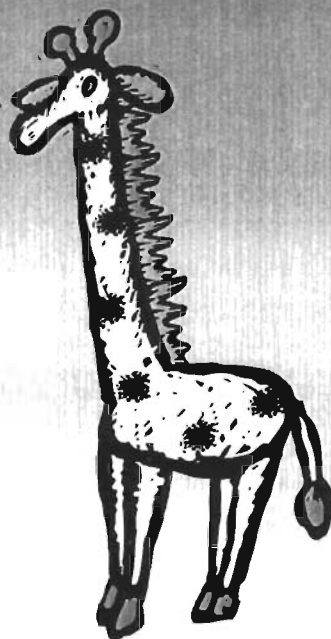
De esta forma a través del video didáctico del enfoque estratégico el alumno puede entender de manera clara y precisa quién es el representante de dicho enfoque y su trayectoria terapéutica, el rol terapéutico y las técnicas que utiliza este modelo.



LÍNEA DEL TIEMPO

TALLER DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA

MÉTODO DE
COMUNICACIÓN
DESARROLLADO POR
EL DR. MARSHALL



Dirigido a: Alumnos del Área Clínica y especialización en Terapia Familiar Sistémica.

Se realizó un trabajo de investigación sobre la Historia de la Terapia Familiar Sistémica en el mundo con el propósito de conocer a los precursores de este movimiento, los acontecimientos que dieron origen a la terapia, publicaciones y encuentros, así como los sucesos científicos y sociales de ese momento.

A lo largo del documento se puede consultar las fechas de nacimiento de los protagonistas que configuraron esta corriente en la Psicología, los estudios que realizaron y los artículos que publicaron para empezar a ubicarse dentro de escuelas como las de Palo Alto, Milán, los trabajos de Erickson, e Institutos con el mismo fin, entre otros.

También los encuentros entre terapeutas, así como las colaboraciones entre los mismos para dar origen a nuevas ideas o reestructurarlas con la finalidad de ofrecer una visión diferente sobre los procesos y relaciones en el individuo y la familia.

Este puede ser una guía que de manera general y sistemática ayuda a conocer la historia de la terapia familiar sistémica desde su origen hasta los hechos actuales. Es una línea que se proyecta a futuro pues los acontecimientos que ocurren en la terapia se pueden seguir renovándose día a día.

Es así como esta investigación permite obtener información de manera general y nos coloca en la posibilidad de poder ingresar a través de nuestras contribuciones en la historia de la Terapia Familiar Sistémica en México y el mundo

Dirigido: al Público en General

Objetivo: Enseñar a través de diversos ejercicios habilidades relativas al lenguaje y la comunicación que permitan al participante reestructurar su forma de expresar y escuchar a los demás.

Duración: 4 horas.

El modelo de Comunicación No Violenta fue desarrollado por el doctor Marshall B. Rosenberg el cual permite ayudar a la persona a entender de qué manera puede utilizar el lenguaje para lograr el entendimiento mutuo evitando conflictos y logrando soluciones.

El modelo se compone de cuatro pasos que es importante identificar y realizar cuando la persona se comunica con los demás. El primer paso consiste en observar lo que sucede, describir sin calificativos, sin evaluaciones y posteriormente identificar qué es lo que se siente ante lo que se observa con la finalidad de buscar los sentimientos que se estén expresando y responsabilizándose de ellos. El tercer componente es identificar la necesidad que tiene relación con los sentimientos que ya se han descubierto y el cuarto paso es la petición que tiene como fin diferenciar entre lo que es la exigencia y la solicitud siendo precisos y concretos con esta última cuando se le pide algo a una persona (Rosenber, 2000).

El Taller de Comunicación No Violenta se llevó a cabo en la FES Iztacala con un grupo de estudiantes de la carrera de Enfermería. Se realizaron diversos ejercicios de forma grupal e individual donde el participante conoció los principales elementos de este modelo con el objeto de comunicarse de una forma diferente y lograr redirigir su lenguaje y expresión con los demás en diversas situaciones.

TALLER A PADRES



APRENDIENDO A SER ALGUIEN DISCIPLINADO

Dirigido: A Padres con hijos en edad escolar.

Objetivos:

- Que los participantes aprendan la importancia de poner límites a sus hijas e hijos.
- Que los participantes puedan mostrar disciplina a sus hijos(as).
- Que los participantes tengan elementos para ayudar a sus hijos(as) a organizar y planear su tiempo.

Número de sesiones: 2 sesiones de aproximadamente de 2 horas cada una.

Número de participantes: 20 personas

Introducción:

La disciplina se establece desde los primeros años de vida por medio del aprendizaje de las reglas familiares, de la formación de hábitos de higiene, de la repetición de actividades rutinarias y de la responsabilidad gradual que se les va dando a los niños(as) conforme van creciendo.

Para ayudar a inculcar disciplina a los niños(as) es importante que desde los primeros años se establezcan hábitos de constancia, responsabilidad, orden e higiene, que además les ayudarán a desarrollar otras habilidades en otras áreas como lo es la del desempeño escolar.

Una vez que se establecen los hábitos es importante dar apoyo y supervisión para que los niños(as) aprendan a organizarse y adquieran las habilidades necesarias para responder a las exigencias de la escuela y de otras actividades que realicen.

Anteriormente se pensaba que para que un niño(a) fuera disciplinado era indispensable que sus padres y/o madres fueran estrictos y lo educaran mediante castigos, imponiendo de esta manera lo que se debía hacer, sin embargo ahora se sabe que son varios factores los que forman la disciplina de un niño(a) y que ésta no se establece por medio de castigos.

Al hablar de disciplina es necesario retomar la importancia de que existan reglas dentro de la casa; estas reglas deben establecerse tomando en cuenta las opiniones y necesidades de todos los miembros de la familia. Una vez establecidas las reglas y siendo comunicadas claramente, es posible establecer límites, esto es, saber hasta dónde se tolera una conducta y en qué momento se considera inadecuada porque se están rompiendo las reglas establecidas. Al poner límites los niños(as) se dan cuenta de que son responsables de su conducta y que tienen la opción de elegir otras alternativas negociadas con sus padres, en lugar de realizar la actividad que está fuera de las reglas.

Un punto que ayuda a la formación de la disciplina es la de la organización; de esta forma es posible programar las actividades y hacerse responsable por ellas; además se puede programar tiempo para estar juntos y para hacer cosas de manera individual dándose un espacio para esparcimiento y otro para actividades del hogar o escuela.

Se sabe que la disciplina que se establece con amor y aceptación del niño(a) es la más efectiva, pero también es la más difícil de ejercer ya que entran en juego los sentimientos y las expectativas de los padres hacia sus hijos y muchas veces es difícil aceptar que el niño o la niña tardará un tiempo en comportarse como los padres desean que lo hagan.

Las personas disciplinadas tienen ventajas sobre las que no lo son; una de las principales es que una persona disciplinada es constante en sus actividades, termina lo que inicia, hace planes realistas y los organiza, y de esta forma llega a lograr las metas que se propone y se da cuenta que es necesario esforzarse y ser tenaz para tener éxito.

Desarrollo del Taller:

1ra Sesión

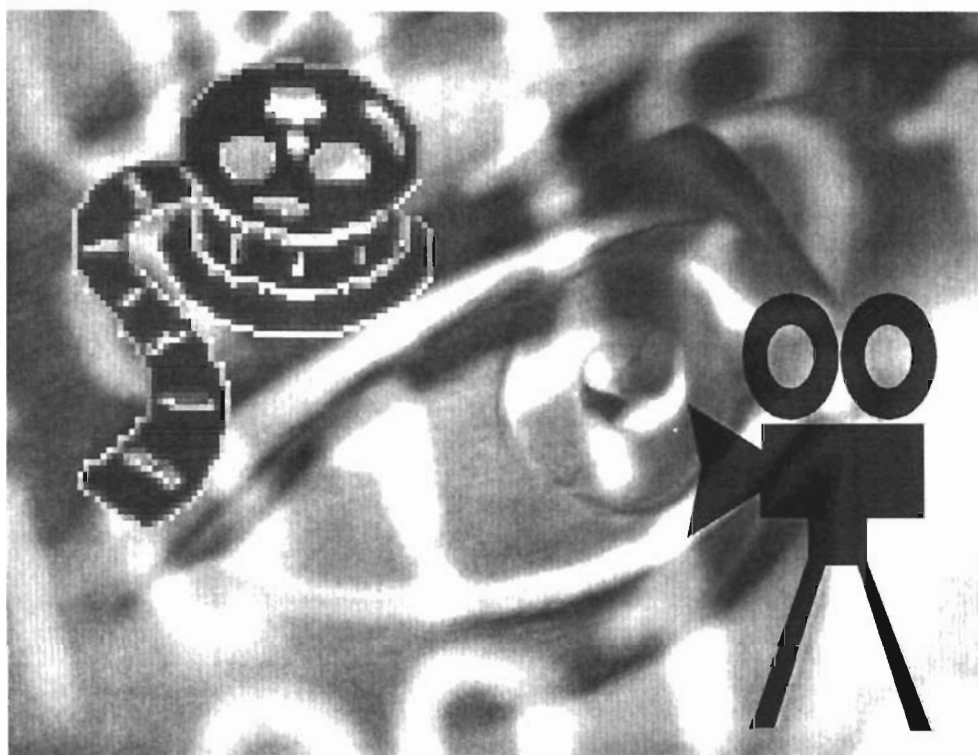
- Se dará una introducción sobre la relevancia del tema y las implicaciones en el desarrollo del menor
- Ejercicio: “¿premio o castigo?”

- Análisis del ejercicio
- Ejercicio: “Mejor lo negociamos”
- Análisis del ejercicio
- Se dejará ejercicio para casa

2da Sesión

- Análisis de la tarea que se dejó para casa
- Ejercicio: “Organización”
- Análisis del ejercicio
- Ejercicio: “¿qué hago con mi tiempo?”
- Análisis del ejercicio
- Se realizará el cierre del taller con una lluvia de ideas por parte de los participantes

CINE DEBATE



LA MIRADA DEL TERAPEUTA EN EL CINE

Dirigido: Público en General

Objetivo: Conocer acerca de las historias cinematográficas desde diferentes perspectivas teóricas relacionadas con la terapia familiar.

Participantes: alumnos de la Residencia en Terapia Familiar generación 2002-2004

Desde la perspectiva moderna y posmoderna de la terapia familiar se analizaron dos películas: Una vuelta más, del director Lasse Halstrom e Inhala de en donde los alumnos de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de Iztacala reflexionaron desde la mirada terapéutica acerca de las historias que se desarrollaron en las películas.

Con esta actividad, la mirada del terapeuta se extiende más allá del espacio que ofrece el consultorio para hablar del sistema familiar, de los personajes, de la forma en la que se relacionan, los problemas que presentan y los aspectos que son significativos para el proceso psicoterapéutico.

Esta forma de análisis da cuenta del trabajo que el terapeuta realiza con un sistema ya sea que esté el individuo o la familia para poder realizar una intervención a nivel terapéutico. Al conversar acerca de las historias que se desarrollaron en la película se hablan de historias que se acercan mucho a la realidad en la que viven las personas y proporciona un conocimiento más amplio de los sistemas en los que el individuo se desenvuelve para poder comprender y ayudar a la persona.

Es así como la mirada del terapeuta puede aplicarse a cualquier sistema en donde el individuo se relaciona con otras personas para construir con ello alternativas o posibilidades para el beneficio de la persona. Además, tanto desde la perspectiva moderna y posmoderna se ofrecen dos maneras de generar el cambio, en donde el terapeuta asume una posición diferente frente al consultante y las intervenciones. De esta forma, a través de esta actividad se puede mostrar cómo se ven las historias a través del análisis y reflexión.

6. Desarrollo y Presentación de Programas de Intervención Comunitaria

Uno de los propósitos de la Maestría es que el alumno diseñe, conduzca y evalúe programas de educación sobre temas psicológicos, con el fin de realizar los siguientes puntos:

- Realizar un análisis de necesidades en términos de conocimientos y de habilidades que sirva como base para el diseño de programas educativos.
- Seleccionar métodos y materiales didácticos apropiados para facilitar la transmisión de la información.
- Conducir y evaluar las estrategias de enseñanza basadas en principios sólidos de diseño instruccional, incorporando a los aprendices en la discusión y en la búsqueda de retroalimentación.

La realización de estas actividades me permitió darme cuenta de la importancia que tiene para la población el dar a conocer las diferentes formas en las que puede aprender a manejar la relación con las personas que les rodean. Es una manera de conocer más a fondo las necesidades y/o problemática para llevar a cabo acciones que promuevan el desarrollo del individuo.

Por otro lado, realizar un evento en donde se incluye la visión terapéutica más allá de la consulta como en el caso de un Cine Debate, me ayudó a conocer que el campo de análisis y reflexión del terapeuta puede tener un gran alcance, sobre todo porque pone de manifiesto las relaciones, construcciones y visiones del mundo en las que la sociedad se encuentra y ve a través del cine.

De esta forma, como terapeuta, reconozco que nuestro campo puede ser ilimitado en el momento de analizar los hechos sociales y encaminar acciones de difusión tanto para el público en general como para la población con profesiones afines a la nuestra.

7. Discusión e Integración de las Consideraciones Éticas

En la Psicología se han determinado normas de carácter ético que regulan el ejercicio de la profesión para brindar un servicio de la más alta calidad a las personas. En ocasiones el

terapeuta se enfrenta a determinados casos clínicos que se relacionan con el valor ético de él mismo y de las personas que requieren de sus servicios.

El ejercicio profesional del psicólogo se encuentra regido por un código ético en el que se expone un conjunto de normas conforme a las cuales el psicólogo podrá determinar el desempeño apropiado con relación a la prestación de servicios, la investigación, la docencia, el uso de pruebas y métodos de registro, medición y evaluación. Sin embargo, no existe una sección que contemple las funciones que realiza el terapeuta en toda su extensión, sólo algunas normas que se aproximan a lo que se enfrenta en la práctica profesional pública y privada.

Confidencialidad

Una de las competencias en la formación del terapeuta es el manejo de la entrevista telefónica hacia quien solicita el servicio. Cuando se inicia el proceso terapéutico se le explica a la persona nuestra forma de trabajo, haciendo hincapié en que toda información referida por ella misma será manejada con absoluta confidencialidad. Como parte del equipo de observación en primer semestre una de las situaciones a las que se enfrentó uno de los terapeutas fue el manejo de la información y confidencialidad con el paciente. Cuando los pacientes no asisten a su cita, el terapeuta llama por teléfono para conocer los motivos de su inasistencia; cuando esto se realizó, los padres no estaban enterados del proceso terapéutico del consultante.

Esta situación se logró resolver a través del consenso entre el equipo supervisor y terapéutico en donde se acordó una cita con el paciente y el familiar para explicar la forma de trabajo, no así los motivos por los que acudía el paciente y en caso de involucrarse en el proceso terapéutico se pediría la autorización del paciente para incluirlo, de lo contrario se respetaría su decisión. Es así como el manejo de la información sobre nuestro trabajo y el

proceso terapéutico ha de manejarse de forma clara y abierta respetando los límites de la confidencialidad¹

Motivo de Consulta

Durante el segundo semestre el terapeuta se encontró ante el dilema de abordar el motivo de consulta por ser una necesidad del paciente y por otro lado no dejar de lado temas tales como el alcoholismo, que aunque fue una cuestión que no estaba relacionada directamente con el problema y no se presentaba como tal, es una situación que implica un riesgo de salud para uno de los miembros de la familia. Ante esto el equipo supervisor consideró necesario abordar el tema paulatinamente con el cliente y continuar con el motivo de consulta².

De esta manera la temática presente con las familias implica considerar los riesgos a los que en ocasiones se ven involucrados los pacientes y las personas relacionados con ellos y que en la consulta terapéutica es necesario abordar para preservar el bienestar de las personas a las que se les da el servicio.

También hubo un paciente que hizo referencia a la violencia dentro de su familia. Ante esta situación el equipo supervisor y el terapeuta tenían la responsabilidad de no dejar de lado la violencia que se relacionaba directamente con el motivo de consulta y de respetar la confidencialidad del paciente con el resto de la familia. El cuestionamiento principal fue cómo mantenernos en los límites de la confidencialidad trabajando la violencia. El

¹De acuerdo con el principio que se refiere a las relaciones que establece el psicólogo el artículo 72 del "Código Ético del Psicólogo (1993), menciona que "...el psicólogo hace esfuerzos por contestar las preguntas de sus usuarios de sus servicios y evita mal entendidos aparentes acerca de los servicios que ofrece. Siempre que se posible el psicólogo proporciona información oral y escrita, utilizando un lenguaje entendible para el usuario de sus servicios..." (p.71). Así mismo el artículo 82 que se refiere a las relaciones duales o múltiples establece que "...cuando el psicólogo acepta proporcionar servicios a varias personas que guardan relación entre sí (tales como esposo y esposa o padres e hijos) debe aclarar desde el principio: 1. cuáles de los individuos son pacientes o clientes 2. y la relación de él tiene con cada uno de ellos..." (p.74)

² Al respecto el artículo 3 menciona que el psicólogo debe "...respetar la integridad de las personas humana en los distintos ámbitos donde actúe profesionalmente y velar siempre por el bienestar social en la prestación de servicios de toda índole..." ("Código Ético del Psicólogo, p.9. 1993)

terapeuta planteó con la familia el tema de la violencia (previa autorización del paciente) como una forma que no es adecuada para castigar y educar a sus hijos.

Posteriormente en el tercer semestre se suscitaron diversos casos en donde el paciente refería situaciones en las que podía poner en riesgo su vida. Se atendió a una paciente que mencionó tener ideas suicidas por depresión y soledad; ante esto el equipo supervisor y los terapeutas; como estrategia terapéutica desde la primera sesión, acordaron hacer un contrato terapéutico bajo el compromiso de vida en donde nuestra labor era darle consulta siempre y cuando ella se comprometiera a vivir y asistiera a terapia para trabajar este punto. Otro caso fue el de un paciente que comentó ser violento con otras personas, motivo por el cual asistía a consulta. El equipo decidió desde la primera sesión acordar con el paciente que cesara la violencia como un punto importante para continuar el trabajo en las siguientes sesiones.

También se presentó un caso en el que se valoró la información que describía el paciente, en el que al parecer estaba implicada su salud. La paciente asistía a consulta con su familia y ésta mencionó en varias ocasiones que consumía alcohol y fumaba, además de que manifestaba conductas que aludían a que probablemente consumía otras drogas. La familia pidió asesoría para hacer un examen que descartara el consumo de drogas y aunque no fue precisamente el motivo por el cual asistían, el equipo consideró importante que tomara conciencia la paciente del riesgo en el que estaba implicada su salud.

De igual forma hubo un paciente que refirió ideas suicidas; aquí la supervisora y el equipo hablaron con el terapeuta para que no dejara de lado este aspecto que en un principio no era el motivo por el que acudía y se habló con el paciente para que en las subsiguientes sesiones se comprometiera a seguir asistiendo por su propia estabilidad emocional y psicológica, además de que el terapeuta y él estarían en contacto vía telefónica para atenderlo en cualquier momento durante el periodo de 15 días que hay de una sesión a otra por su propia seguridad, lo cual fue bien aceptado por el paciente.

Aunque los casos que se trabajaron en terapia siempre consideraron como primer punto el motivo de consulta, es importante destacar que hay aspectos que surgen en el transcurso de

la terapia, que si bien no constituyen algo que el paciente quiera resolver, sí influyen en el problema y se busca de alguna forma abordarlos en el transcurso de la terapia considerando el principal motivo del cliente.

Proceso terapéutico

Aquí se presentó el caso de una paciente que tenía conflictos interpersonales con un miembro de su familia y que en un momento de la terapia asistieron ambos para resolver sus diferencias; esto ayudó a restablecer el estado anímico de la paciente, sin embargo, la persona que participaba con el paciente, por motivos de horario, dejó de asistir y esto le afectó emocionalmente, por lo que el equipo consideró necesario elaborar diversas estrategias para que independientemente de la presencia o no de su familiar, su estado anímico mejorará.

En el cuarto semestre hubo un paciente que acudió por depresión y que al mismo tiempo estaba recibiendo tratamiento con antidepresivos por parte de un psiquiatra. El sistema terapéutico consideró importante consultar a este profesional (previa autorización de la familia) para conocer en qué consistía su tratamiento y qué posibilidades tendría a corto o mediano plazo de prescindir de sus medicamentos acuerdo a la valoración médica. Durante las sesiones terapéuticas era importante estar en comunicación con el sistema familiar y con el paciente, y éste último se veía impedido dado el efecto del medicamento. Sin embargo, dada la severidad del caso, el médico comentó que en esos momentos no sería posible retirar el medicamento pues se generaría una inestabilidad en el paciente. Esto permitió conocer un poco más sobre el paciente y ayudó a reconocer la importancia que tenía para la familia la estabilidad del mismo a través de su psiquiatra. Así que decidimos seguir en contacto con este especialista.³

³ El artículo 109 refiere que en consulta "...el psicólogo considera cuidadosamente los aspectos relativos al tratamiento y su potencial para el bienestar del paciente... discute éstos aspectos con él o con otra persona legalmente autorizadas en representación suya, con el fin de minimizar el riesgo de confusión o conflicto, consulta con otros proveedores de servicios cuando resulte apropiado, y procede con cautela y sensibilidad a los aspectos terapéuticos..." (Código Ético del Psicólogo, p.9, 1993)

También se presentó un caso que concierne a instancias de carácter jurídico y legal como fue el caso de una paciente que tenía dificultades con el padre de sus hijos respecto a la guardia y custodia, ya que él quería llevarse a los niños sin la autorización de la madre; esta situación le preocupaba en demasía y se relacionaba con el motivo de consulta. El equipo supervisor y el terapeuta consideraron importante que el cliente se orientara de manera legal sobre este asunto mientras que la terapia podía seguir apoyándola de manera emocional y psicológica ante las dificultades que tenía con su ex esposo y sus hijos.

En síntesis se puede apreciar que el trabajo clínico muchas veces está interrelacionado con otras áreas, va más allá de lo que pueda estar consultando el paciente, por lo que es necesaria la colaboración de otras instancias para el apoyo profesional, además de que ante situaciones como las que se han mencionado, el terapeuta se enfrenta a una serie de dilemas entre los que tiene que dilucidar, intercambiar, acordar para llegar a encauzar su línea de trabajo, frente a la problemática del cliente y el bienestar común de su familia.

IV. Consideraciones Finales

1. Implicaciones en la Persona del Terapeuta, como Profesionista y en el Campo de Trabajo

Visión y Contexto

Haber ingresado a la Maestría y ser parte del grupo de psicólogos cuyo objetivo es obtener una de las mejores formaciones, requiere del empeño, compromiso y dedicación para aprovechar al máximo los dos años en los que se desarrolla el ejercicio de nuestra profesión como terapeutas familiares. Es una labor de preparación y actualización constante con un alto grado de responsabilidad ante la sociedad.

Durante el lapso de dos años me encontré ante la gran diversidad de problemas y composición familiar que vive actualmente la sociedad, con motivo de la situación económica y política de nuestro país, dejando entrever con esto la presencia de diversas figuras parentales que mueven a la familia hacia la reestructuración de las funciones y las tareas en algunos de sus miembros.

Dicho proceso me ha llevado a ver de qué manera están concebidas las ideas presentes en la sociedad o que se han transmitido de una generación a otra, lo cual pone de manifiesto la influencia generacional en la interacción de los problemas o bien de las soluciones. Esto nos lleva a tener presente que nuestro trabajo tiene que ir más allá del consultorio con información en todas sus fuentes, incluyendo la revisión y atención de nosotros mismos por ser una figura que también tiene influencia en las personas con las que trabajamos.

Las familias

Las familias y personas que estuvieron en consulta durante la Residencia mostraron ante nosotros sus historias de dolor, desventura, sacrificio, desesperación o confusión entre muchas otras, pero también aquellas historias y composición familiar que resultan significativas para la terapia. Al vivir este proceso con la familia inevitablemente hay una conexión con los sentimientos y emociones mismos del terapeuta, y en esto encuentro que

me identifiqué con aspectos tales como la fuerza, la unión, el apoyo e ímpetu para seguir adelante, mismos que se relacionan con mi personalidad y hacen eco en mi familia de origen.

La teoría y la práctica

Mi experiencia en la práctica terapéutica fue haber logrado relacionar la teoría y la práctica, articularla al entrar en contacto con el sistema familiar. Muchos de los aspectos teóricos se podían observar de manera directa e indirecta, lo cual hacía que mi aprendizaje fuera de manera continua en donde los conceptos, estructuras, o posibles preguntas paulatinamente iban marcando la dirección en la terapia. Los modelos teóricos que aprendí en el transcurso de la maestría fueron encontrando su lugar y forma en la práctica de acuerdo a los consultantes y su circunstancia, ya que los elementos teórico-técnicos fueron insertándose como piezas de un rompecabezas junto con la vivencia personal para confluir en una complejidad expresada en el sistema terapéutico.

Al trabajar con distintos modelos para mí ha sido más fácil emplear un modelo desde la visión modernista porque para mí fue la base a través de la cual pude observar y articular cada fase o momento terapéutico, desde el inicio de sesión hasta la finalización del servicio. Desde la visión posmoderna me encuentro ante la dificultad de dejar de asumir una postura directiva o hacer una intervención con una determinada técnica. Uno de los modelos con los que me resulta más práctico trabajar es el estructural; desde este enfoque puedo ver de manera más fácil cómo están las interacciones, comunicación, subsistemas y ciclo de vida, lo cual me da una dirección hacia dónde y qué hacer, sin dejar de lado la posibilidad de utilizar los otros modelos.

La supervisión

Con la supervisión en vivo, las sugerencias y observaciones me ayudaron a concretar las ideas de referencia previas y posteriores con la familia y encauzarlas a acciones prácticas con la misma. En un inicio la expectativa de encontrarme ante las voces de varias personas generaba nerviosismo y preocupación, tener que estar atenta a todos los miembros de la familia, aún los ausentes, además de estar alerta a las sugerencias de la supervisión por vía

telefónica o de manera visual. Conforme transcurría la supervisión en los distintos escenarios esto se daba de manera sincronizada, pues antes de que lo mencionara el supervisor, las ideas estaban presentes en mi mente para dirigir las a la familia, lo cual daba cuenta del proceso en el que las ideas estaban conectadas con lo que sucedía en la sesión.

Cada una de las docentes nos dio los elementos suficientes para asimilar la experiencia que lleva ser terapeuta familiar. A través de su vivencia profesional nos hicieron ver las dificultades ante las cuales se han enfrentado con los pacientes, los aciertos y errores en la intervención con un paciente o familia. Este nivel de comportamiento que entre profesionales se dio enriqueció nuestro trabajo y nuestra persona.

Habilidades

Considero que una de las habilidades más valiosas en el ejercicio clínico de la profesión fue la flexibilidad para poder entrar y salir del sistema, así como poder relacionarse con cada uno de sus miembros. Nuestro rol como terapeutas nos lleva en algunos momentos a adoptar una posición de jerarquía y distancia con el paciente y en otros ser un partícipe cercano de la experiencia en la que se involucran sentimientos y emociones. Ejercer esa habilidad, moverse de un lado a otro sin perder la sintonía con la familia, alternar espacios para cada uno de sus miembros sin estar demasiado tiempo en una posición, saber cuándo hacer una pausa, cuándo hay que continuar y cuándo cerrar.

Es un arte que conjuga habilidades; entre ellas el respeto al entrar en contacto con múltiples sistemas (las instituciones, las familias incluyendo la propia, las profesoras, los compañeros de trabajo y de equipo) juega un papel importante saber qué información me provee y cómo la iré adaptando para considerar la influencia que ejerce sobre cada uno. La aceptación para considerar otras visiones del mundo y estilos terapéuticos para ampliar el propio en cuanto a la forma en la que se puede utilizar el lenguaje (tono, énfasis, volumen) para comunicar verbal y no verbalmente, el momento oportuno para hacer una intervención, así como la habilidad para relacionar y sintetizar las ideas y sugerencias del equipo.

Respetar la apertura a la aplicación de distintos enfoques con la familia aún cuando nos inclinemos por utilizar uno solo, pienso que hay que movernos entre las distintas opciones que nos pueden abrir otras posibilidades para el cambio con los pacientes y con nuestra forma de trabajo.

El equipo

La forma de trabajo con el equipo supervisor y equipo de terapeutas representó una forma distinta de ver al sistema pues a través de sus comentarios el trabajo se mejoró de manera significativa, a diferencia de lo que ocurre en una sesión de consulta privada en donde la única voz y pensamientos son los del terapeuta y paciente; no obstante, al estar en ese contexto he considerado algunos de los aspectos que los compañeros y supervisores mencionaban en el transcurso de la sesión y que cada vez que vivo la experiencia reconozco el valor del trabajo en equipo.

Para mí sus reflexiones y comentarios sobre mi trabajo ayudaron a reestructurar mi desempeño y formación; esto fue posible gracias al vínculo de amistad, ambiente de solidaridad, apoyo y comprensión mutua. Es parte de lo que yo viví con mi equipo de trabajo y lo destaco porque además de todas las implicaciones institucionales están aquellas personas dispuestas a brindar su ayuda. Creo que es un elemento que da mucha fuerza para crecer en todos los ámbitos, porque también influyen muchos valores compartidos como el compromiso, la honestidad y la lealtad. Cabe mencionar que en estos equipos de formación durante dos periodos hubo un equipo de observadores primero nosotros observamos a nuestros compañeros del tercer semestre de la maestría y posteriormente fuimos observados por los alumnos de primer ingreso lo cual resultó ser un intercambio de experiencias entre quienes estábamos en continua preparación.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Argentina: Amorrortu
- Andolfi, C.M., Angelo, P., Menghi, P. y Nicoló-Corigliano, A.M. (1989). *Detrás de la máscara familiar*. Argentina.
- Barbaranne, J.B. (2002). *Un niño especial en la familia*. México: Trillas.
- Bertalanffy, L. (1998). *Teoría General de los Sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicación*. México: FCE.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Argentina: Amorrortu.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos. Formación desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Ceberio, R. M: y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del Universo*. España: Herder.
- Cecchin, G. (1987). *Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad*. Family Process. 26. 405-413.
- Código Ético del Psicólogo*. (1993). México: Trillas.
- Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para solución en Terapia Breve*. España: Paidós.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). "Visiones, re-visiones y supervisión del proceso de supervisión". *Psicoterapia y Familia* Vol. 15, 1 p.47-56.
- Domínguez, V. L. (1999). "La supervisión un camino obligado en la formación del terapeuta". *Psicología Iberoamericana*. Vol. 7, No. 2 p. 23-32.
- Eguiluz, R. L. (2004). La terapia familiar sistémica en México. En Eguiluz, R. L. (comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. p. 225- 258. México: Pax.
- Estrada, I. L. (1987). *El ciclo vital de la familia*. México: Posada.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1999). *La táctica del cambio*. España: Herder.
- Foucault, M. (1976). "Conversación con Michel Foucault". *Obras esenciales: Estrategias de poder*. (1999). Barcelona: Paidós.
- Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio*. España: Gedisa.
- Fundación Down de Puebla A.C. (2003). *Trisomía 21, Síndrome de Down o Mongolismo*.

www.fudac.org.mx.

García, E. S. (1983). *El niño con síndrome de Down*. México: Trillas.

García, G. V. (1983). *Un estudio sobre la integración de niños con síndrome de Down a un grupo pequeño de niños en edad preescolar (3-5 años)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala. UNAM.

Haley, J. (1987). *Terapia de ordalía*. Argentina: Amorrortu.

Haley, J. (1991). *Terapia no convencional*. Argentina: Amorrortu.

Hoopes, J. (1982). *Prediction in child development*. New York: Guilford.

II Congreso Nacional de Terapia Familiar, Nov.

Imbert- Black, E. Roberts, J. y Whiting, R. (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. España: Gedisa.

Ingoldsby, B. y Smith S. (1995). *Families in multicultural perspective*. New York: Guilford.

Keeney, P. B: (1991). *Estética del cambio*. España: Paidós.

Kerlinger, F. N. (1984). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw-Hill

Madanes, C. (1982). *Terapia estratégica*. Argentina: Amorrortu.

Marteletto, L. J. y Noonan, M. C.(2001). "Las abuelas como proveedoras de cuidado infantil en Brasil". En Gomes, C. (comp.). *Procesos sociales, población y familia*. p. 377-392. México: Miguel Angel Porrúa.

Mcnamme, S. y Gergen, K. J. (1995). *La terapia como construcción social*. México: Paidós.

Minuchin, S y Fishman, H. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Minuchin, S. (1999). *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. España: Herder.

O'hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.

O'hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios*. México: Paidós.

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

Ochoa A. I. (1996). *Construcciones de la experiencia humana: Volumen I*. Barcelona: Gedisa.

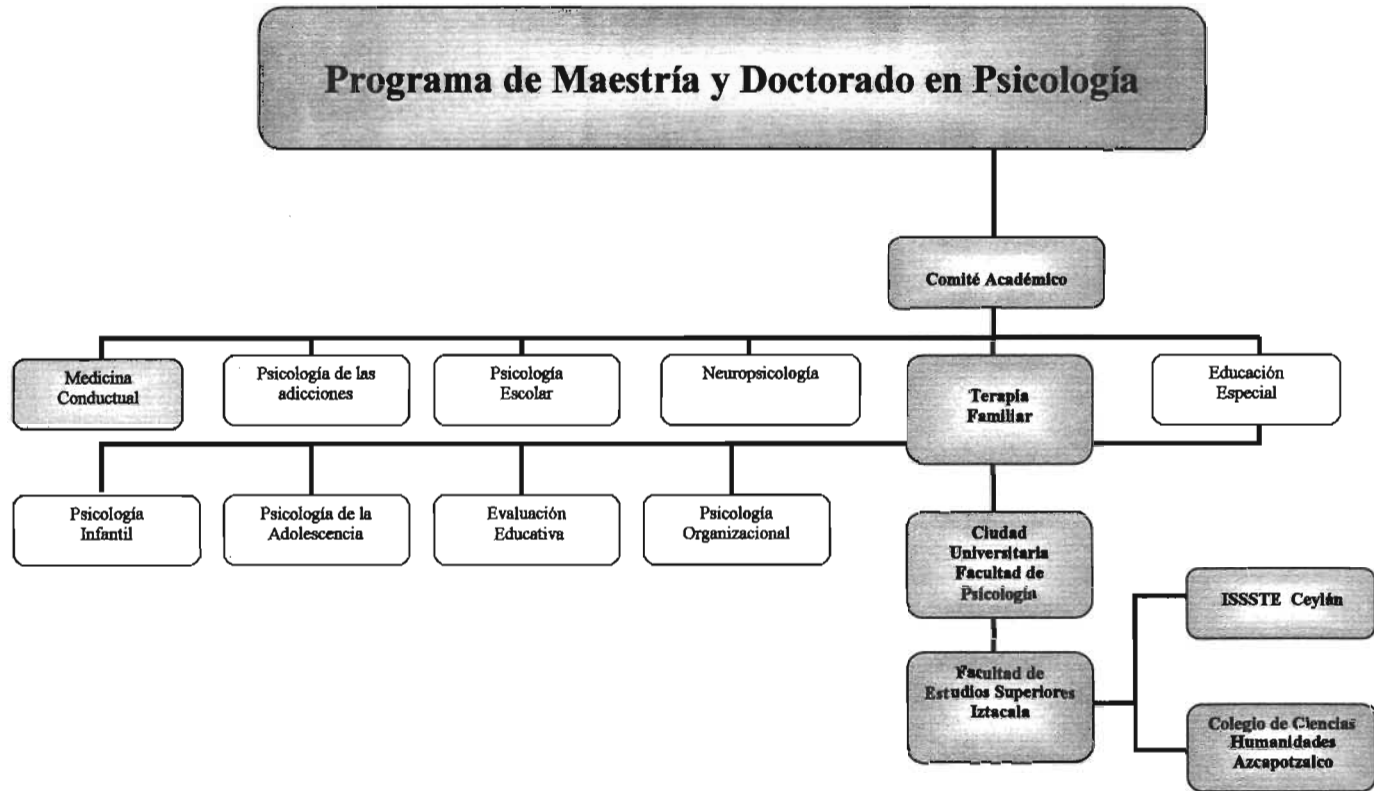
Ochoa, A. I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar*. España: Herder.

Palazzoli, S. M. Cecchin, G. Boscolo, L. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja*. España: Paidós.

- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. España: Paidós.
- Pineda, G. E. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar. México: UNAM.
- Pinnie, N. F. (1976). *Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Rodríguez, D. C. J. (1993). *El niño con síndrome de Down y sus terapias*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala. UNAM.
- Rosenberg, M. B. (2000). *Comunicación no violenta*. España: Urano.
- Sánchez, D. (2000). *Modelos de Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Troya, E. y Auron, F. (1988). “La diferenciación de los constructos del terapeuta en la Supervisión”. *II Congreso Nacional de Terapia Familiar*, Nov.
- Tuirán, R. (2001). “Estructura familiar y trayectorias de vida en México”. En Gomes, C. (comp.). *Procesos sociales, población y familia*. p.23-59. México: Miguel Angel Porrúa.
- Watzlawick, P. Beavin, B. J., y Jackson, D. (1997). *La teoría de la comunicación humana* España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1999). *Cambio*. España: Herder.
- White, M. (1997). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España: Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. España: Gedisa.
- Wittezaele, J. J. y García, T.(1994). *Escuela de Palo Alto*. España: Herder.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 3

