



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

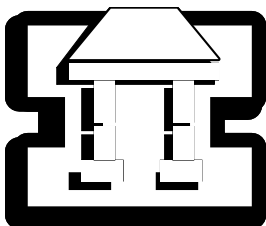
**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
CLAUDIA ANAHÍ FLORES ORTÍZ**

**DIRECTORA DEL REPORTE:**

**PRESIDENTA: MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO**

**JURADO DEL EXAMEN:**

**TITULAR: MTRA. SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA  
TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.  
TITULAR: MTRA. DIANA MORENO RODRÍGUEZ  
TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY  
SUPLENTE: DRA. XOCHITL GALICIA MOYEDA  
SUPLENTE: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO**





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**

---

*"El secreto para vivir la satisfacción personal esta en el cumplimiento del deber, y éste no se cumple sin trabajo" (Balmes).*

### **A DIOS:**

***A Ti Señor quiero agradecerte el permitirme concluir esta etapa de mi vida; el estar siempre presente en mi camino y guiarme a través de las conversaciones y reflexiones conmigo misma, con mi familia, con mis maestros y con mis amigos. Te doy gracias por la oportunidad actual que has presentado y por aquellos que me la han hecho saber.***

### **A mis padres:**

*A ambos les agradezco profundamente su cercanía y todas las facilidades emocionales y materiales que me han brindado para hacerle frente a la vida. Les reconozco su lucha diaria por el bienestar familiar; sobre todo, porque en muchas ocasiones esto les ha implicado cambiar sus propias ideas familiares y aceptar las nuestras.*

### **A mis hermanos:**

*A mis hermanas, Miriam y Verónica, les agradezco su apoyo incondicional aun cuando ya forman parte de otra familia. A mi hermano Yova le agradezco su tolerancia y su preocupación sincera por mi bienestar.*

### **A mis sobrinos:**

*A Julio y a Miriam les agradezco la inocencia que nos comparten y los ratos de verdadera felicidad que experimentamos cuando estamos juntos.*

### **A mis amigos:**

*A Edith y a Argelia por compartir agradablemente un momento en nuestras vida. A Arlen, a Diana y a Nadia por buscar hacerse presentes en mi vida aún cuando nuestros caminos vayan por diferentes rumbos. A **Mauricio** porque poco a poco te has convertido en el motivo que buscaba y por todo lo que has dejando en mi corazón. A mi maestra Olivia Tena porque su manera tan sabia de conducirse y enfrentar la vida la llevó conmigo en en cada nueva decisión que tomo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

---

### **A cada uno de los profesores de la Residencia:**

*Por su confianza e interés en mi preparación. Especialmente le agradezco a:*

**A ROSARIO:**

*A ti **amiga-guía** quiero agradecerte: tu confianza en mí, tu colaboración en el desarrollo de este reporte, el tiempo que invertiste para escucharme y ayudarme a reconocer mis virtudes, tu respuesta inmediata para orientar a algunos miembros de mi familia, y el brindarme siempre un ejemplo de una persona con actitud positiva, de buenos valores y de servicio a los demás.*

**A SUSANA:**

*Por enseñarme, a través de tu forma de enfrentar las situaciones complicadas, que la vida debe tomarse con tranquilidad y con la sabiduría de aprender de los problemas.*

**A CAROLINA:**

*Por otorgarme tu confianza y demostrarme tu interés sincero en mi desarrollo. Cuentas conmigo.*

**A EGUILUZ:**

*Por confiar en mi desde el primer momento y hacerme saber todas mis equivocaciones y capacidades.*

### **A las familias que fueron atendidas durante la Residencia:**

*Por compartir sus historias y por las enseñanzas que sus experiencias de vida y su proceso terapéutico dejaron en cada uno de los miembros del equipo de supervisión.*

**A LA UNAM:**

*Por las oportunidades de desarrollo profesional que brinda a la población y por su disposición de cambiar la vida de sus estudiantes a través del conocimiento y la preparación profesional.*

<b>I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.</b>	<b>3 – 39</b>
1. ANALISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.	3
1.1. Características del campo psicosocial.	3
1.2. Principales problemas que presentan las familias	10
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y la Terapia Posmoderna como alternativas para abordar la problemática señalada.	22
2. CARACTERIZACIÓN DE LAS SEDES Y SUBSEDES DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.	27
2.1. Descripción de las sedes y subsedes.	28
2.2. Análisis sistémico de las sedes.	31
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes.	38
<b>II. MARCO TEÓRICO.</b>	<b>40 – 129</b>
1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO.	40
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica.	40
1.2. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Posmoderna.	50
1.3. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	53
<b>III. COMPETENCIAS PROFESIONALES.</b>	
	<b>130 - 196</b>
1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPEÚTICAS	
1.1. Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica con familias.	130
1.1.1. Niveles de participación.	130
1.1.2. Análisis teórico: Mujer, relaciones familiares y género.	132
1.1.3. Análisis metodológico: Integración y análisis de casos.	143
1.2. Análisis del Sistema Terapéutico Total.	165

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	173
2.1. Reporte de las investigaciones realizadas.	173
3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.	180
3.1. Elaboración y presentación de diferentes productos tecnológicos.	180
3.2. Desarrollo de Programas de Intervención Comunitaria.	181
3.3. Trabajos de investigación presentados en foros académicos.	182
4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.	184
4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.	184
<b>IV. CONSIDERACIONES FINALES.</b>	197
<b>Referencias.</b>	201
<b>Anexos.</b>	

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

- En el 2002, la mitad de las defunciones de menores de un año se debió a afecciones originadas en el periodo perinatal, lo que específicamente exige al país mejorar la calidad y oportunidad de la atención del embarazo y parto. Las enfermedades infecciosas son también causa de que una proporción importante de niñas y niños fallezca lo que señala la importancia de continuar e intensificar las campañas de vacunación.
- En las mujeres adultas el 61.5% de ellas muere a consecuencia de tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades del corazón e hígado. Esta situación indica la necesidad de una mayor difusión sobre el daño que provoca en la salud el consumo excesivo de alcohol, tabaco y alimentos con alto contenido de colesterol.
- Las defunciones relacionadas con las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio (periodo comprendido dentro de los 42 días posteriores al parto), se sitúan entre las principales causas de muerte de las mujeres en edad fértil. Se requiere entonces el mejoramiento en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva.

Calderón Alzati, et. al. (2004) además señala que en materia de salud, el principal problema en México es que el servicio brindado por las Instituciones del Estado no se ha extendido a toda la población y el acceso al servicio privado resulta inaccesible económicamente para la mayoría de las familias.

### *d) Educación.*

Como es bien sabido, la educación permite a la población de un país obtener los conocimientos, las habilidades y las actitudes que se necesitan para un desarrollo individual, familiar, social y laboral. Desafortunadamente en México los recursos públicos destinados a este servicio han sido insuficientes para garantizar cobertura y calidad. Así hoy en día la oferta educativa del país es insuficiente para cubrir la demanda de la población.

Según reporta el INEGI (2005) el promedio de escolaridad en la población mexicana es casi el segundo año de la educación secundaria y un alto porcentaje de la población joven (39 de cada 100) se encuentran en una situación de rezago educativo, es decir que no cuentan con la educación básica y obligatoria (secundaria completa).

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

Para Calderón Alzati, et. al. (2004) el fracaso educativo del Estado se refleja en los siguientes datos:

- El 8.4% de la población mexicana es aún analfabeta, a pesar de que existe un alto índice de inscripción a las escuelas primaria y secundaria. En el año 2000, 9 de cada 10 niños de entre 6 y 15 años de edad asistía a la escuela.
- Hay cerca de un millón de niñas y niños sin acceso a la educación básica.
- Apenas la mitad de los niños de México termina la primaria, no obstante el carácter obligatorio que la Constitución prescribe para la primaria y la secundaria.
- La educación superior solo atiende a cerca del 16% de la población en el rango de edad correspondiente, proporción muy inferior a la de otros países e insuficiente para sustentar un desarrollo económico.

Relacionadas al ámbito social y administrativo del país, la población mexicana vive otro tipo de crisis.

**A. CRISIS SOCIALES:** En ellas se incluyen el fracaso del Estado en materia de seguridad pública, la violación cotidiana de las garantías individuales y sociales y la desigualdad y exclusión social.

- *Inseguridad pública.*

El INEGI (2005) señala que entre las demandas más urgentes de la sociedad mexicana se encuentran las referidas a garantizar la seguridad pública. Y es que, el aumento de delitos como el secuestro amenazan de manera cotidiana la seguridad de la mayoría de las familias del país.

En materia de delincuencia, datos de la Institución señalan que en el año 2003:

- El Consejo de Menores reportó 47,362 menores infractores. De ellos el 90% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres, lo cual dio como resultado una relación de 11 mujeres por cada 100 varones infractores.



## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

- El número de delincuentes ascendió a poco más de 207 mil. Así, a nivel nacional por cada mil habitantes se estima que dos personas cometen actos delictivos.
- Entre los delitos más frecuentes en el país se identificaron: el secuestro, el robo y las lesiones. Se reporta que entre 1997 y 2003 fueron secuestradas alrededor de 4,000 personas, especialmente en el Distrito Federal y los estados de México, Guerrero y Michoacán

Para Calderón Alzati, et. al. (2004) la situación anterior es producto de la conjunción de condiciones de pobreza, desempleo y exclusión de la población, con la impunidad que gozan los delincuentes y la corrupción que persiste en las Instituciones encargadas del resguardo de la seguridad de los habitantes.

- *Violación de las garantías individuales y sociales de la población.*

Los autores antes citados señalan que por acción u omisión de las autoridades, los derechos humanos son violados cotidianamente.

La historia reciente ha registrado hechos como los asesinatos del 2 de octubre de 1968 y del 10 de junio de 1971; la masacre de un grupo de campesinos en Aguas Blancas Guerrero, porque se dirigían a un acto político; y los asesinatos de cientos de mujeres en Ciudad Juárez, Chihuahua, entre otros. Aseguran además que, las instituciones encargadas de procurar la justicia hacen valer los derechos de los ciudadanos dependiendo del nivel socio económico de la población que así lo solicite, incumpliendo su función o actuando con lentitud ante los grupos socialmente más desprotegidos, como los indígenas, campesinos, obreros y empleados.

- *Desigualdad y exclusión social.*

Asimismo señalan que el Estado mexicano no cuenta con una política integral de promoción de los derechos y oportunidades para los adultos mayores y las personas con necesidades especiales. En ambos casos la atención de las necesidades de estas personas recae fundamentalmente en las familias, las que en su mayoría tienen un ingreso más precario cada día, situación que agrava su pobreza y crea fricciones en el grupo.

### *B. CRISIS RELACIONADAS A LA FORMA EN QUE SE LLEVA A CABO LA ADMINISTRACION DEL PAIS Y LA IMPARTICIÓN DE JUSTICIA.*

Criticando la forma en que la mayoría de los gobiernos han administrado al país, se afirma que:

- No hay respeto por las leyes. Hecho que explica la fragilidad de la impartición de justicia en México y la inclinación de sentencias y resoluciones a favor del que más tiene o paga más, colocando a la mayoría de los ciudadanos en una total indefensión.
- Se mantiene la ineficiencia y se carece de responsabilidad social.
- Predomina la corrupción.
- Los recursos públicos son utilizados con fines políticos y personales, por ejemplo enriquecerse ilícitamente.
- La ley es fácilmente manipulable.
- Se comercializa con la influencia pública.
- Se mantienen formas de funcionamiento que le impiden estar a tono con las exigencias del desarrollo económico y social actual.
- No hay transparencia ni rendición periódica de cuentas a la ciudadanía,

Esta forma de organizar al país, según datos del INEGI (2005) ha traído que: más de la mitad de la población considere que son las autoridades quienes más violan la ley, teniendo una percepción relativamente negativa sobre el respeto a la leyes y que las instituciones con el menor nivel de confianza sean la policía, los partidos políticos y los sindicatos.

En México, tal situación social, cultural y, sobre todo, económica ha exigido a las familias adoptar diferentes estrategias para contrarrestar las situaciones de crisis. Así, el INEGI (1999) señala que entre éstas se incluyen: la reestructuración del grupo familiar, en cuanto a papeles y responsabilidades asignadas a sus miembros; la conservación y refuerzo de los vínculos de parentesco que deriva en una amplia red de comunicación y apoyo; y la incorporación de la mujer y los hijos a la economía familiar. Actualmente, según datos del INEGI (2005), a nivel nacional poco más de dos quintas partes de los hogares cuenta con al menos una mujer que percibe ingresos por trabajo.

Pese a tales esfuerzos, cada vez hay más familias que viven en condiciones muy desfavorables, y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. En el siguiente espacio se hablará de las familias mexicanas y de los problemas que mayormente las aquejan.

### 1.2. Principales problemas que presentan las familias.

El INEGI (2005) señala que la *familia* es un grupo social básico. A la población le brinda un espacio de organización para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y sociales, y a las sociedades, según Minuchin (1989), les permite la articulación de sus miembros a una cultura en particular, a la vez que ésta es propagada. Su organización y estructura responde al desarrollo y evolución del entorno social, demográfico, económico y cultural de cada país.

Considerando los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada en 1992 y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1994, para el INEGI (1999) las familias mexicanas, al considerar el tipo de relación entre sus miembros, pueden clasificarse en *familias: completas, monoparentales, sin hijos y consanguíneas*.

#### a. Familias completas<sup>1</sup>.

**Se considera familias completas a los hogares formados por el jefe (es decir, el miembro de la pareja que tiene mayor autoridad y jerarquía dentro del grupo) el cónyuge y al menos un hijo.** La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica señaló que hacia 1992 existía en México 12.7 millones de familias completas, que representaban el 74.6 del total de hogares familiares. En otras palabras, tres de cada cuatro familias mexicanas son completas, lo que las ubica como la forma predominante de familia en el país.

Esta clase de familia a su vez puede clasificarse en *familias nucleares y extensas*. Las primeras se refieren a aquellas conformadas únicamente por la pareja y los hijos y las segundas a las integradas por la pareja los hijos y otros parientes y/o no parientes.

Del total de las familias completas el 79.4% corresponde a las familias nucleares y el porcentaje restante (20.6%) a las extensas. Esto significa que de cada cinco familias completas, cuatro son nucleares y una es extensa.

En general, las familias completas tienen un promedio de 5.5 miembros, es decir, el jefe, cónyuge y otros parientes, que básicamente son los hijos. En el caso de las familias nucleares, el número promedio de miembros es exactamente 5 mientras que en las extensas, a causa de los otros parientes y los no parientes, el promedio se incrementa a 7.1.

---

<sup>1</sup> La Terapia Familiar Sistémica las llama familias nucleares.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

De los 12.7 millones de familias completas el 98.4% están dirigidos por hombres, mientras que las restantes 205 mil familias están a cargo de mujeres (1.6%) La situación es prácticamente la misma al considerar solo a las familias nucleares y a las familias extensas.

Considerando los ingresos de la familia, en 1994 el promedio por familia completa era de 2,282 pesos mensuales, y por clase de familia 2,289 para las nucleares y 2,257 para las extensas. En cuanto al número de personas que recibieron estos ingresos se obtuvo un promedio de 1.8 perceptores por familia. El volumen de los hogares con un solo perceptor corresponde al 48.4% y el de los hogares con dos perceptores al 33.1%, que juntos constituyen el 81.5% de los hogares.

Por clase de familia, las nucleares se concentran en familias con uno y dos perceptores, representando ambos casos el 87.5%, en tanto que en las extensas, debido al mayor número de miembros, predominan las que tienen más de una persona que recibe ingresos: el 37.4% corresponde a hogares con dos perceptores, el 22.6% a hogares con tres, el 20.1% a hogares con un solo perceptor y el 19.9% a hogares con 4 y más perceptores.

### *b. Familias monoparentales.*

**Las familias monoparentales son definidas como aquellas donde existe un solo padre o progenitor, ya sea el padre o la madre con sus hijos, a quienes se les puede haber agregado algún pariente o algún no pariente.** Esta ruptura o distancia entre la pareja es asociada a situaciones como: divorcios, viudez, padres solteros y separaciones temporales por migración o reclusión en algún centro de salud o de rehabilitación social.

López e Izazola (1994) afirman que esta clase de familia vive en condiciones de mayor adversidad y vulnerabilidad pues la mayoría de ellas, experimentan un desequilibrio en la distribución de funciones y actividades.

El número de familias monoparentales en México asciende a 2.3 millones, cifra que representa el 13.5% del total de hogares familiares.

Igual que el tipo de familia anterior, las monoparentales pueden clasificarse en nucleares que comprenden al jefe con los hijos y las extensas que incluyen los casos en donde residen además del jefe y sus hijos, residen otros parientes y/o no parientes. Del total de familias monoparentales, el 59% de ellas son nucleares y el porcentaje restante (41) son extensas.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

El tamaño promedio de estas familias es de 4.4 miembros, 3.5 para la nuclear y 5.7 para la extensa.

La composición por sexo de las familias monoparentales mostró la fuerte presencia de la población femenina, lo cual se manifiesta claramente en la jefatura del hogar, ya que el 83.9% de estas familias son comandadas por mujeres y sólo el 16.1% por hombres.

El promedio de ingresos monetarios mensuales en las familias monoparentales es de 1,789 pesos. Este promedio varía dependiendo del sexo del jefe: las dirigidas por hombres obtienen 1,910 pesos, mientras que las dirigidas por mujeres obtienen 1,767 pesos. Considerando el número de personas que reciben ingresos, el promedio por familia monoparental es de 1.9 perceptores.

### *c. Familias sin hijos.*

**Esta clase de familias se conforman por aquellas parejas que: acaban de unirse o casarse y todavía no han tenido descendientes; las que no tuvieron hijos y a las que tuvieron hijos pero éstos ya no viven en el hogar. Puede o no haber la presencia de otros parientes y no parientes.**

En 1992 había en nuestro país 1.5 millones de familias formadas por parejas sin hijos que representan el 8.6% del total de hogares familiares.

Para su estudio estas familias se han clasificado en dos grupos: parejas sin hijos (nucleares) y parejas sin hijos con otros parientes y no parientes (extensas).

Del total de familias sin hijos, la mayor parte son nucleares y representan el 78.7%. En contraste, las extensas constituyen el 21.3% del total de estas familias.

Las familia formadas por parejas sin hijos tienen en promedio 2.4 miembros; en el caso de las familias nucleares, el número promedio de integrantes es exactamente 2, mientras que en las extensas, debido a la existencia de otros parientes y no parientes, el número casi duplica al de las nucleares, siendo de 3.9 miembros en promedio.

Prevalece la jefatura masculina: 1.4 millones están dirigidas por hombres y representan el 95.3% de las familias, mientras que las restantes 69 mil familias sin hijos están a cargo de mujeres y sólo significan el 4.7%. Por clase de familia y sexo del jefe se puede comprobar que

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

se repite el mismo comportamiento, es decir, alrededor del 95% de las familias sin hijos nucleares y extensas están encabezadas por un jefe hombre.

El promedio de ingresos monetarios mensuales para las familias sin hijos es de 1,901 pesos. Por clase de familia se observa una diferencia en el promedio: las nucleares perciben 1,973 pesos, mientras que las extensas solamente 1,589.

Las familias sin hijos tienen en promedio 1.4 personas que reciben ingresos. Al considerar la distribución de los hogares por número de perceptores, se obtuvo que el 63.7% tienen un perceptor, mientras que los que tienen dos perceptores muestran también un monto significativo, el 32.4%. Por clase de familia se observa una diferencia importante, en las nucleares, a causa del tamaño del hogar, solamente hay hogares con uno y dos perceptores; siendo los primeros (un perceptor) los que concentran al 67.9%. En tanto que en las extensas, el 45.5% tiene un perceptor y el 54.5% de las familias tienen dos o más perceptores.

### *d. Familias consanguíneas<sup>2</sup>.*

**Se consideran familias consanguíneas los hogares familiares donde están presentes el jefe y otros parientes como padres, hermanos, sobrinos, tíos y abuelos, entre otros y puede haber además miembros del hogar que no tiene parentesco con el jefe. Es decir, el jefe no tiene o no vive con los integrantes de su propio núcleo, su cónyuge, ni sus hijos.**

El número de familias formadas por el jefe sin núcleo familiar asciende a 563 mil y sólo representan el 3.3 del total de los hogares familiares.

Las familias consanguíneas tienen en promedio 3.4 miembros, es decir, el jefe y poco más de dos parientes.

La distribución de las familias consanguíneas por sexo del jefe señala más igualdad que en otras familias: las dirigidas por hombres son 295 mil, que representan el 52.4%, mientras que las restantes 268 mil están a cargo de mujeres y representan el 47.6%

*El promedio de ingresos monetarios mensuales en las familias consanguíneas es de 1,913 pesos. Este promedio varía considerablemente por sexo del jefe: las familias*

---

<sup>2</sup> La Terapia Familiar Sistémica las llama familias extensas.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

*dirigidas por hombres obtienen 2,137 pesos, mientras que las encabezadas por mujeres obtienen 1,556 pesos.*

Por lo que se refiere al número de personas que perciben estos ingresos, se obtuvo un promedio de 1.5 perceptores por familia. La distribución por número de perceptores corrobora este comportamiento, pues el 40.8% de las familias tiene un perceptor; en segundo lugar se ubican las que tienen dos (33.1) y en tercero las que cuentan con tres (17.7%)

***En resumen las familias mexicanas se caracterizan por: el predominio de las familias completas, en segundo lugar se ubican las familias monoparentales extensas; una mayor presencia de niños y jóvenes y una menor de personas ancianas; y una mayor jefatura masculina. En relación al aspecto económico: hay mayor frecuencia de hogares con dos o más personas que reciben ingresos; el 10% de las familias mexicanas reciben ingresos menores a un salario mínimo, el 36.7% entre 1 menos de 3 y el mayor número de hogares se encuentra en el rango de entre 3 y menos de 5 salarios mínimos, con el 22.3%, apenas el 11.3% de las familias recibe 10 salarios mínimos generales o más; y los hombres obtienen un salario mayor que las mujeres.***

Estadísticamente (INEGI, 2005), las problemáticas más frecuentes que experimentan las familias mexicanas se relacionan con: la migración, las adicciones, los divorcios, el suicidio, la violencia y la delincuencia.

### *1. Migración.*

Las condiciones sociales y económicas actuales del país han derivado en que un número importante de mexicanos emigre hacia los Estados Unidos en busca de mejores condiciones de vida.

Aunque este hecho representa una estrategia familiar para hacer frente a la precaria situación económica que atraviesa el grupo, también representa, según lo observado en el trabajo clínico dentro de la Residencia, una inestabilidad y reajuste en la organización y responsabilidades asignadas a cada uno de los miembros, sobre todo en el periodo reciente a la partida y regreso de la persona que emigra. Es frecuente que el miembro de la pareja que se queda, que en la mayoría de los casos es la mujer, ante la incertidumbre del envío de dinero se ve orillada a buscar empleo, lo que trae consigo mayores responsabilidades.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

En la mayoría de los casos las mujeres que viven esta situación solicitan el servicio de terapia familiar por: experimentar soledad y dificultades en la relación y educación de los hijos, sobre todo si estos son adolescentes.

Los datos estadísticos muestran que la mayoría de las personas que emigran a Estados Unidos son varones jóvenes, de entre 15 y 29 años de edad, casados, originarios principalmente de localidades urbanas y que buscan mejorar la calidad de vida de sus familias. Específicamente para el periodo 1995 - 2000, el volumen de los emigrantes fue de 1.5 millones de personas, de los cuales 1.1 millones fueron hombres (75.5%) y aproximadamente 368 mil mujeres. Más de la mitad de estos migrantes (51.9%) eran varones de 15 a 29 años de edad. Las mujeres jóvenes representaban solo el 16.6%, y más de la mitad de los hombres eran casados.

### 2. Adicciones.

La INEGI (2005) señala al consumo de drogas como uno de los problemas sociales y de salud pública más importante en México.

*La Organización Mundial de la Salud define a las drogas como cualquier sustancia psicoactiva que en el interior de un organismo viviente puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. A la adicción la reconoce como un estado psicológico, y a veces también físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia.*

Datos estadísticos relacionados con las *drogas ilegales*, es decir aquellas cuyo uso está penado por las leyes mexicanas, señalan que:

- En el país en el año 2003, según reportes de los Centros de Integración Juvenil, el grupo de edad de inicio de consumo de drogas ilegales en el que se observa mayor porcentaje de consumidores es de lo 10 a 14 años (48.2%) seguido muy de cerca por los grupos de 15 a 19 (40%) y los menores de 9. En el caso de las mujeres, el mayor porcentaje de consumidoras se presenta en el grupo de 10 a 14 años (43.2%) seguidas también muy de cerca por las mujeres de 15 a 19 años (38.7%) y por las del grupo de 20 a 24 años.
- Los varones entre 18 y 34 años tienen mayor incidencia en el consumo de este tipo de drogas,



## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

- Las tres drogas ilegales de mayor consumo tanto en hombres como mujeres son la marihuana, la cocaína y los inhalables.
- La población que consume drogas experimenta *problemas* en su ámbito *social, psicológico y físico*. Tanto para hombres como para mujeres, los problemas psicológicos ocupan el primer lugar de importancia.

Principalmente los *problemas físicos* se relacionan con algunos síntomas de dependencia hacia el consumo de esta sustancia. Los hombres (7.2%) presentan un porcentaje mayor de sentirse enfermos al reducir el uso de drogas, en comparación con las mujeres (4.6%); por otro lado, 7.2% de las mujeres manifiestan dolores abdominales o calambres al suspender el uso de alguna droga, en contraste con 6.6% en los hombres.

En relación a los *problemas psicológicos*, la Encuesta Nacional de Adicciones señaló que en 1998 los consumidores varones de entre 18 y 65 años reportaron tener más problemas psicológicos (31%), en comparación con la población femenina (26%). Las consecuencias emocionales que manifiestan los hombres son nerviosismo/ansiedad (19.4%), seguido por tristeza/pérdida de interés (18.7%) e irritabilidad/molestia (17.7%). Las mujeres, en cambio, reportan en primer lugar tristeza/pérdida de interés (21.9%) y con porcentajes menores nerviosismo/ansiedad (11) y la dificultad para concentrarse (9.9%).

Las *dificultades sociales* con las tasas más altas en el país en 1998 son las discusiones con amigos y familiares en el caso de los varones, seguidas por problemas con la familia/amigos/escuela/ trabajo/policía.

El porcentaje de hombres con cualquier clase de problema es notoriamente mayor que el de las mujeres. Se observa una relación de 19 hombres por cada mujer con problemas sociales; respecto a los problemas psicológicos la relación es de casi 8 a 1, y poco más de seis hombres tienen problemas físicos (síntomas de dependencia) por cada mujer en la misma circunstancia. Entre la población con más de tres problemas, se identifican poco más de 10 hombres por cada mujer.

Entre las *drogas legales o de uso público* se identifican el *alcohol* y el *tabaco*.

EL INEGI (2005) refiere que el **alcoholismo** es definido comúnmente como una enfermedad crónica, progresiva y mortal. Datos estadísticos del Instituto muestran que en 1998 en México

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

77 de cada 100 varones y 50 de cada 100 mujeres de entre 18 a 65 años consumían alcohol. Y considerando la frecuencia de consumo señaló que existe un mayor riesgo de dependencia al alcohol en los varones que en las mujeres, ya que en ese año se registró que por cada cinco hombres que consumen una o más veces alcohol a la semana se encuentra una mujer en la misma situación.

Del **tabaquismo** señala que representa una adicción a la nicotina del tabaco, que se manifiesta como una necesidad compulsiva de consumir tabaco y una dificultad para abandonarlo. Los daños para la salud se relacionan con el cáncer de pulmón, de labio y lengua; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades cardiovasculares y del aparato digestivo; y en las mujeres fumadoras el aborto y el parto prematuro.

Hablando específicamente del cáncer pulmonar la Institución señala que estudios recientes han demostrado que el riesgo para desarrollarlo es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, al número de años de fumar, a la edad en que se inició el consumo, a la forma de inhalación y a la cantidad de nicotina y alquitranes contenidos en los cigarrillos fumados.

Datos estadísticos relacionados al tabaquismo señalan que: en México más de 40 mil defunciones anuales se asocian con el consumo de tabaco y que la mayoría de las personas expuestas al riesgo de la adicción al tabaco son varones.

Por otro lado, actualmente se sabe que el tabaquismo no sólo causa daños a la salud de los fumadores, sino que también es un factor de riesgo para las personas expuestas involuntariamente al humo del tabaco. En este sentido, son las mujeres las mayormente expuestas a esta situación, hecho que pone en riesgo su salud y la de sus bebés, en caso de que estén embarazadas.

### *3. Divorcios judiciales.*

Los divorcios judiciales son las disoluciones conyugales en las que para su trámite es necesaria la intervención de un juez de lo familiar, civil o mixto. (INEGI, 2005).

Los datos estadísticos señalan que:

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

- En México en el año 2002 se realizaron poco más de 50 mil divorcios judiciales: 7 de cada 10 fueron solicitados por ambos cónyuges, 2 los solicitaron las mujeres y sólo 1 de los casos fue a petición de los varones.
- Las mujeres son quienes solicitan el divorcio en la mayoría de las ocasiones,
- En el año 2002, la edad mediana de los varones que se divorcian es de 35 años y la de las mujeres de 32. Así, la disolución ocurre diez años después de la unión legal de la pareja.
- Gran parte de las personas divorciadas son adultas o de edad mayor y la mayoría ha concluido su instrucción escolar.
- La proporción de personas divorciadas se incrementa a medida que su nivel de instrucción es más alto, de hecho 43.5% tiene estudios mayores al nivel básico. Entre los varones divorciados el porcentaje más representativo es el de los que cuentan con educación superior o de posgrado (25.9%) y casi la quinta parte de las mujeres divorciadas tienen ese nivel educativo.

*Consideramos que existe un porcentaje alto de parejas que no recurren al divorcio judicial, y para romper el vínculo simplemente se separan. Por tanto, aunque no hay datos estadísticos, el número de matrimonios disueltos ha de ser mayor.*

### 4. Suicidios e intentos de suicidio.

Hablando de los intentos de suicidio y suicidios consumados, según reportes de la INEGI, en México durante el año 2002 ocurrieron 3,464 intentos de suicidios y se consumaron el 91.2% de éstos. (INEGI,2004)

Los datos referentes a edad de la población que ha intentado suicidarse, muestra que hay mayor frecuencia de intentos en la población de 15 a 29 años (51%). Las principales causas registradas fueron: el disgusto familiar, con 34.2%, las razones amorosas, con el 10.2%, y las enfermedades mentales, con el 3.9% del total de los intentos de suicidio. La intoxicación por medicamentos es la forma más utilizada para intentar suicidarse, le siguen el arma blanca, la estrangulación y la ingestión de veneno. En general, lo hombres intentan suicidarse con medios físicos (armas y estrangulación) y las mujeres ingiriendo o inhalando tóxicos (venenos y gas).

En relación al suicidio, el 57.7 % de las personas que lograron suicidarse tenían menos de 35 años de edad, de éstos, el 16.8% fueron menores de 20 años. La principal causa fue el disgusto familiar y los métodos empleados principalmente, a diferencia de los intentos de

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

suicidio, fueron de los más efectivos (estrangulación, 68.7%, arma de fuego, 17.1%, e ingesta de veneno, 6.1%).

### 5. *Violencia Intrafamiliar.*

*Pese a que la violencia afecta a la población en general, son los grupos de mayor vulnerabilidad social, económica, afectiva, jurídica, entre otros, los que con mayor frecuencia experimentan esta problemática; entre ellos se identifican a los niños, las mujeres, las personas de la tercera edad y los discapacitados. Y, de acuerdo a lo reportado por el INEGI (2005), son los hombres los que principalmente ejercen la violencia hacia las mujeres, y a su vez son las mujeres las que mayormente maltratan a los menores.*

#### a) *Violencia hacia las mujeres.*

*Las múltiples manifestaciones de la violencia hacia las mujeres han sido definidas por la Organización de las Naciones Unidas (1993) y la Organización Panamericana de la Salud (1994) como violencia de género, esto es todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo, mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.*

British Council (1999, citado en INEGI 2005) señala que a nivel mundial, las estimaciones más precisas sobre violencia de género muestran que al menos:

- Una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica.
- Una de cada cuatro mujeres sufre una violación o intento de violación.
- Una de cada cuatro niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.
- Una de cada cuatro mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.
- En la mayoría de las culturas se dan formas de violencia de género, pero algunas tienen más arraigo cultural.
- La violencia de género no tiene barreras de clase, casta, educación, sexualidad, cultura, raza o edad.
- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres.
- Existe mayor riesgo de que las mujeres y niñas sufran abusos por parte de los hombres que conocen y, en estos casos, es más probable que el abuso sea crónico.
- La tolerancia de la violencia de género ha sido evidente en leyes y creencias sociales.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

De manera específica, el INEGI (2005) señala que es el marido o compañero el que comúnmente ejerce la violencia contra la mujer y que esta situación no está limitada a ciertos grupos sociales, económicos, culturales o religiosos, y tiene lugar en todo el mundo.

En relación a las formas de violencia, la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) identifica cuatro: *la emocional, la económica, la física y la sexual*. Según la encuesta la *violencia emocional* se relaciona con las agresiones que no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, pero sí en su psique: se trata de insultos, amenazas, intimidación, burlas, humillaciones, omisiones, menosprecios, entre otras.

La *económica* hace alusión al chantaje que el hombre puede ejercer sobre la mujer mediante el control del flujo de recursos monetarios que ingresa al hogar o de la forma en que dicho ingreso se gasta. *La física* se ejerce a través de las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer, lo que se traduce en un daño, o en un intento de daño, permanente o temporal. *La sexual* se entiende como toda forma de coerción que se ejerce sobre la mujer con el fin de tener relaciones sexuales con ella sin su voluntad.

De estos tipos de violencia, *la emocional y la económica son las que padecen más frecuentemente las mujeres*. La física y la sexual la viven un menor número de ellas.

*Un dato adicional proporcionado por la ENDIREH es que la presencia de hechos de violencia en las familias de origen de ella o de su esposo es más alta en mujeres que viven situaciones de violencia con su pareja que en las que declara no haber tenido ningún incidente de violencia de este tipo. Esta diferencia se agudiza entre mujeres que viven violencia física o sexual con su pareja o esposo, donde dos de cada tres mujeres declararon haber sido objeto de violencia (emocional o física) en su familia de origen.*

### *b) Maltrato infantil.*

La Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil lo define *como una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales e interactuantes de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor*. (Carrillo, 1998)

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

En México, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como aquellos menores de edad que enfrentan y sufren, ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutada por acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de los niños y las niñas (Brizzio de la Hoz, 1999).

Según el Programa de Prevención del Maltrato del Menor (PREMAN) del DIF, el periodo en que se presenta la mayor incidencia de maltrato es cuando se está cursando la primaria, seguida de la etapa lactante. Entre los tipos de maltrato atendidos con mayor frecuencia se encuentran el maltrato físico, la omisión de cuidados, la negligencia y el maltrato emocional. Así, en el año 2003 de los 27, 301 menores atendidos el 28.6% de ellos experimentó violencia física, el 26.7% maltrato emocional y el 25.2% maltrato por omisión de cuidados. Con una menor importancia se identificaron los siguientes tipos de maltrato: abandono, negligencia, abuso sexual, explotación laboral y explotación sexual comercial.

Cabe señalar que un menor atendido pudo haber sufrido más de un tipo de maltrato.

En cuanto a la relación de parentesco del agresor con la niña o niño maltratado son las madres quienes ejercen el maltrato con mayor frecuencia, seguidas por los padres, los padrastros, las madrastras y los abuelos.

La ENDIREH señala que la violencia ejercida sobre los hijos es mayor por el lado de la mujer que por el lado del hombre, padezca o no la mujer violencia y sea cual fuera el tipo de violencia que sufre.

Ante tal problemática y factores de crisis, las familias requieren de una orientación profesional que les ayude a comprender qué acciones o ideas existentes en su interior, están promoviendo la vivencia de tales circunstancias; esto con el fin de identificar en el grupo estrategias y recursos que promuevan su resolución y el bienestar familiar y social. Por el tipo de trabajo realizado, la psicoterapia se presenta como una alternativa para el estudio e intervención de las diversas problemáticas familiares. (Harrsch, 1994).

La autora señala que la psicoterapia está disponible para cualquier persona o grupo social (entre ellos el familiar, laboral, escolar y el que requiere de rehabilitación) que experimente dificultades en la forma de relacionarse consigo mismo o con los demás.

Reconociendo la existencia de diferentes Enfoques teóricos en la psicoterapia, en el siguiente punto se presentan *el Enfoque Familiar Sistémico y el Posmoderno* como dos alternativas psicoterapéuticas importantes para las familias que experimentan situaciones como las ya mencionadas.

Primero se habla de las investigaciones y teorías que dan forma a tales enfoques, y posteriormente se presenta un esquema general de los problemas que han sido tratados con éxito bajo estas aproximaciones.

### **1.3. La Terapia Familiar Sistémica y la Terapia Posmoderna como alternativas para abordar la problemática señalada.**

Inicialmente la práctica en el campo de la Psicología Clínica estaba fundamentada en los supuestos modernistas y en la metodología científica - empírica. Los diversos problemas humanos se entendían como fenómenos universales y eternos y, específicamente, como situaciones originadas por un individuo en particular. En consecuencia, así se trabajaba.

El desplazamiento del trabajo con el individuo considerado como el problema hacia el trabajo con el grupo familiar ocurrió, según Anderson (1999), porque al identificar que las teorías y prácticas tradicionales no eran útiles en el proceso con personas que mostraban perturbaciones severas, como esquizofrenia o psicosis, se invitó a la familia para conocer su percepción respecto al problema y al tratamiento. Así, la terapia familiar comenzó sin un sistema de creencias compartido, lo que originó el desarrollo de diferentes escuelas que trabajaban con el grupo familiar.

La autora señala que *la teoría de los sistemas cibernéticos y la teoría de los sistemas sociales normativos* organizaron el pensamiento de los terapeutas familiares.

#### *Teoría de los sistemas cibernéticos.*

El grupo de Palo Alto, principales interesados en el estudio de la comunicación esquizofrénica, encontró en *la metáfora de los sistemas cibernéticos* una alternativa para describir y entender la conducta de los individuos en el contexto, principalmente en el familiar.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

En tal teoría: *la familia* era vista como un servomecanismo con un elemento gobernador que protegía la norma e impedía el cambio; *el síntoma* solo tenía sentido dentro del contexto familiar total y era una expresión de ese contexto, ya no representaba una perturbación individual, sino una señal de que la familia experimentaba dificultades en sus intentos de admitir factores de presión externa, cambios, o puntos naturales de transición (es decir que no podía evolucionar hacia una mayor complejidad). Y *el significado del síntoma* estaba vinculado a la estructura del sistema familiar, y cumplía con la función de mantener la homeostásis del sistema: su estado, su estructura, su organización, su estabilidad, su continuidad, la definición de sus relaciones.

Bajo estos supuestos, *el objetivo principal de la psicoterapia* era interrumpir la homeostásis familiar y promover el cambio. Para ello el terapeuta debía intervenir activamente ayudando a la familia a aceptar las exigencias de las presiones exteriores, los puntos de transición, las etapas de desarrollo y el cambio mismo.

### *La teoría de los sistemas sociales.*

Esta teoría coloca a los sistemas socioculturales en contextos concéntricos, progresivamente complejos en su organización, que imponen un orden social. Su organización depende de sus funciones y estructuras, caracterizadas por la estabilidad, el orden y el control. Igual que en la teoría cibernética, el equilibrio y la homeostásis son elementos críticos en su mantenimiento. Así, cada capa del sistema social está rodeada cibernéticamente por otra capa.

Desde este punto de vista, los sistemas sociales se definen objetivamente, tienen una existencia en cierto modo universal, y son independientes de la gente que participa en ellos o de cualquier observador.

Bajo estos supuestos, en la terapia el terapeuta opera como un observador independiente y jerárquicamente superior al sistema. Desde su postura de experto, diagnostica y repara el defecto en el sistema.

### *CUESTIONAMIENTO DE LA CIBERNÉTICA DE PRIMER ORDEN E INTRODUCCIÓN A LA CIBERNÉTICA DE ORDEN SEGUNDO O CIBERNÉTICA DE LA CIBERNÉTICA.*

Teniendo presente que los sistemas vivos, en donde se incluye la familia, crecen y cambian y, enriqueciendo la propuesta anterior, el sociólogo Magoroh Maruyama en 1963 señaló que en tales sistemas se pueden distinguir dos tipos posibles de retroalimentación cibernética: la



## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

positiva (morfoestasis), que explica la estabilidad, y la retroalimentación negativa (morfogénesis), que explica el cambio.

Por su parte, el grupo de Palo Alto cuestionó la idea de que una parte del sistema pudiera controlar a la otra sin cambiar ella misma, y propuso que la base de la formulación y mantenimiento de los problemas era la retroalimentación positiva (amplificadora de la desviación) y no la negativa (homeostasis).

A la par de este reconocimiento, se cuestionó el supuesto de que el observador puede reportar datos reales y objetivos, y se afirmó que los observadores influyen e interpretan lo que estudian y que las distinciones no están "allí afuera" sino en el observador, en otras palabras, que el observador no está fuera del sistema observado.

Estos desarrollos en el campo de la terapia familiar se conocieron con el nombre *de cibernética de orden segundo o cibernética de la cibernética*. La cibernética de orden segundo enfocó su atención sobre el papel del observador en la circularidad de la relación observador – observado y en la creación de lo que es observado.

### CONSTRUCTIVISMO

El desarrollo de la cibernética de orden segundo vino acompañada por el resurgimiento del Constructivismo. Desde esta perspectiva, la realidad representa una adaptación funcional del sujeto; los seres humanos, en tanto sujetos que experimentan el mundo, construyen e interpretan la realidad. La perspectiva constructivista insiste en que la realidad y por lo tanto el conocimiento son contruidos e interpretados personalmente; el mundo en el que vivimos no es descubierto sino inventado.

La influencia del Constructivismo comenzó a transformar a la terapia familiar en un proceso de "corrección de lentes", de creencias, de construcciones. Hoffman (1983, 1985, 1993, citada en Anderson, 1999) introdujo la noción de "*terapia familiar de orden segundo*" para designar la aplicación de la cibernética de orden segundo y el constructivismo radical a la terapia familiar.

### SISTEMAS EVOLUTIVOS.

*Desde una perspectiva evolutiva, los sistemas son redes que nunca dejan de encontrarse en un cambio discontinuo; se los ve en desequilibrio, son no lineales, se organizan solos y son auto-recursivos. El cambio sistémico aparece entonces azaroso, impredecible, discontinuo y conduce siempre a niveles más altos de complejidad. La aplicación de estos conceptos a los sistemas humanos significó que ni la terapia ni los*

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

*terapeutas podían, por sí solos, amplificar una fluctuación más que otra, o determinar la orientación del cambio. Los terapeutas no controlaban el sistema, ni podían controlarlo, sino que eran una parte activa de un proceso evolutivo mutuo. El proceso determina la estructura.*

La combinación de los sistemas evolutivos con supuestos relacionados con el lenguaje, permitió abandonar por completo el mecanismo de las metáforas de la cibernética y de los sistemas sociales estructurados jerárquicamente. A partir de una conceptualización de los sistemas humanos como sistemas lingüísticos – sistemas de comunicación fluidos, en constante evolución, que existen en el lenguaje -, se desarrolló los conceptos de "*sistemas determinados por problemas*" y "*sistemas de disolución de problemas*".

### *APORTACIONES DE LOS ENFOQUES FAMILIAR SISTEMICO Y POSMODERNO A LA INVESTIGACIÓN Y PRACTICA EN PSICOTERAPIA.*

Relacionado con la investigación y la generación de nuevos supuestos, de acuerdo con Anderson (1999), *LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA*:

- Abrió el espacio para un cambio paradigmático que llevó al ejercicio de la psicoterapia basado en la pregunta *por qué* (una perspectiva unidireccional, de causa – efecto, orientada hacia el pasado) hasta el realizado en base a la pregunta *de qué* (centrada en las conductas, la comunicación, el lenguaje, las creencias).
- Llevó a reconocer la contextualización de la conducta humana y a comprender al individuo en relación con otros, lo que permitió describir, explicar, localizar y, por lo tanto, tratar los problemas en forma diferente.
- Hizo público el proceso de psicoterapia, que dejó de ser un suceso secreto y sagrado, para convertirse en un tema de estudio, observación e intercambio.

En relación a la eficacia de sus diferentes Modelos de Intervención Espinosa y González (1998) afirman que:

El *Enfoque Estructural*, cuyas intervenciones buscan el cambio en el sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, ha demostrado su eficacia en casos de depresión, problemas de rendimiento escolar o de conducta en niños y adolescentes, en

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

problemas psicosomáticos, desórdenes paranoides y todos aquellos relacionados con las etapas de transición en el ciclo vital de la familia.

*La Terapia Breve* ha sido exitosa en problemas de rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, apatía sexual); en desórdenes relacionados con el funcionamiento intestinal y urinario, problemas de apetito, tics, temblores, tartamudeo, insomnio, depresión, obsesiones y compulsiones, manifestaciones psicosomáticas, bloqueos creativos y de la memoria. También ha sido útil en el tratamiento de fobias, miedos paralizantes o ansiedad reflejada con timidez.

Las autoras afirman que puede usarse cuando se tienen conflictos relacionados con la cooperación, por ejemplo: riñas conyugales, manejo de hijos pequeños o adolescentes rebeldes, y cuando existen problemas de relación con ancianos o en cuadros esquizoides. Por último se destaca como un modelo adecuado en casos de adicciones o aplicado a jóvenes delincuentes.

*La Terapia Estratégica* ha trabajado con resultados positivos en los problemas relacionados con la crianza, donde además incluye a miembros clave de la familia extensa. Particularmente se interesa en el trato con adolescentes y adultos jóvenes que manifiestan dificultades importantes en la separación y crecimiento fuera del núcleo familiar, llegando incluso a psicotizarse. Actualmente también son abordados con éxito conflictos de violencia intrafamiliar, incluyendo el incesto y abuso sexual.

El interrogatorio circular y el uso de rituales, desarrollados por el grupo de *Milán* se ha ganado un estatus importante en la solución de problemas como la anorexia, bulimia y conductas psicóticas diversas.

Por su parte, retomando a Anderson (1999), el *POSMODERNISMO*:

- *Al enfatizar lo social y lo relacional ha llevado a repensar radicalmente la noción del individuo o el propio ser (se trate del núcleo del ser individual o de seres propios múltiples colectivos), la construcción de sí, la identidad, el propio ser en relación, y la conectividad de yo y tú.*
- *Ha hecho trascender las dicotomías entre "lo individual" y "lo relacional" inherentes a los marcos referenciales que estratifican sistemas sociales (individuo, - familia, familia - terapeuta, conducta individual - conducta colectiva, biológico - mental)*
- *Ha logrado expandir la definición de relaciones más allá de las relaciones familiares, evitando privilegiar un nivel del sistema sobre otros niveles.*

Finalmente, Espinosa y González (1998) aseguran que los modelos basados en este enfoque han sacado adelante a familias con problemas de: encopresis, conflicto conyugal, esquizofrenia en jóvenes, ansiedad y depresión en adultos, sobreprotección parental, abuso sexual y violencia familiar, dificultades académicas y mutismo selectivo, entre otros.

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LAS SEDES Y SUBSEDES DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.

De manera general, el plan de estudios de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica fue desarrollado con la finalidad de brindar, a los terapeutas en esta formación, diferentes herramientas teórico - prácticas para abordar los problemas clínicos considerando el lenguaje, la construcción de significados y las interacciones entre el individuo y los otros contextos y sistemas sociales (pareja, familia y sociedad) con los cuales se vincula.

Específicamente, las actividades prácticas que se realizan al interior de las diferentes sedes de entrenamiento (Clínica Universitaria de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE y la Clínica de Terapia Familiar en el CCH Azcapotzalco) están diseñadas para promover en el alumno habilidades que le permitan identificar y manejar problemas en el área de la salud mental, diseñando estrategias de prevención e intervención oportunas para cada situación en particular.

Entre las habilidades clínicas que se buscan promover se identifican: generar una relación de colaboración con quienes demandan el servicio; definir motivos de consulta; definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios; identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas; diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para intervenir eficazmente en la problemática; formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones; evaluar los resultados, terminar el tratamiento y elaborar reportes de los casos.

Con la finalidad de dar cuenta del trabajo clínico realizado por esta generación, se describen físicamente las sedes, se presenta un análisis sistémico de ellas y se expone el trabajo y secuencia de participación generado durante este periodo.

### 2.1. Descripción de las sedes y subsedes

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

- **Clínica de Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.**

Esta sede esta ubicada al interior de la FESI. Específicamente se encuentra al final del pasillo del primer piso del edificio de Endoperio.

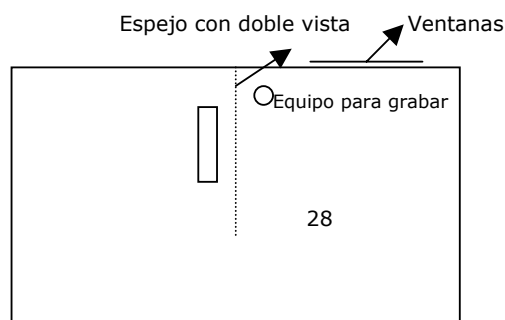
La distribución y organización del espacio y los aparatos con los que esta clínica cuenta, permiten que las sesiones sean video grabadas, que los usuarios sean atendidos por un grupo de cinco o más terapeutas, que estos observen el desarrollo de la conversación de uno de ellos y la familia (sin que esta última los observe) y que los miembros del equipo y el terapeuta se comuniquen sin que tengan que encontrarse en alguno de los salones.

Se conforma por una pequeña sala de espera y un consultorio que dispone de un cubículo dividido en dos salones por un muro y un espejo de doble vía de observación. Cada salón tiene una entrada independiente. El primero de éstos, el cual cuenta con ventanas al frente y al fondo, esta dispuesto para el trabajo del terapeuta y la familia y el segundo para la estancia y actividades del equipo de supervisión en el tiempo de la sesión.

El primer salón cuenta una cantidad suficiente de sillas acojinadas para el terapeuta y la familia. En contra esquina a la puerta y en la parte superior se ubica el equipo para videograbar las sesiones (televisión, video cámara y video casetera). A esta misma altura, al centro, esta instalado un micrófono para aumentar el sonido de las conversaciones que ahí tienen lugar. El terapeuta también dispone de un teléfono para comunicarse con algún miembro del equipo.

El segundo salón dispone de una mesa, en donde se encuentra el teléfono para comunicarse con el terapeuta, sillas para todos los miembros del equipo y un aparato que amplifica el sonido generado en el otro cuarto. Por la disposición de éste último, el equipo puede regular tal sonido.

En la sala de espera se encuentran algunas sillas acojinadas, un archivero (en donde se guardan los expedientes de las familias atendidas) y un escritorio. Se cuenta, además con un interfón a la entrada.



## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---



- **Clínica de Terapia Familiar, Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.**

Actualmente, este plantel dispone de un salón para brindar a sus maestros, alumnos y trabajadores el servicio de Terapia Familiar. Tal espacio está ubicado dentro de este espacio universitario, en el segundo piso del Edificio denominado Ciladin.

La amplitud del salón y el equipo técnico con el que se dispone, permite que la organización del trabajo sea similar a la sede precedente.

El salón está distribuido en cuatro espacios: uno de ellos está destinado para la estancia de los miembros del equipo de supervisión durante el desarrollo de las sesiones, otro para llevar a cabo la conversación de la familia con el terapeuta, un tercero para la consulta de libros y un cuarto para que la totalidad del equipo discutan, intercambien ideas y reflexionen sobre el trabajo clínico realizado.

Al fondo del salón se encuentran los espacios destinados para el trabajo del equipo (lado izquierdo) y del terapeuta con la familia (lado derecho) al tiempo en el que se desarrollan las sesiones. El primero de estos espacios es el único que físicamente está dividido. La puerta para ingresar a esta área está frente a la entrada del salón general. Su división del lado derecho está conformada por un espejo de doble vista, lo cual permite que los miembros del equipo puedan escuchar y observar la conversación entre las personas (terapeuta y familia) que se encuentran en el espacio de frente a esta división.

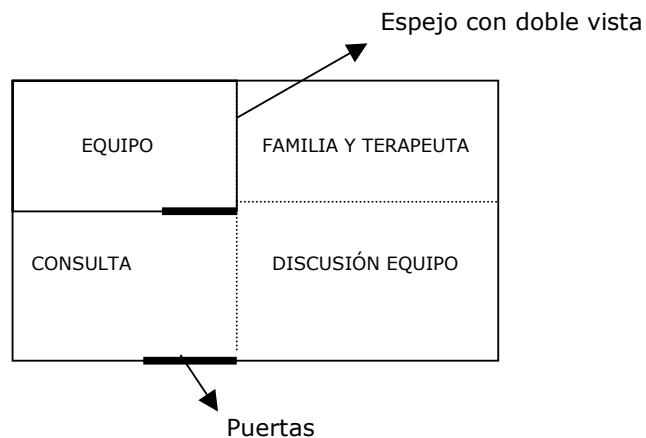
Al interior de este primer espacio se ubica parte de los aparatos necesarios para grabar las sesiones, se encuentra el monitor y la videocasetera. Esto le brinda la posibilidad al equipo de observar el desarrollo en vivo de las sesiones a través del monitor. Se cuenta con sillas y una pequeña mesa.

En el espacio destinado para la familia y el terapeuta se encuentra la video cámara, la cual está sostenida por un soporte que permite mantenerla fija y enfocada durante el desarrollo de la

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

sesión; un micrófono ambiental, para aumentar el volumen de las conversaciones; y un archivero, en donde se resguarda la papelería y expedientes. Este espacio también dispone de la cantidad necesaria de sillas.

Frente al espacio en donde se ubica el equipo, se encuentra el destinado a la consulta de libros. Se cuenta con un librero que contiene algunos libros sobre diversos modelos que se incluyen en el pensamiento sistémico y posmoderno. Finalmente, el espacio destinado para las discusiones del equipo generadas antes y después de las sesiones, cuenta con un pizarrón, sillas y una mesa rectangular para diez personas. Su ubicación está al lado derecho de la puerta de entrada al salón.



- **Clínica de Medicina Familiar, Tlalnepantla ISSSTE.**

En esta clínica se ha brindado el Servicio de Terapia Familiar supervisada desde 1994, a través de los Diplomados de *Psicoterapia Familiar Sistémica y de Pareja* desarrollados en la División de Educación Continua de la FES Iztacala. Desde hace 4 años, el servicio también está a cargo de los terapeutas en formación de esta Residencia.

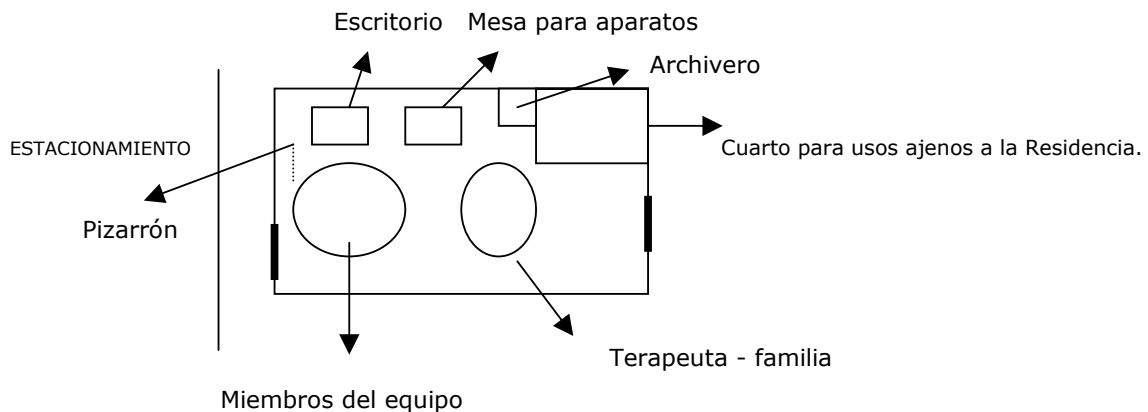
La labor de los terapeutas se realiza al interior del Consultorio de Psicología de la Institución. Por parte de la Residencia, el servicio se brinda solo en las mañanas de los días Jueves.

El consultorio se ubica en la planta baja de la Institución, a un costado del estacionamiento para empleados. Cuenta con dos accesos, uno de ellos es para el personal y los médicos y el otro para los usuarios.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La organización del espacio y los aparatos existentes permiten video grabar las sesiones y que los usuarios sean atendidos por un equipo de terapeutas, los cuales están físicamente presentes en el mismo espacio que la familia. La comunicación durante la sesión de los miembros del equipo y el terapeuta se da a través de un pizarrón, ubicado a espaldas de los usuarios y de frente al terapeuta.

Debido a que no es un espacio destinado exclusivamente para el trabajo clínico de la Residencia, cada día de trabajo implica para los terapeutas organizar el lugar para trabajar bajo la modalidad del equipo de supervisión, se requiere poner y organizar las sillas y conectar el equipo para grabar las sesiones. Al terminar la última sesión el espacio debe quedar como inicialmente se encontraba.



### 2.2 Análisis sistémico de las sedes.

Siguiendo los lineamientos del Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, el trabajo clínico en las tres sedes comparte:

- Una visión interaccional y contextual de los dilemas humanos, en donde la familia, principalmente, se toma como la unidad de análisis e intervención.
- El trabajo terapéutico sensible al género.
- El trabajo con equipo de supervisión,
- La supervisión en vivo y cruzada.
- La distribución del tiempo de atención a los usuarios en tres momentos: *pre-sesión*, *sesión* (en donde se incluye la elaboración y devolución del mensaje del equipo a la familia) y la *post-sesión*.



## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

- El seguimiento de la situación familiar, después de haber terminado el proceso terapéutico.
- La organización de actividades preventivas, adicionales al servicio de terapia familiar, en respuesta a las necesidades de la población en materia de salud e información.

Considerando en forma particular cada una de las sedes, el trabajo realizado presenta diferencias importantes que lo caracterizan y definen. Para precisar lo anterior, en relación con cada una de las Clínicas, se hablara de: el tipo de población que se atiende, es decir si el servicio va dirigido a algún grupo en particular; las estrategias (o modelos) de intervención que predominan; el espacio de atención, enfocado a la localización física del sistema terapeuta-familia y el sistema equipo de supervisión; el trabajo con la persona del terapeuta y las actividades realizadas, extras al trabajo clínico, para dar respuesta a las necesidades de la población a la que se dirige la atención.

En los anexos, se muestra el organigrama de cada una de las sedes.

- **Clínica Universitaria de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.**

Esta sede forma parte de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), la que a su vez constituye una de las escuelas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Esta Institución, perteneciente al sector educativo, busca la formación de profesionistas a nivel superior en diferentes áreas. Específicamente, los estudiantes de la FESI se forman en el área de la salud y esta Clínica, además de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Facultad, les da la oportunidad de formarse en el aspecto práctico de sus carreras, atendiendo a la comunidad. (Ver Figura 1).

1. *Población que es atendida.*

Esta Clínica brinda el servicio a cualquier familia o persona que así lo solicite, sin importar si son miembros o no de la comunidad estudiantil, académica y trabajadora. El trabajo realizado tiene un costo de recuperación, el cual es mínimo y no representa el valor real del servicio.

2. *Estrategias o Modelos de Intervención que predominaron.*

En ese tiempo las intervenciones retomaron análisis estructurales, estratégicos y los relacionados al análisis de las familias de origen<sup>3</sup>.

### *3. Espacio físico de atención.*

Esta sede cuenta con el espacio físico y equipo requerido para que el sistema de supervisión se ubique en un cuarto diferente al sistema terapeuta-familia. Tal distribución, entre otras cosas, posibilita que los miembros del equipo de supervisión expresen e intercambien sus reflexiones al tiempo que se da la conversación entre el terapeuta y la familia ó usuario.

### *4. El trabajo con la persona del terapeuta.*

Esta actividad se realiza durante la post sesión y no tiene definido un tiempo en particular. En algunas ocasiones el tiempo era un factor que determinaba si se realizaba o no tal actividad.

### *5. Actividades realizadas extras al trabajo clínico.*

Parte del trabajo que se realiza en la Clínica de Iztacala, y con la finalidad de promover el servicio en la sede, fue detectar necesidades de la comunidad a través del contacto con los estudiantes y personal de la facultad, así como el que labora en las escuelas de nivel básico cercanas a la zona. Una vez identificadas el trabajo implicaba desarrollar e impartir conferencias y talleres que pudieran responder a tales demandas.

- **Clínica de Terapia Familiar, Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.**

La clínica se ubica al interior del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco. Igual que la sede anterior, forma parte del sector educativo a nivel medio superior de la UNAM. Una de las finalidades principales del Colegio es que su población, en su mayoría adolescente,

---

<sup>3</sup> El que en las diferentes sedes se use con mayor frecuencia determinados Modelos de Intervención favorece el desarrollo de habilidades como: la evaluación del tipo de problema y las opciones o estrategias de solución, la generación y/ó aplicación de la metodología derivada de los diferentes Modelos Clínicos para evaluar y tratar las demandas de los usuarios, la formulación de hipótesis desde diferentes perspectivas y la selección de las técnicas y/ó procesos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

desarrolle en forma integral su personalidad, en forma individual y como miembro de la sociedad. (Ver Figura 2).

### *1. Población que es atendida.*

En este caso el servicio de Terapia Familiar, es gratuito y dirigido a los estudiantes y trabajadores del Colegio, así como a sus familias. Los usuarios estudiantes son canalizados, principalmente, por el área de Pedagogía del Colegio, la cual es la responsable de detectar las necesidades de los adolescentes y darles respuesta.

El departamento de Pedagogía envía las solicitudes a la Clínica de Terapia Familiar, en ellas se incluye los datos generales del adolescente, la fecha de solicitud y el motivo de consulta. Los terapeutas que residen en esta sede son los encargados de contactar a los familiares del adolescente o a éste último y darles una cita.

Estando enterados del servicio, los trabajadores que deseen ser atendidos pueden solicitarlo directamente con la supervisora de la sede.

### *2. Estrategias o Modelos de Intervención que predominaron.*

En esta sede las estrategias de intervención se apegan mayormente al tipo de trabajo realizado por el Modelo de Milán. Este tipo de trabajo requiere que el terapeuta sea capaz de: elaborar diferentes hipótesis respecto al juego familiar, interrogar de manera circular a la familia, elaborar contraparádojas y rituales, y lanzar, con toda la intensidad requerida, retos y desafíos a las familias.

### *3. Espacio físico de atención.*

Al igual que en la sede anterior, el espacio destinado para el terapeuta y la familia es distinto al destinado para el equipo de supervisión.

### *4. El trabajo con la persona del terapeuta.*

La organización de las actividades en esta sede destina un tiempo en particular para trabajar con la persona del terapeuta. El tiempo de la post sesión es dividido en dos momentos, en el primero se reflexiona sobre la problemática presentada por la familia y la conveniencia del

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

manejo terapéutico realizado. En el segundo momento el equipo le brinda una retroalimentación del trabajo que realizó así como de los recursos y obstáculos identificados.

Otro momento para trabajar con la persona del terapeuta, corresponde al tiempo destinado para la reflexión y análisis, en grupo, del genograma de cada uno de los miembros del equipo. Específicamente la finalidad de este ejercicio es que se identifique aquellas situaciones familiares vividas por cada uno de los terapeutas que pudieran obstaculizar el trabajo con las familias. En forma breve y con las diferentes preguntas realizadas por los miembros del equipo, al momento de compartir sus historia familia, se busca facilitar en el exponente el reconocimiento de sus recursos y capacidades para hacer frente a situaciones que reflejen las situaciones problemáticas del pasado.

### *5. Actividades realizadas extras al trabajo clínico.*

Debido a que la demanda de estudiantes y trabajadores que solicitan el servicio es alta, se planeó, además del trabajo usual y en un horario adicional, realizar Terapias en Red. Esta forma alternativa de trabajo permite atender en un mismo proceso terapéutico a cinco familias a la vez.

### • **Clínica de Medicina Familiar, Tlalnepantla ISSSTE.**

Pertenciente al sector salud, el trabajo de la Residencia es coordinado por el área de Psicología de la Institución y no tiene un espacio propio. Se busca contribuir a la finalidad principal del ISSSTE: mejorar los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los diferentes servicios, entre ellos el de la salud mental. (Ver Figura 3).

### *1. Población que es atendida.*

Esta Institución solo atiende a los trabajadores del Estado que estén registrados como derecho habientes del servicio.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

Los médicos generales, que laboran en la Institución, son los responsables de canalizar a los pacientes que los consultan, si así lo requieren, a la especialidad que según su criterio, puede contribuir a su bienestar físico y mental. Esta canalización incluye el servicio de Psicología.

Es la responsable del área de Psicología la que decide si los pacientes canalizados por los médicos serán atendidos por la Psicóloga de la Clínica o por los terapeutas familiares. Según su reporte, esta decisión la toma evaluando la gravedad de la problemática referida. Así los casos que considera difíciles los destina a los terapeutas familiares.

### *2. Estrategias o Modelos de Intervención que predominaron.*

En esta sede se utiliza con mayor frecuencia intervenciones apegadas a lo realizado por los Modelos Breves, de problemas y soluciones, y el Enfoque Estructural.

*El trabajo de modo breve* ha resultado eficaz en esta sede, por dos razones. La primera porque permite dar una respuesta rápida a la alta demanda del servicio y la segunda, porque evita en un alto porcentaje tratamientos inconclusos (debido a que la población que asiste a la Institución viene con la idea de que el tratamiento es de corta duración, semejante a "una visita al medico").

El trabajo clínico basado en el Modelo de Terapia Breve enfocado a los problemas exige al terapeuta, entre otras cosas, observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente; estimular la participación de éste en el proceso de cambio; mantener la iniciativa en todo aquello que ocurre durante el tratamiento y planear intervenciones que lleven a la familia a romper los intentos de solución que mantienen el problema.

El Modelo de Soluciones requiere que el terapeuta: identifique y haga evidente las excepciones al problema, crea en los clientes y en la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática. El Modelo Estructural lo invita a cuestionar aquellas ideas o interacciones que, desde su punto de vista, se relacionan con la problemática planteada. Para ello requiere ser capaz de utilizarse a sí mismo y ser activo y directivo.

### *3. Espacio físico de atención.*

El sistema terapeuta – familia y el sistema de supervisión se localizan en un mismo espacio.

### *4. El trabajo con la persona del terapeuta.*

Se realiza en el tiempo de la post sesión. Después de reflexionar, analizar y definir las siguientes líneas de intervención en equipo, los miembros de la supervisión retroalimentan de dos maneras al terapeuta, en la primera de ellas se habla del manejo que el terapeuta hizo de la sesión, se le devuelven recursos y conductas o situaciones que, desde su punto de vista, podrían obstaculizar el proceso terapéutico. En el segundo momento, se hace una comparación de su desempeño en sesiones pasadas y en la sesión actual, con la finalidad de identificar los avances que el terapeuta ha mostrado al hacer terapia. Si fuera el caso, se señalan además conductas o situaciones que continúan y que no obstaculizan el proceso.

La supervisora (s) interviene al final. En ocasiones, le pide al terapeuta que revise su video, enfocándose más que en la problemática familiar a su desenvolvimiento y manejo en sesión. Generalmente, esta petición se hace cuando el terapeuta muestra no estar de acuerdo con los comentarios de los miembros del equipo, de esta manera se evita entrar en discusiones y se le da la oportunidad al terapeuta de reflexionar sobre la "veracidad" de los comentarios.

Para realizar tales actividades, fue necesario ajustar los tiempos de los tres momentos de la sesión.

### *5. Actividades realizadas extras al trabajo clínico.*

En esta clínica los terapeutas tienen el compromiso de apoyar a la Institución, a nivel preventivo, con grupos localizados al interior y exterior de la Institución. Exteriormente, se dan pláticas y talleres a escuelas que así lo soliciten. Interiormente, se realizan estas mismas actividades con grupos ya formados, que comparten una situación particular y que asisten periódicamente a la Institución para recibir apoyo (por ejemplo: el grupo de la tercera edad, madres adolescentes y personas que experimentan enfermedades crónicas).

## **2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes.**

Hasta el momento cada generación ha estado conformada por diez alumnos.

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

Antes de iniciar el trabajo en las sedes, la Coordinadora de la Residencia en esta Institución y las maestras involucradas en la atención clínica en las distintas sedes tienen a su cargo formar dos equipos de trabajo. Cada uno de ellos se integra por cinco alumnos. De manera azarosa, se designan las sedes en las cuales trabajara cada equipo. A uno de los equipos se le asigna solo la Clínica ubicada en la FES Iztacala y al otro se le asignan las clínicas del CCH y de Tlalnepantla ISSSTE.

La conformación de los equipos y la asignación de las sedes permanece así durante el semestre. En el semestre siguiente la asignación de las sedes se invierte y es posible que la configuración de los equipos cambie. Generalmente, estos últimos cambios tienen como objetivo mejorar el desempeño del grupo durante el trabajo clínico.

El equipo que trabaja en la Clínica de la FES Iztacala, asiste a este lugar dos veces a la semana. Cuatro supervisoras coordinan el trabajo. Dos de ellas, las mismas durante el semestre, lo coordinan un día y las otras son responsables del otro día de trabajo. A la sede del CCH se asiste un día a la semana, y solo una supervisora coordina el trabajo de los terapeutas. A la sede de Tlalnepantla – ISSSTE se asiste los Jueves, y son dos las supervisoras responsables.

Durante el primer semestre, el trabajo clínico del grupo consiste en observar, cuestionar, analizar y reflexionar el trabajo realizado con las familias por los terapeutas de una generación anterior. A partir del segundo semestre el trabajo implica atender directamente a las familias que soliciten el servicio en las distintas sedes.

Del segundo semestre en adelante, como mínimo, durante el semestre cada terapeuta debe estar al frente de dos casos, y como integrante del equipo de supervisión debe colaborar en la intervención de ocho.

Específicamente, la atención clínica por sesión que se brinda a los usuarios en las sedes se conforma por las siguientes etapas: **pre - sesión, sesión y post sesión.**

a) PRESESION (15 minutos):

- *Primera sesión.*

El terapeuta da a conocer a los miembros del equipo los datos obtenidos durante la entrevista telefónica (miembros que integran la familia, datos generales de ellos, motivo de consulta,

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

antecedentes, intentos de solución, etc.). Asimismo comparte sus primeras impresiones e hipótesis. En este momento, la discusión del equipo esta encaminada a definir el modelo de trabajo a seguir y las posibles líneas de investigación.

- *Segunda sesión y siguientes.*

El terapeuta y miembros del equipo, entre otras cosas, revisan el reporte de la sesión anterior, discuten las posibles líneas de intervención, elaboran hipótesis (si el modelo de trabajo así lo requiere), evalúan los avances y definen los objetivos de la sesión.

b) SESION (40 minutos):

El terapeuta conversa con la familia teniendo en mente la discusión generada en la etapa anterior. Además se incluye el tiempo para la elaboración y devolución del mensaje final para la familia. Este puede incluir las impresiones del equipo ante lo escuchado, el reconocimiento de sus fortalezas, retos, paradojas y tareas.

c) POST SESION (15 MINUTOS):

El terapeuta y el equipo de supervisión reflexionan y discuten lo sucedido en la sesión. Se intercambian ideas en torno a la problemática referida por la familia y al manejo y conducción de la sesión. Además se definen objetivos futuros, ya sea a corto, mediano o largo plazo.

Es necesario señalar que desde el inicio de cada tratamiento hasta su conclusión el terapeuta al frente de la familia es responsable de elaborar los reportes de seguimiento de cada sesión y entregárselos a sus compañeros de equipo.



# **1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO.**

## **1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica.**

*La Terapia Familiar Sistémica representa un cambio de paradigma sobre la forma de entender la realidad y abordar los problemas humanos. A diferencia de la psicoterapia tradicional, este nuevo enfoque se interesa por las interacciones que ocurren dentro de la familia, y que pudieran estar asociadas a patrones rígidos y repetitivos que llevan a alguno de sus miembros a adoptar algún tipo de conducta patológica. Se plantea entonces el problema de cómo describir y clasificar los patrones habituales de la conducta participativa durante el intercambio íntimo. (Espinosa y González, 1998)*

### **ORÍGENES DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.**

De acuerdo con Eguiluz (2001), los orígenes de la terapia familiar se relacionan con las investigaciones hechas dentro del campo de la psicología y la psiquiatría en las cuales el interés por el individuo aislado fue trascendido al considerar otras figuras significativas en el desarrollo y tratamiento de la conducta patológica que mostraba el individuo. El desarrollo de tales investigaciones se dio en respuesta a la incapacidad de las teorías y prácticas tradicionales para atender a adolescentes difíciles y a algunos individuos que mostraban perturbaciones severas, como psicosis o esquizofrenia. (Anderson, 1999). Se concluyó que es importante tratar con el individuo en su contexto natural y que lo que hay que enfocar no es lo externo ni lo interno, sino la interacción.

Dentro del campo de la Psiquiatría, los resultados de las investigaciones derivaron en el interés por estudiar las relaciones que se establecen entre madre e hijo esquizofrénico e investigar el por qué de los comportamientos distintos del paciente dentro del hospital y dentro de su grupo familiar.

*Según Eguiluz (2001), a pesar de la inclusión de un mayor número de sujetos para la explicación de los diversos problemas de origen psicológico, en estos inicios se conservó la explicación lineal, característica distintiva de la psicología del individuo que predomina durante los inicios del siglo XX.*

**Las contribuciones de Virginia Satir, Nathan Ackerman, Carl Whitaker, Milton Erickson, Don Jackson, Murray Bowen e Ivan Naggy fueron claves para el desarrollo posterior de**

***la Terapia Familiar (Hoffman, 1987). A decir de Hoffman, Murray Bowen e Ivan Naggy estaban orientados en mayor medida hacia un pensamiento psicodinámico que tenía como principal interés al paciente individual, sin embargo ambos trabajaron arduamente para desenredar al individuo de la red familiar.***

***Brevemente se menciona la descripción que esta autora hace de estos personajes.***

- **Virginia Satir:**

***Virginia Satir tenía una habilidad asombrosa para quitar la etiqueta a un paciente identificado, atacar el problema o la situación más negativa y convertirla en algo positivo y en unirse con las personas sin mostrar ira, acusación u hostilidad, antes bien mostraba decepción, dolor y esperanza.***

***En el trabajo con familias de pacientes psicóticos, Satir se interesaba en clarificar la comunicación dentro de la familia, con la finalidad de liberar al psicótico de comprender los mensajes ocultos y tener que responderlos, y sin embargo tener también que negar que comprende o responde a ellos, o que siquiera existen.***

- **Nathan Ackerman**

***Nathan Ackerman fue uno de los primeros en analizar familias y en resaltar la importancia que tiene la participación de este grupo en el tratamiento de los desordenes emocionales. Ackerman poseía, según refiere Hoffman (1987) una capacidad extraordinaria para aprovechar su propia presencia para producir el cambio, a través de un estilo teatral, ingenioso, entrometido y provocativo.***

- **Carl Whitaker**

***Minuchin y Fishman (1991) refiere la terapia de Whitaker como "...desconcertante por la gama de sus intervenciones. Utiliza el humor, el abordaje indirecto, la seducción, la indignación, el proceso primario, el tedio y aun el acto de quedarse dormido como instrumentos igualmente potentes para el contacto y el desafío." (pág. 76)***

***Según este autor, todas sus intervenciones cuestionan el sentido que las personas atribuyen a los sucesos. Partía del supuesto de que cuestionando de esa manera surgirían procesos creadores en los individuos y en la familia como un todo.***

- **Milton Erickson:**

*Erickson trabajo un concepto nuevo de hipnosis, que destaca por las "curas milagrosas" y la originalidad de sus planteamientos. Es reconocido en muchos países por el empleo de "la paradoja terapéutica", técnica donde el terapeuta fomenta un síntoma mientras sutilmente introduce un cambio. Fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia: la hipnosis, el manejo de la comunicación, la terapia familiar, la terapia breve, la terapia estratégica y la terapia centrada en las soluciones.*

- **Don Jackson:**

*Junto con sus colegas John Weakland, Jay Haley y Paul Watzlawick del Instituto de Investigación de Enfermedades Mentales de Palo Alto California, se interesó en las relaciones comunicacionales entre el paciente esquizofrénico y su familia, pudiendo describir el fenómeno empírico de las secuencias que recurrentemente cambian y sin embargo se entrelazan, de los comportamientos ocurridos en familias que de alguna manera tenían correlación con un síntoma. Con estas observaciones pudieron derivar posteriormente la hipótesis de la doble atadura (o doble vínculo) con la que el grupo fue ampliamente reconocido.*

- **Murray Bowen.**

*Murray Bowen junto con Lyman Wynne, fueron de los primeros en hospitalizar a toda la familia, con el objeto de estudiar las relaciones del paciente esquizofrénico con el resto de su grupo primario. Durante el período de 1946 a 1959 trabajo en la Clínica Menninger en Washington con pacientes esquizofrénicos. Bowen pensaba que el problema del paciente tenía correspondencia con un nexo simbiótico no resuelto en la relación con su madre.*

*Con estos trabajos clínicos desarrolló una hipótesis trigeneracional para explicar la esquizofrenia, de la que derivó posteriormente la idea de que muchas de las enfermedades emocionales se desarrollan en tres generaciones donde existe una interdependencia estrecha entre sus miembros (Bowen, 1984).*

- **Ivan Naggy.**

***La aportación más interesante de Ivan Naggy es una rica y poética metáfora de las familias como un libro de cuentas multigeneracional. Es decir, un sistema multigeneracional de obligaciones y deudas que deben pagarse con el tiempo. No importa en que momento ocurrió una injusticia, siempre, en algún punto futuro deberá retribuirse, aunque no necesariamente por el deudor original. Así, un síntoma puede ser una señal de que hay una excesiva acumulación de injusticias.***

***Eguiluz (2001) señala que entre los autores mencionados hay varias coincidencias: la mayoría de ellos son psiquiatras y/o psicoanalistas, la mayor parte se enfoca a tratar con la conducta esquizofrénica, todos provienen de la Unión Americana, casi todos trabajan en equipo o en parejas y ocurre en un breve periodo que no rebasa los 10 años. De esta manera se genera un movimiento, que transforma a las ciencias del hombre. A este movimiento de cambio, ocurrido casi al mismo tiempo en distintos sitios, Winkin (1984) lo denomina "la universidad invisible."***

## **TEORÍAS QUE DAN CUERPO A LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.**

La Terapia Familiar Sistémica surge a partir de la integración de la Teoría General de los Sistemas, la Teoría Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana.

### **TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS.**

***El surgimiento y desarrollo de la Teoría General de los Sistemas, a través de las ideas de Ludwing von Bertalanffy, representó una forma alternativa para el conocimiento y explicación de la realidad. A la vez que contribuyó a profundos cambios dentro de las Ciencias Naturales y otras Ciencias del comportamiento (Hoffman, 1987).***

***La Teoría General de los Sistemas permite la explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad, así como la predicción del comportamiento futuro de esa realidad.***

- *El concepto de sistema.*

La idea de Bertalanffy (1995) sobre lo que es un sistema hace referencia a la serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta. Según explican Espinosa y González (1998) el concepto no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier "todo" que consista de "componentes" que interactúan y que, por tanto, se influyen de manera constante y recíproca.

Así, se considera que todo organismo es un sistema y que la humanidad está compuesta por sistemas de varios órdenes que van desde las familias hasta los sistemas mayores como las civilizaciones.

Bertalanffy (1995) señala la existencia de *sistemas abiertos y cerrados*. Refiriéndose a los sistemas abiertos como sistemas biológicos que intercambian materia con el medio circundante mientras que los sistemas cerrados son todos aquellos sistemas que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente.

***Se define como sistema relacional al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguida por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente. (Parsons y Bales, 1955).***

- *Propiedades de los sistemas.*

*La sinergia o totalidad, la recursividad, el orden jerárquico, la equifinalidad, la equicausalidad, la entropía y neguentropía, la homeostásis y la retroalimentación* son algunas de las propiedades que poseen los sistemas.

- *SINERGIA O TOTALIDAD:*

Un objeto tiene sinergia cuando el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo. Lo que implica que sea necesario tomar en cuenta la relación existente entre los elementos del sistema para entender la conducta de las partes. (Johnsen, 1986)

- *RECURSIVIDAD.*

Este concepto, nos permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. Independientemente de si se trata de un subsistema o un suprasistema, cada uno tiene sinergia, es decir se comporta como un sistema, como un individuo que posee todas las características de su especie o clase.

- *ORDEN JERARQUICO.*

***El orden jerárquico implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo.***

- *EQUIFINALIDAD:*

Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.

- *EQUICAUSALIDAD*

La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Apoya la no búsqueda de cada pasada originaría del síntoma. Por tanto la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema, de tal forma que pueda influir en ellos para iniciar el cambio terapéutico.

- *ENTROPÍA Y NEGUENTROPIA*

Los conceptos de entropía y neguentropía explican los procesos irreversibles que ocurren en los sistemas cerrados que alcanzan el equilibrio, precisamente al aumentar el grado de orden.

Para Simon (1988) "*la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden*" la falta de entropía en un sistema, conocida por "*entropía negativa o neguentropía se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado*" (p. 133).

- *HOMEOSTÁSIS*

Bertalanffy (1995) al referirse a la homeostásis señala los procesos merced a los cuales se mantiene constante la situación material y energética del organismo.

El concepto de homeostásis familiar se le dará una nueva acepción, al comprender que los sistemas vivos no alcanzan jamás la estabilidad plena. De ser originalmente un concepto positivo y deseable, que se trataba de alcanzar; ahora se piensa que hay que romper la homeostásis para producir un desequilibrio, que implica un cambio que eche a andar de nuevo al sistema.

#### - *RETROALIMENTACIÓN*

La retroalimentación representa la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Dicha capacidad podría medirse por la posibilidad para aprender, o sea, la posibilidad que tiene el sistema para cambiar su organización o su estructura interna a un nivel más alto de complejidad. Por tanto, la retroinformación permite conservar un equilibrio dinámico que se ubique entre la estabilidad y el cambio.

- *La familia como un sistema.*

La familia, al ser conceptualizada como un sistema se puede considerar formada por un conjunto de seres humanos que se comunican entre sí, con el objeto de definir la naturaleza de su relación.

De acuerdo con Andolfi (1985) puede considerarse como un sistema:

- a) En constante transformación, es decir, que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (*teleología*);
- b) Que se autogobierna mediante reglas que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está (*regla de relación*), y
- c) Abierto en interacción con otros sistemas (escuela, ámbitos de trabajo, instituciones, etc.)

Considerar a la familia como un sistema permite explicar los diversos problemas psicológicos que experimenta a partir de las interacciones entre sus miembros.

## *TEORÍA CIBERNÉTICA*

La Teoría Cibernética se atribuye a Norbert Wiener.

"Cibernética" ha sido definida de diversas maneras. Sluzky (1987) cita a algunos autores: "...Wiener (1948, 1954) la concibió como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina. McCulloch (1965) la describió como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. Bateson (1972) la reconoce como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización" (pág.66).

Wiener (1954, citado en Sluzki, 1987) refiere que el primer objeto de estudio de la Cibernética fue los procesos de comunicación y control en sistemas naturales y artificiales, hablándose preferentemente, según lo refiere Eguiluz (2001), de la coordinación, la regulación y el orden a través del control. No estudia el mero funcionamiento de los objetos sino el comportamiento de los mismos.

- *Desarrollos principales de la cibernética.*

De acuerdo con Sluski (1987) las etapas por las que ha atravesado la Teoría Cibernética para llegar a los supuestos actuales son: la cibernética de primer orden o cibernética de los sistemas observados, dividida en primera y segunda cibernética, y cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes.

Este mismo autor nos brinda un panorama general de estos periodos.

### *Cibernética de primer orden.*

Las dos nociones claves en este período fueron el concepto de organización y el concepto de información.

De acuerdo con Slusky (1987) los primeros trabajos en cibernética, se centraron así en los procesos de corrección de la desviación, es decir, en la retroalimentación (feedback) negativa, postulando cómo los sistemas operan para mantener su organización. La neguentropía era el



principio ordenador; más allá de la entropía positiva yacía el caos y la destrucción del sistema. Los procesos centrales develados eran los de neutralización de la desviación, es decir, los procedimientos que optimizan el logro de un objetivo dado: la homeostásis, en el sentido de procesos auto-correctivos.

La noción de familia como sistema, y por ende la terapia familiar, debe su origen al impacto transdisciplinario de estas ideas. Los trabajos en el campo de la terapia familiar de ese primer período reflejan, el énfasis negentrópico: reglas familiares, mitos familiares y patrones interactivos.

En la segunda etapa en el desarrollo de la cibernética, la segunda cibernética, el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva y los procesos sistémicos de cambio. Este énfasis conduce a una visión homeodinámica (en contraste con homeostática) de los procesos sistémicos, subrayando la dialéctica estabilidad-cambio.

En el campo de la Terapia Familiar aparecen las intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocativas destinadas a empujar a la familia más allá del umbral y desencadenar cambios cualitativos, representadas en la clínica por las modalidades terapéuticas introducidas por Salvador Minuchin y Carl Whitaker.

La conceptualización de la tarea del observador en este primer momento, es como una cámara que registra lo que ocurre afuera, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de observación.

### *Cibernética de segundo orden.*

El curso de las ideas de la cibernética experimentó un cambio radical cuando la fascinación por el estudio de los procesos recursivos condujo a incluir a la misma cibernética entre los objetos de estudio.

Así se habla de la cibernética de la cibernética, también llamada cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes. La cual parte del supuesto que el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción.

El terapeuta familiar no es un agente que opera sobre una familia cambiándola sino que es un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados.

La actividad terapéutica puede ser descrita como una actividad diálogica en la que de manera activa el terapeuta busca insertarse en un visión del mundo aportada por la familia, para generar propuestas de puntos de vistas alternativos y/o de nuevas connotaciones con las que el colectivo –familia y terapeuta- desarrolla nuevas perspectivas que no traen consigo comportamientos sintomáticos o problemáticos.

## **TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.**

Incorporando las ideas cibernéticas a la comunicación humana Gregory Bateson junto con su equipo (el ingeniero químico John Weakland; un pasante de comunicación social; Jay Haley; el psiquiatra, William Fry y Don Jackson psiquiatra y psicoanalista) ubicado en Palo Alto California, son los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación.

Según refieren Watzlawick, Beavin y Jackson (1993) son cinco los axiomas que dan cuerpo a ésta teoría:

- 1. Toda conducta es comunicación y es imposible dejar de comunicarse.*
- 2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.* El contenido, es la información incluida en el mensaje, mientras que el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse.
- 3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de comunicación entre los comunicantes.* Es decir, cada participante define la secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera.
- 4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.* La comunicación digital se refiere al lenguaje verbal que emplea signos arbitrarios establecidos por acuerdo convencional o convención social, por ejemplo las palabras o números. En tanto que el lenguaje analógico puede ser referido por un signo, dibujo, etc., También es analógica, toda comunicación no verbal.
- 5. El quinto y último axioma señala que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.*

Se hablaría de relaciones simétricas o de igualdad cuando mientras más hace uno de algo más hace el otro de eso mismo. En las relaciones complementarias, basadas en las diferencia mientras más se comporta uno de cierta forma menos se comporta el otro de esa misma manera.

## **1.2. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Posmoderna.**

Para Anderson (1999), el posmodernismo representa una crítica y no una época que, en una orientación filosófica, se aparta radicalmente de la tradición moderna. No está representado por un autor en particular ni por un concepto unificado, solo se expresa de diferentes formas un cuestionamiento al modernismo y se deja claro la ruptura con éste. En términos generales se caracteriza por la valoración que hace de la *incertidumbre e impredecibilidad de los hechos*.

Esta misma autora asegura que el pensamiento posmoderno busca una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas y una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder.

El posmodernismo ve al *conocimiento* como una construcción social, *al conocimiento y al conocedor* como interdependientes, y parte de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión. (Anderson, 1999).

Dentro de esta filosofía se incluyen la *Hermenéutica filosófica* y el *Construccionismo Social*.

### *LA HERMENÉUTICA FILOSÓFICA.*

En términos generales, la hermenéutica "se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humanas, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete". (Anderson, 1999, pág. 74)

La autora señala los supuestos más importantes en los que se basa la hermenéutica, en relación a la comprensión y la veracidad de los relatos son:

- No hay un significado verdadero, porque la búsqueda de significado constantemente da forma y reforma, crea y recrea algo nuevo para el intérprete, algo diferente.
- Comprender no significa aprender algo que es, que existe. El mismo acto de comprender produce algo distinto de lo que se intenta comprender.
- La comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban.
- La verdad se construye a través de la interacción
- La comprensión se sitúa en el lenguaje, en la historia y en la cultura.
- La comprensión es circular porque siempre implica una referencia a lo conocido: la parte (lo local) siempre se refiere al todo (lo global) y a la inversa, el todo siempre se refiere a la parte.
- La comprensión de la otra persona implica un proceso recíproco donde uno se abre al otro. En otras palabras, requiere de un proceso y diálogos activos.
- Las prácticas lingüísticas en las que estamos inmersos y el preconocimiento de nuestro pasado, incluyen, informan y limitan nuestras comprensiones, nuestra significación y nuestras interpretaciones.
- La verdad no puede ser revelada; no hay una descripción correcta ni una interpretación correcta de un acontecimiento. Cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad.
- Si toda comprensión es interpretativa, entonces es imposible lograr una comprensión verdadera, el significado de una persona no puede ser comprendido plenamente, y mucho menos reproducido, por otra persona.

## CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.

El Construccinismo Social representa una forma de indagación, que *"busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive (incluyendo su propia participación) (...)"* (Gergen, 1985, citado en Anderson, 1999, pág.77).

Entre los supuestos, referidos por Hoffman (1992), McNamee y Gergen (1996) y Anderson (1999), que dan forma al Construccinismo tenemos:

- La objetividad es solo un logro literario,
- No hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás.
- Las exposiciones narrativas no son réplicas de la realidad, sino dispositivos a partir de los cuales se construye la realidad. Todas las exposiciones del mundo están guiadas por conversaciones basadas histórica y culturalmente,
- Se rechaza el supuesto de que el conocimiento es una representación exacta del mundo. En vez de ello se supone que el conocimiento, incluyendo el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo, es una construcción comunal, un producto del intercambio social. Las ideas, las verdades, el propio ser, por ejemplo, son producto de las relaciones humanas de una comunidad de personas y relaciones.
- El conocimiento, al que se llega socialmente, cambia y se renueva en cada momento de la interacción.
- No hay significados previos escondidos en los relatos o en los textos.
- La construcción del mundo tiene lugar no dentro de la mente del observador sino en las formas de relación.
- Los significados del lenguaje, es decir, los significados que atribuimos a las cosas, los acontecimientos, la gente y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos: del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente.

- Las emociones son solo una parte más de la compleja red de la comunicación entre las personas y no se les conceden un estatus especial como estados interiores.
- El énfasis está puesto más en la base contextual del significado, y su continua negociación en el tiempo que en la localización de los orígenes del significado.

Hoffman (1992) afirma que el Construccinismo Social cuestiona principalmente: el supuesto modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva; que la investigación social objetiva sea posible y la ideas de las etapas de desarrollo. Los construccionistas sociales hablan del peligro de dar por sentada la existencia de pautas universales por medio de las cuales los seres humanos pueden mediar su funcionamiento y afirman que la idea de la trayectoria normal de la vida es gravemente deficiente.

Estos supuestos generales conllevan a una conceptualización y practica particular del proceso terapéutico, de la relación terapeuta – cliente/paciente y del papel del terapeuta. En relación con esto, McNamee y Gergen (1996) señalan que:

- Se acepta la influencia mutua entre consultante e investigador, y se intenta eliminar el proceso jerárquico y unidireccional que caracteriza la práctica terapéutica moderna,
- Las entrevistas son poco orientadas hacia objetivos,
- El terapeuta participa en el proceso desde una posición de no saber.

### **1.3. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.**

En esta parte del documento, se analizan los *Modelos de Intervención Estructural, Estratégico, de Terapia Breve centrado en los Problemas y el orientado a las Soluciones y Milán*. Tales modelos se incluyen en el marco de la Terapia Familiar Sistémica. Asimismo se aborda el enfoque Narrativo, la Terapia Colaborativa y el Equipo Reflexivo como parte de las intervenciones desde una postura Posmoderna.

A excepción del Equipo Reflexivo, cada modelo terapéutico se analiza considerando: *los supuestos teóricos que lo sustentan, el sistema terapéutico que lo conforma, el*

*proceso de intervención y la posición del terapeuta.* Las tres últimas categorías se retoman de lo propuesto por Anderson (1999) para describir, analizar y comparar diferentes teorías terapéuticas.

Para la autora, hablar del *sistema terapéutico* implica identificar, de acuerdo a cada Modelo, quién participa en las sesiones y cuándo, quién o qué es el foco del tratamiento, y quién toma esas decisiones. La caracterización del *proceso terapéutico* incluye la definición del propósito de la terapia, la descripción de las interacciones entre cliente y terapeuta, la explicación de lo que ocurre en el proceso y cuánto tiempo lleva. Finalmente en la *posición del terapeuta*, se describen las características y acciones de éste, de acuerdo a lo que exige cada modelo de intervención.

## **MODELO ESTRUCTURAL**

***Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil de origen argentino, entre los años 1965 y 1970 desarrolló un enfoque terapéutico destinado a la comprensión e intervención de la organización y estructura familiar.***

### **SUPUESTOS TEÓRICOS.**

***El Modelo Estructural, así denominado por Minuchin, se basa, principalmente, en tres supuestos generales (Minuchin, 1990):***

- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, el individuo influye sobre su contexto y es influido por éste considerando secuencias repetidas de interacción;
- Las modificaciones en la estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema y,
- Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico.

La **estructura familiar** es definida, por Minuchin (1989), como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Esta organización esta sustentada en pautas de interacción que reflejan las reglas de este grupo, la mayoría de las veces implícitas, sobre de qué manera, cuándo y con quién relacionarse.

***Dichas pautas surgen y se mantienen a través de la interacción de diversos medios de influencia cultural. Por una parte, se incluyen las reglas sociales que regulan las interacciones entre un grupo apegado a una determinada cultura. Están también presentes las realidades construidas por la familia, en donde se incorporan, principalmente a través de la pareja, construcciones individuales formadas en sus respectivas familias de origen (Minuchin y Fishman, 1991).***

La estructura familiar se conforma a través de **jerarquías, alianzas, coaliciones, límites, territorio y geografía.**

Por *jerarquía*, de acuerdo con Espejel (1997), se entiende el ejercicio del poder. En una familia pueden encontrarse miembros con jerarquías en diferentes niveles, es decir miembros con mayor jerarquía y miembros con una jerarquía menor. Se espera que en una familia la jerarquía recaiga principalmente en los padres.

*Las alianzas* son definidas por la autora como la unión de dos o más miembros de la familia, sea por afinidad, metas comunes o por compartición de intereses y pueden ser entre miembros de una misma generación. En tanto, *las coaliciones* son la unión de dos o más miembros en contra de un tercero, involucran generalmente miembros de generaciones diferentes.

Los *límites* se refieren a reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia y que, de acuerdo con Minuchin y Fishman (1991), definen quienes participan y de que manera dentro de la familia. Su función principal radica en proteger la diferenciación del sistema. De acuerdo a la forma en cómo son establecidos en la familia, pueden ser rígidos, claros o difusos.

El autor señala que, cuando los límites en la familia son extremadamente rígidos la comunicación entre ellos es difícil porque predominan puntos de vista particulares, lo que impide su crecimiento y desarrollo al incorporarse a sistemas mayores.

Cuando los límites son claros se caracterizan por ser definidos con suficiente precisión. Los miembros de la familia tienen la oportunidad de desarrollar sus funciones sin interferencias indebidas, a la vez que se permite el contacto entre ellos y con los miembros ajenos al sistema original (Minuchin y Fishman, 1991).

Al haber límites difusos en una familia se aprecia un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como producto de ello, la distancia disminuye y los límites se esfuman. Se dice entonces que la diferenciación del sistema familiar se hace



difusa. Un sistema de éste tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de stress.

Al referirse al *territorio*, Espejel (1997) nos habla del espacio emocional que cada quién ocupa en determinado contexto. Al interior de la familia pueden encontrarse dentro del grupo familiar, miembros centrales o periféricos. Es importante que cada miembro de la familia ocupe un espacio emocional que permita tanto el sentido de pertenencia como de individuación. Por último, *la geografía* refiere el espacio físico entre los miembros de la familia.

***Una familia con una estructura familiar apropiada tendrá límites claramente marcados. El subsistema marital, formado por ambos miembros de la pareja, tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental, que incluye a los padres e hijos, tendrá límites claros entre ellos, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos, o subsistema fraterno, tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de factores culturales, sociales y económicos.***

***El desarrollo familiar requiere de la familia diferentes cambios en su organización y estructura. Minuchin y Fishman, 1991) señalan que:***

En la *etapa de formación de pareja* el sistema conyugal debe armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos y elaborar modalidades propias para procesar la información, establecer contacto y tratarse con afecto. Los límites entre ellos deben ser flexibles y rígidos hacia el exterior, de tal forma que se evite el entrometimiento de terceros que pueda obstaculizar éste proceso.

En la *etapa de familia con hijos pequeños* el subsistema conyugal se debe reorganizar para enfrentar las nuevas tareas, como el cuidado responsable hacia los hijos, definir y llevar a cabo determinadas pautas de crianza, crear métodos adecuados de control respecto a los hijos, socializar con medios exteriores y establecer límites claros entre los subsistemas, especialmente entre el conyugal y el parental.

Al pasar a la etapa de *familia con hijos en edad escolar o adolescentes* el crecimiento del niño y su relación con otros sistemas sociales, como la escuela y amigos, introduce elementos nuevos

en el sistema familiar. La familia deberá entonces negociar ciertos ajustes y modificar reglas. Los nuevos límites entre los progenitores e hijo (s) tendrán que permitir el contacto al tiempo que dejan en libertad al hijo para establecer relaciones con otros y empezar la búsqueda de una pareja.

En la última etapa del Ciclo Vital, *familia con hijos adultos*, se espera que los adultos jóvenes hayan creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y un cónyuge. El subsistema conyugal debe renegociar su relación como pareja y establecer límites claros y flexibles hacia los nuevos integrantes.

### *SISTEMA TERAPÉUTICO*

El objetivo principal del proceso es cambiar las estructuras disfuncionales de la familia, relacionadas con la aparición y mantenimiento del síntoma, por estructuras más normativas a juicio del terapeuta. La labor terapéutica requiere de la participación en sesión de dos o más miembros de la familia. (Minuchin y Fishman, 1991).

### *PROCESO TERAPÉUTICO*

***En general, cuando una familia acude a terapia, según refiere el autor, son cuatro las posibles fuentes de estrés: el contacto de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares; los momentos transicionales en la evolución del grupo y problemas de idiosincrasia.***

Para obtener claridad sobre estos elementos el terapeuta debe evaluar seis áreas: **la estructura de la familia**, incluyendo sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles; **la flexibilidad del sistema** y su capacidad de elaboración y reestructuración; **la resonancia del sistema familiar**, es decir, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros; **el contexto de vida de la familia**, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología del grupo; **el estadio de desarrollo de la familia** y su rendimiento en las tareas apropiadas en este estadio y **las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.**

A la vez que evalúa, el terapeuta interviene **cuestionando el síntoma, la estructura y la realidad de la familia.** Minuchin y Fishman (1991) explican de manera detalla cada una de estas intervenciones.

El objetivo principal del **questionar el síntoma** es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, alentando a los miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Las técnicas incluidas en ésta categoría son: **la escenificación, el enfoque y la obtención de intensidad.**

En la *escenificación* el terapeuta pide a los miembros de la familia que interactúen en su presencia. Mientras tanto el observa las *interacciones espontáneas* de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar. Después organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él (*provoca interacciones*). Y finalmente propone modalidades diferentes de interacción (*interacciones alternativas*).

En el *enfoque*, el terapeuta organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que les imparta un sentido nuevo.

Para que las intervenciones terapéuticas sean reconocidas por la familia tienen que tener la *intensidad* necesaria para sobrepasar el umbral de sordera de la familia. Las técnicas para dar intensidad al mensaje terapéutico incluyen: *la repetición del mensaje, su repetición en interacciones isomórficas, el cambio del tiempo en que las personas participan en una interacción, el cambio de la distancia entre personas empeñadas en una interacción y la resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva de una familia.*

Aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de subsistemas, es decir **questionar la estructura familiar**, puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar. Las técnicas que dispone el terapeuta para ello son **la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.**

La técnica de *fijación de fronteras* esta destinada a modificar la participación de los miembros de la familia dentro de un subsistema. Se puede intervenir alterando la distancia psicológica entre los miembros de la familia y la duración de la interacción dentro de un subsistema significativo.

El *desequilibramiento* modifica la jerarquía de las personas dentro de un subsistema. Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres categorías: aliarse con los miembros de la familia, ignorarlos o entrar en coalición con unos en contra de otros.

La *complementariedad* cuestiona la idea de jerarquía lineal. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos. En primer lugar, *cuestionará el problema*: la certidumbre de la familia de que existe un paciente individualizado. En segundo lugar, *cuestionará la idea lineal de que un miembro de la familia controla al sistema*, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás. En tercer lugar, *cuestionará el modo en que la familia recorta los sucesos*; para ello introducirá un marco temporal más amplio que enseñe a los miembros de la familia a considerar su conducta como parte de un todo más vasto.

***El cuestionar la realidad familiar se fundamenta en que cuando las familias acuden a terapia es por que la realidad por ellos mismos construida les resulta inviable. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.***

El objetivo de cuestionar los *constructos cognitivos* de la familia, es llevar al grupo a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.

Las técnicas que se agrupan en esta categoría son: la utilización de símbolos universales, de verdades familiares y el consejo especializado.

El sondeo de los *lados fuertes* es esencial para combatir disfunciones de la familia.

***Las familias acuden a un terapeuta especializado cuando están atascadas en una situación que demanda cambios cuya posibilidad ellas no advierten en su repertorio. En ese momento se concentran en las dificultades de uno de sus miembros y reducen la búsqueda de alternativas. Si se cuestiona esta visión de las cosas y se enfocan las capacidades de la familia, el resultado puede ser una transformación de la realidad apprehendida por ésta.***

#### *POSICIÓN DEL TERAPEUTA.*

En general un terapeuta estructural es un terapeuta activo y directivo que, si es necesario, se utiliza a si mismo en aras del cambio familiar.

Puede relacionarse con la familia de manera *cercana, intermedia o distante*. En una posición cercana, de acuerdo con Minuchin y Fishman (1991), el terapeuta valida la realidad del sistema y/o de los subsistemas en que coparticipa. Busca los aspectos positivos y los reconoce o

premia. En la posición intermedia o de rastreo, el terapeuta invita y escucha a la gente para que le cuente lo que le pasa. Coparticipa como un oyente activo y neutral.

Tomando una posición distante, se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza del cambio. Su papel es el de director, acepta y apoya determinados valores y mitos familiares; evita o ignora deliberadamente otros; aprende el modo en que los miembros de la familia encuadran su experiencia; presta atención a las pautas de comunicación que expresan y apoyan la experiencia familiar y toma notas de frases que son significativas para la familia. Puede luego utilizarlas a modo de maniobra de unión, sea para apoyar la realidad de la familia o para construir una visión más amplia, que admita flexibilidad y cambio.

## **MODELO ESTRATÉGICO.**

***De acuerdo con Nardone y Watzlawick (1990) el Modelo Estratégico se conformó en parte por la integración y reflexión de los principios derivados de la Teoría de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y el trabajo clínico y los estudios del fenómeno de la hipnosis, realizados por Milton Erickson.***

### ***SUPUESTOS TEÓRICOS.***

Los supuestos que dan forma a este modelo de intervención, retomados principalmente de Haley (1976), Nardone y Watzlawick (1990) y Wittezae y García (1994), son:

- No existe una sola realidad, sino tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar. Este primer supuesto cuestiona la idea de "normalidad" e invita a la flexibilidad, de tal modo que se aborden los problemas humanos desde la relación interdependiente que cada quién vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- El problema es entendido como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. (Haley, 1976)
- Los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia se disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. El proceso terapéutico debe encaminarse a sobrellevar las crisis que se enfrentan durante

la transición de una etapa a otra (Madanes, 1989) y resolver los problemas de la familia, para que el ciclo vital se ponga nuevamente en movimiento (Haley 1983)

- Para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar y, como consecuencia, el pensar del paciente, es decir el punto de observación del marco de la realidad. Puesto que es la experiencia en el hacer lo que produce el cambio, que posteriormente se refuerza y se vuelve consciente.

El objetivo en terapia no es que el paciente se dé cuenta de las dificultades o de las causas de estas dificultades sino que se comporte de otro modo, que los síntomas desaparezcan, aunque nadie, ni el paciente, ni el terapeuta haya "comprendido" verdaderamente la causa o el origen de los síntomas.

- Hay un interés particular por la jerarquía familiar. Según Haley (1976), los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.
- El pasado es un medio para disponer de las mejores estrategias de resolución de los problemas actuales y no un procedimiento terapéutico.
- La terapia es entendida como un proceso en donde los principales protagonistas son el cliente y el terapeuta, hay un sistema de reglas y un proceso de fases evolutivas específicas.
- La terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia.
- Cuando mediante una progresión de pequeños cambios el terapeuta ha conducido a la persona a la modificación de sus acciones "disfuncionales" y de su percepción del mundo, la terapia ha alcanzado su objetivo.
- La eficacia de las intervenciones depende de cómo el terapeuta la presente ante la familia. Aunque la finalidad de las estrategias es promover un cambio de comportamiento y/o actitud, las intervenciones deben elaborarse y presentarse de tal forma que estén en equilibrio con la forma de percibir la realidad de aquellos a los que van dirigidas.
- Los objetivos de la terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias e introducir la mayor complejidad y alternativas. (Madanes, 1989)

### *SISTEMA TERAPÉUTICO.*

Para Nardone y Watzlawick (1990) la terapia estratégica es una intervención terapéutica breve dirigida para aquellas personas que reportan la vivencia de un problema. Se orienta a su resolución y a la extinción de los síntomas manifestados. Más que ajustar estructuras familiares o conductas, busca que el paciente logre una buena relación, desde su perspectiva, con él mismo, con los demás y con el mundo.

De manera específica, las intervenciones intentan reestructurar y modificar su modo de percibir la realidad y las reacciones comportamentales derivadas.

### *PROCESO TERAPÉUTICO.*

***Primer contacto con el paciente, definición del problema, acuerdo sobre los objetivos de la terapia, individuación del sistema perceptivo – reactivo que mantiene el problema, programación terapéutica y estrategias de cambio y conclusión del tratamiento, son las fases que sigue el proceso terapéutico bajo el Modelo Estratégico propuesto por Jay Haley, según Nardone y Watzlawick (1990).***

#### *1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica:*

***En este inicio del proceso, el principal objetivo del terapeuta debe ser crear una relación entre él y los pacientes que promueva un ambiente para el cambio. El observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente puede facilitar este momento.***

#### *2. Definición del problema:*

***Puesto que los problemas humanos tienen que ver con el tipo de relación que establece el hombre consigo mismo, con los demás y con el mundo, es necesario que el terapeuta identifique el tipo de interacción que se da en estas áreas. Aquella que afecte más directamente al paciente debe ser la primer área de intervención para modificar todo el sistema perceptivo – reactivo de la situación problemática del paciente.***

***Puede serle de utilidad al terapeuta tener información que responda a preguntas cómo: ¿qué pautas de comportamiento habitual de paciente se observan?, ¿qué identifica el paciente como problema suyo?, ¿de qué modo se manifiesta el problema?, ¿con quién aparece el problema, se enmascara o bien no aparece?, ¿cuándo se***

***manifiesta normalmente?, ¿dónde y en que situaciones?, ¿con qué frecuencia e intensidad se manifiesta?, ¿en qué contextos aparece?, ¿qué se ha hecho, y qué se ha hecho correctamente, (ya sea solo o con otros) para resolver el problema?, ¿qué tipo de equilibrio domina el problema?, ¿para qué sirve?, ¿cuál es su función?, ¿a quién o qué beneficia? y ¿quién podría resultar dañado por la solución del problema?.***

Teniendo identificado el problema el terapeuta podrá pasar a la siguiente fase.

3. *Acuerdos sobre los objetivos de terapia.*

***El que se puntualicen las metas de la terapia traen beneficios tanto para el terapeuta como para los pacientes. Al terapeuta le proporciona una guía terapéutica hacia una orientación precisa, con una serie de objetivos a alcanzar. A los pacientes les da la posibilidad de participar activamente en la duración y los alcances de la terapia, lo que puede reforzar y aumentar su colaboración.***

***Los objetivos deben ser concretos y "fácilmente" alcanzables.***

4. *Individuación del sistema perceptivo – reactivo que mantiene el problema.*

***Aunque en fases anteriores puede haberse obtenido información de cómo el problema se mantiene, es necesario observar y explorar con detalle los intentos de solución, las interacciones sociales que pueden influir en las soluciones ensayadas por el paciente o añadirse a ellas y la relación entre las tres áreas de interacción, mencionadas anteriormente.***

5. *Programación terapéutica y estrategias de cambio.*

***Las estrategias generales de cambio con las que cuenta el terapeuta son:***

## **1) ACCIONES Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.**

- ***Aprender a hablar el lenguaje del paciente y sus formas de representación de la realidad (verbales y no verbales). Lo que permite que los pacientes se sientan en total comodidad para asumir poco a poco las sugerencias y prescripciones del terapeuta.***



- **Reestructuración.**

*Reestructuración quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. Aunque si se cambia el punto de observación, cambia también la misma realidad. Al reestructurar una idea o una concepción de una persona no se pone en discusión la idea o la concepción, sino que se proponen diversos recorridos lógicos y distintas perspectivas de enfoque de las mismas.*

*No solo se puede reestructurar con el lenguaje sino también con determinadas acciones del terapeuta o con prescripciones de comportamiento.*

- **Evitar las formas lingüísticas negativas, lo que evita reacciones de rigidez y rechazo.**

*En terapia, en lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aun cuando sea ésta absolutamente errónea o disfuncional, resulta mucho más eficaz hablar de los recursos de la persona y, por medio de ello impartir ordenes orientadas a la modificación de su conducta.*

- **Uso de la paradoja y la comunicación paradójica.**

*El uso de la paradoja es extremadamente eficaz en las situaciones perceptivo – reactivas rígidas y que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales recurrentes. En lugar de oponerse a estas situaciones se secundan, llevándolas en su intensificación hasta la exasperación y a un punto tal que se anulen por sí solas.*

- **Uso de la resistencia.**

*Creemos provechoso que la resistencia misma primero se prescriba paradójicamente y luego se utilice. Se procede creando un "doble vínculo" terapéutico, que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia, o su rigidez con el terapeuta, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. De modo que la función prioritaria de la resistencia queda anulada mientras que se utiliza su fuerza para promover el cambio; la resistencia prescrita de hecho deja de ser resistencia y se convierte en cumplimiento.*

- **Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico.**

*Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato.*

*Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia, en cuanto la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse. El mensaje llega en forma velada y bajo apariencia de metáfora.*

## **2) PRESCRIPCIONES DE LA CONDUCTA.**

*Las prescripciones o directivas, de acuerdo con Haley (1980), son una herramienta terapéutica básica para lograr que la gente se comporte de manera diferente para que perciba así experiencias subjetivas diferentes.*

*Hay tres formas de realizar esta intervención, de forma directa, indirecta o paradójica. Cuando una prescripción se hace de forma directa, el terapeuta le dice a la gente lo que debe hacer con el propósito de que lo cumplan (Haley, 1980). Este tipo de intervenciones es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio (Nardone y Watzlawick, 1992).*

*En tanto que las prescripciones indirectas, de acuerdo con Haley (1980) implican decirle a la gente que debe hacer con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por vía de la rebelión.*

*En las prescripciones paradójicas el terapeuta prescribe el mismo comportamiento sintomático. Con ello, según Nardone y Watzlawick (1990), se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar.*

## **3) ORDALÍAS.**

***El término de ordalía, se usa comúnmente para referirse a una "experiencia penosa", "una prueba severa" o una "prueba de fuego".***

***Aplicada a la psicoterapia estratégica, según Haley (1984), implica que: el terapeuta imponga una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y a la vez más severa que ese problema, y que solicite que cada vez que éste se presente la persona se someta a dicha ordalía. Esta prescripción se basa en el supuesto de que un síntoma deja de serlo cuando se reitera deliberadamente.***

***Con dichas acciones se espera que a la persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo y que en consecuencia se decida renunciar al síntoma.***

***Para el diseño de una ordalía, el autor propone que el terapeuta siga una serie de pasos:***

- ***Definir claramente el problema,***
- ***Lograr que la persona se comprometa a superar el problema.***
- ***Seleccionar la ordalía.***

***La ordalía puede involucrar una tarea directa o paradójica. Cuando involucra una tarea directa, esta puede ser cualquier tipo de acción el cliente haya mencionado como algo que debería practicar en mayor medida para perfeccionarlo. Cuando la ordalía es paradójica, solo se alienta al cliente a tener el problema cuya solución ha venido a buscar al consultorio del terapeuta.***

***Según los objetivos del terapeuta, una ordalía puede incluir a uno o mas miembros de la familia.***

- ***Explicar la directiva de manera clara y precisa. Puede impartirse por escrito.***
- ***La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema y,***
- ***debe estar inserta en un contexto social.***

***Al momento de diseñar esta estrategia el terapeuta debe tener presente que, una ordalía debe beneficiar a la persona, debe ser alguna acción que la persona pueda ejecutar y a la que no pueda oponer objeciones válidas, y que no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.***

## 6. *Conclusión del tratamiento.*

***Su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada. A este fin, se procede a una recapitulación y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han utilizado.***

***El paciente debe saber que ha aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella, utilizando positivamente sus propios dotes personales, gracias a experiencias guiadas por el terapeuta, pero ahora es absolutamente capaz de actuar solo.***

### *POSICIÓN DEL TERAPEUTA.*

En cuanto a las tareas y acciones durante el proceso de terapia, el terapeuta debe:

- Asumir la responsabilidad de influir directamente en las personas. Acción que, de acuerdo con Haley (1976), es uno de los puntos principales que la diferencian de otras teorías o modelos de intervención.
- Controlar el proceso terapéutico en su totalidad.
- Observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente.
- Ser activo durante todo el proceso del tratamiento para poder así identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.
- Intentar inducir cambios desde la primera sesión. Puede utilizar estrategias para promover el cambio a la vez que recoge información.
- Valorar desde el primer encuentro con el paciente: qué sucede en las interacciones que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo; cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional; cómo el sujeto ha intentado resolver el problema y cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.
- Estimular la participación del paciente en el proceso de cambio.

- Utilizar un lenguaje "imperativo" que lleve al paciente a experimentar conductas nuevas. Las órdenes deben ser sencillas, fáciles de seguir, adaptadas al contexto del paciente y a su lenguaje.
- Centrarse en cómo funciona y se puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, de una pareja o de una familia, en vez de el análisis de lo "profundo" y la búsqueda de las causas del problema. Para comprender las dificultades vividas actualmente, puede preguntarse: "Dado el pasado de esta persona, ¿cuáles son las dificultades que encuentra en su vida actualmente? ¿cómo la experiencia pasada limita las posibilidades de acción de esta persona en el momento actual?".
- Mantener la iniciativa en todo aquello que ocurre durante el tratamiento y utilizar técnicas particulares para salir al paso de cada problema concreto. Para él, el interrogante primario debe ser: ¿qué estrategia funciona mejor en un caso dado?
- Utilizar los procedimientos eficaces de sugestión hipnótica para influir en la situación problemática presentada y cambiarla rápidamente.
- Tener una gran elasticidad mental, creatividad, estrategias y técnicas de intervención, para cambiar el rumbo cuando los datos manifiesten que no se va en la dirección deseada.
- Planear intervenciones que lleven a la familia a romper las percepciones e interacciones que mantienen la existencia del problema y que las encaminen a nuevas realidades y soluciones.

## ***TERAPIA BREVE ORIENTADA A LOS PROBLEMAS***

Dentro del campo de la psicoterapia, y de muchos otros que requieren un análisis de la realidad humana, la mayoría de las grandes ideas empiezan a desarrollarse y tomar forma en la interacción con otros a través de un intercambio de reflexiones, producto algunas veces, de una incomodidad epistemológica y una necesidad de búsqueda. Tal es el caso del grupo del Mental Research Institute (MRI) fundado por Don D. Jackson en 1959 y que después derivó en la formación del Centro de Terapia Breve en 1968.

### ***SUPUESTOS TEÓRICOS.***

Las premisas básicas que guían este modelo de psicoterapia, expuestas en Fisch, Weakland, y Segal (1994) y Watzlawick, Weakland y Fisch (1999), refieren que:

- La terapia breve es ahistórica, no busca patologías, agentes causales ni victimarios. Se considera que los problemas humanos consisten en una conducta presente indeseada, por lo que se atribuye escasa importancia a las situaciones experimentadas en el pasado o a las profundidades de la mente del enfermo. Lo importante es una clara identificación de la conducta problemática: que es, en qué aspecto es considerada como problema, y por quién.

- Los problemas se desarrollan por un mal manejo de las dificultades.

***Para Watzlawick, et. al (1999) hay una clara distinción entre dificultades y problemas. Mientras que las dificultades son algo común en la vida de todo ser humano que experimenta momentos de crisis y cambios, y cuya resolución puede ser algún acto de sentido común, los problemas son creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades y/o al ejercer una misma solución cuando no ha tenido los resultados esperados.***

Malos manejos de las dificultades, según estos autores, se relacionan con: a) intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad, es decir es preciso actuar pero no se emprende tal acción; b) intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, en otras palabras se emprende una acción cuando no se debería de emprender; o bien c) se emprende una acción a un nivel equivocado.

- Para que un problema exista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas que se llevan a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social presente. En esta parte el terapeuta tendría que investigar ¿cuáles son estas conductas que conservan el problema? ¿cómo aparecen? y ¿por qué se persiste en ellas, de modo aparentemente paradójico?

- Los problemas se eliminan si se transforman los patrones de interacción.

Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de "solución" otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema.

- El cambio es espontáneo y constante, puesto que el ser humano esta, por naturaleza en constante evolución.
- El objetivo terapéutico es alcanzar un cambio 2, en relación a la clase de solución intentada. (Ochoa de Alda, 1995)

En un cambio de tipo 1 se recurre a diferentes comportamientos correspondientes a un repertorio limitado de comportamientos posibles, que son combinados en diferentes secuencias pero que dan siempre lugar a resultados idénticos; lo que a pesar de ser un cambio no estaría contribuyendo a una solución deseada sino a mantener el problema. Por el contrario, un cambio de tipo 2 implicaría encontrar nuevas soluciones o formas de adaptación. En términos generales, implicaría un cambio en las premisas básicas que rigen al sistema como totalidad. Lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología. (Watzlawick et. al, 1994).

Como estos mismos autores lo mencionan, el cambio 2 pareciera ser extraño, inesperado, desatinado y desconcertante. No obstante, la utilización de técnicas de cambio 2 coloca a la situación experimentada sobre una base diferente.

- Una psicoterapia es buscada en primer término no para esclarecer un pasado inmodificable sino por causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro. Por lo tanto la terapia breve no es una terapia de crecimiento personal.
- Pequeños cambios que producen grandes cambios.

***Ni el paciente, ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio y en qué grado ha de tener lugar este último. Pero se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido tal cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menos y en un efecto de bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. (Fisch, et. al. 1994)***

- Se maneja problema por tratamiento.

***El objetivo principal del terapeuta no tiene por que consistir en solucionar todas las dificultades sino en iniciar un proceso de inversión. Esto significa, asimismo, que incluso los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado. (Fisch, et. al. 1994)***

- El terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio. Debe considerar en qué podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones, y dar pasos que estimulen dichos cambios haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos.

Fisch y su equipo de colaboradores (1994) sugieren que al diseñar una estrategia de intervención, le resultaría útil al terapeuta preguntarse: ¿qué es lo que aquí y ahora sirve para perpetuar el problema y qué se puede hacer aquí y ahora para efectuar un cambio?

- La diferencia más importante entre funcionamiento adecuado y disfunción es el grado en el que un sistema es capaz de generar cambio por sí mismo o bien ha quedado captado dentro de un juego sin fin.
- Utiliza de forma positiva todo lo que el paciente trae a terapia. Punto que se explicará con detalle al hablar de la postura del cliente.
- No manejan ganancias secundarias.
- No es normativo ( no dice que es lo mejor o lo bueno)
- No se establecen estándares de salud , ni de enfermedad, ni de funcionalidad, ni de madurez.

### *SISTEMA TERAPÉUTICO.*

En el proceso de terapia breve orientada a los problemas, se trata de identificar aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación problemática y cuyos resultados son infructuosos. En consecuencia, se buscan estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema (Ochoa de Alda, 1995).

Se trabaja con los miembros del sistema familiar más interesadas en el cambio. Por ello, al inicio del tratamiento el terapeuta busca distinguir entre las personas que acuden a la sesión al (los) paciente (s) y al (los) cliente (s).

***El paciente es el que tiene el problema (por ejemplo un joven alcohólico, un esposo infiel, etc.) y el cliente es el más interesado por resolverlo (por ejemplo la madre de este joven o la esposa de este señor). El hacer tal distinción permite al terapeuta utilizar dicha información en beneficio de los objetivos terapéuticos y en consecuencia del grupo familiar. Algunas de las preguntas que pueden brindar tal información pueden ser: ¿de quién fue la idea de llamar? ¿quién parece ser el más afectado por la***



***situación?, ¿quién se ha esforzado más por resolver el problema?, ¿hay alguien más que este afectado por esta situación?, entre otras. (Fisch, et. al., 1994)***

## ***EL PROCESO TERAPÉUTICO.***

Dentro del modelo de Terapia Breve se han establecido una serie de secuencias a seguir en el proceso terapéutico. Estas son: la entrevista telefónica, la entrevista inicial y las intervenciones. (Fisch et.al., 1994). Brevemente se expondrá cada una de estas secuencias.

### **1. Entrevista telefónica.**

Durante la llamada telefónica, que es el primer contacto con el cliente, el terapeuta debe: 1) establecer una relación cordial y de empatía con el que llama; 2) obtener sus datos demográficos, por ejemplo, nombre completo, teléfono, edad, ocupación, religión, composición de su familia, quienes asistirían a la primera sesión, ¿cómo se enteró del servicio?, etc.; 3) pedir una breve descripción de su motivo de consulta; 4) explicar la forma de trabajo, ya sea si se trabaja solo o con un equipo de supervisión, el tiempo de duración de las sesiones, y el número de sesiones establecidas en promedio. Si es el caso mencionar la utilización de aparatos para videograbar las sesiones, etc. y 4) establecer la fecha, hora y lugar de la primera entrevista.

### **2. Entrevista inicial.**

De acuerdo con Fisch, et. al. (1994) el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la *adecuada información* sobre la naturaleza del problema, los intentos de solución y los cambios mínimos hacia la meta. Por información adecuada entendemos aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conductas, es decir, qué hacen y dicen las personas cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo, más que enunciados generales o interpretaciones explicativas.

***El identificar los intentos de solución brinda información al terapeuta sobre lo que no debe pedir a la familia. Este debe buscar la realización de lo opuesto a lo que venían haciendo. Puede preguntarse: ¿qué es lo que se hace o dice en el intento de evitar***

***que se presente el problema?, ¿cómo se le hace frente cuando se presenta?, ¿qué resultados han obtenido haciendo esto que hacen?.***

De acuerdo con Ochoa de Alda (1995) la definición de metas concretas permite una orientación del trabajo terapéutico. Su concreción permite que tanto el terapeuta como el paciente sepan cuando ha finalizado la terapia. En esta parte del proceso puede preguntarse: ¿qué es lo que usted consideraría como la primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, el más pequeño que se le ocurra?.

### **3. Intervenciones.**

*Al planear las intervenciones el terapeuta no debe perder de vista que su principal objetivo es solucionar la demanda del cliente. Lo cuál puede lograr a través de impedir que cliente, o quienes le rodean, lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, es decir interrumpir la solución ensayada; o al cambiar la opinión del cliente acerca del problema, de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento (Fisch, et. al., 1994).*

Las intervenciones también incluyen un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las prescripciones del equipo. (Ochoa de Alda, 1995)

*El terapeuta puede hacer uso tanto de intervenciones principales como de las generales. Revisaremos brevemente ambos tipos de intervenciones, en la forma en cómo son propuestas por Fisch, et. al. (1994):*

- **INTERVENCIONES PRINCIPALES.**

Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta.

Como decíamos líneas antes, las intervenciones son un medio de interrumpir la solución previamente ensayada. Hasta ahora, según Fisch, et. al. (1994), existen cinco intentos básicos de solución, estos son: **forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontaneo, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a un acuerdo mediante una oposición, conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.**

Retomando a estos autores, se explicara cada uno de los intentos anteriores.

*1. Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.*

Se refieren a dolencias relativas al paciente, no a otra persona. Son problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. Cuando se definen como problema, se hacen esfuerzos deliberados para controlar algo que sucede espontáneamente.

La solución terapéutica consiste en renunciar a los intentos de control y dejar de esforzarse demasiado. Para ello se le pide al paciente, de forma implícita, que renuncie a una conducta concreta, enseñando, explícitamente, a que lleve a cabo otra conducta que excluya a la que deseamos eliminar.

Se puede invertir el intento del paciente de superar el problema, dándole cualquiera de estas dos explicaciones: que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico o que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo.

*2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.*

El paciente se dice a sí mismo que la tarea, que no puede realizar, resulta en realidad algo sencillo y fácil para los demás, que él no tendría ninguna dificultad para llevarla a cabo. Al mismo tiempo, se siente vulnerable y no se encuentra preparado para hacerla. Tal situación se convierte en un problema por el aplazamiento de su realización y una constante preparación para tal enfrentamiento.

La solución terapéutica es exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

*3. Intentos de llegar a un acuerdo mediante una oposición.*

Son problemas que implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración.

Se le pide al cliente que se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad, pero que crea que sigue ocupando una posición de autoridad. Se pide también que se vuelvan impredecibles. Hay que redefinir la actitud de inferioridad como la posición de fuerza, y la actitud de superioridad como una postura de debilidad.

#### *4. Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.*

En este caso se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de uno mismo. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedará invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. (Ochoa de Alda, 1995). La petición inconsciente es del tipo "Me gustaría que lo hiciese pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo". (Watzlawick, et.al. 1994).

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

La intervención terapéutica debe fundamentarse en la necesidad de hacer peticiones directas, redefiniendo previamente la benevolencia de quien demanda algo (quiero que quieras, pero no quiero que lo hagas si no te sientes feliz haciéndolo) como algo inintencionadamente destructivo a largo plazo, y las solicitudes directas como algo beneficioso aunque difícil de poner en práctica en un principio (Watzlawick, et.al., 1994).

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

En este punto se sospecha que el otro realizó un acto que ambas partes consideran equivocado. Es el juego de acusador y el acusado: uno acusa, el otro se defiende, esto confirma la sospecha (si no fuera culpable no tendría que defenderse), se vuelve a acusar y se vuelve a defender, y así hasta el infinito. El terapeuta debe cambiar el círculo vicioso por un círculo virtuoso. Lo que se logra haciendo que alguien abandone el papel repetitivo.

- *INTERVENCIONES GENERALES.*

***A diferencia de las intervenciones principales, las generales poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden aplicarse en cualquier momento del tratamiento y casi en cualquier problema. En ocasiones son suficientes para solucionar el problema del cliente. Su utilidad puede extenderse hasta para preparar el terreno para una intervención posterior más específica.***

***Entre las intervenciones generales más importantes Fisch, et.al. (1994) refiere:***

- *No apresurarse.* Sobre todo en pacientes cuya solución consiste en esforzarse demasiado, puede manifestándoles que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que avance con lentitud.
- *Hablar de las desventajas del cambio, (los peligros de una mejoría).* Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.
- *Un cambio de dirección.* El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Se requiere cuando el terapeuta de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente, y no se da cuenta de este fenómeno. Cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero más tarde se muestra como no productivo. Cuando antes dé cuenta el terapeuta de la necesidad de un cambio de dirección, más fácil será llevarlo a cabo.
- *Las estrategias que no han dado resultado cambiarlas a 180°*
- *Con los clientes que resisten las sugerencias o se niegan a probar algo nuevo hablar sobre cómo empeorar el problema,*
- *Hablar de la peor alternativa,*

Ochoa de Alda (1995) menciona además:

- *Redefiniciones.* Son nuevas definiciones hechas por el terapeuta, que promueven el cambio y que transforman las utilizadas por los pacientes y que generalmente lo obstaculizan.
- *Tareas directas.* Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os miembros de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, promoviendo directamente la realización de otra conducta alternativa.
- *Tareas paradójicas.* Son también intervenciones conductuales en donde no se propone una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de ésta. Se espera que la aparición del síntoma sufra alguna modificación por la necesidad de provocarlo sin esperar a que surja espontáneamente, cambiar la duración o el lugar en el que acontece, etc. Es

necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación.

- *Intervenciones metafóricas.* Son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica.

### *LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA.*

Dentro de este modelo se requiere que el terapeuta: *a) identifique la postura del cliente*, es decir la posición de éste respecto a su problema, al control que tiene sobre de él, a la terapia y a su quehacer dentro de este proceso. Escuchar la exacta formulación de sus frases puede ser una estrategia útil para tal fin. (Fisch, et. al., 1994), y *b) conserve en todo momento su capacidad de maniobra*, es decir su capacidad para decidir sobre el proceso que se da en la terapia, a pesar de los inconvenientes que se presenten.

### ***TERAPIA BREVE ORIENTADA A LAS SOLUCIONES.***

Steve de Shazer<sup>4</sup>, el impulsor del Modelo de Terapia Breve centrado en las soluciones, desarrolla su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. Autores como O Hanlon y Weiner-Davis se sumaron a su labor y desarrollaron una corriente distinta sobre las soluciones que emplean las personas para resolver sus problemas. (Ochoa de Alda, 1995).

***Las influencias iniciales de la terapia orientada en las soluciones derivan del trabajo terapéutico de Milton Erickson, de los supuestos teóricos y la práctica en la Clínica de Terapia Breve del MRI de Palo Alto California.***

---

<sup>4</sup> Falleció el 11 de Septiembre del 2005 en Viena.

## *SUPUESTOS TEÓRICOS.*

Los supuestos que estructuran la terapia centrada en soluciones, especificados por O Hanlon y Weiner-Davis (1990), De Shazer (1991) y Selekman (1996) son:

### **RESPECTO AL PROBLEMA O QUEJA:**

- Los problemas que la gente lleva a terapia no son eventos aislados, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Cambiarlos, puede generar un cambio en la situación percibida como problema.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Tampoco es necesario saber mucho sobre la naturaleza de los problemas. Es más importante la naturaleza de las soluciones. La importancia recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuáles son las excepciones (solución eficaz o estrategia apropiada de solución del problema) a la misma. (Ochoa de Alda, 1995).
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. Más bien existen puntos de vista más o menos útiles. Los puntos de vista útiles ofrecen una salida de las redes psicológicas que tejan las personas. Los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles.
- La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.
- Se rechaza la idea del normativismo. No se adopta un modelo de normalidad y se intenta respetar al máximo la idiosincrasia de los clientes.
- Dos personas que acuden a terapia con una queja similar, pueden generar soluciones muy diferentes al final del proceso y a la inversa. Pueden generarse soluciones muy similares para quejas muy diferentes. (Equifinalidad)
- La terapia debe estar enfocada principalmente en el presente y futuro.

### **RESPECTO A LOS CAMBIOS:**

- El cambio es inevitable. Si los clientes informan que nada ha cambiado es su forma de ver la situación lo que ha quedado igual. A través de las diferentes preguntas el terapeuta puede crear junto con el cliente una percepción diferente de la realidad que presentan.
- A veces lo único que hace falta para iniciar un cambio es modificar la percepción de la situación y/o hacer algo diferente.
- Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios.
- Un pequeño cambio puede generar más cambios. (Efecto de bola de nieve: Una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino).
- El cambio es contagioso: un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema. De igual manera, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea un cambio en otras áreas. Así los cambios pueden continuar aún finalizada la terapia.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- Para impulsar rápidamente las soluciones (los cambios), es útil desarrollar la visión o descripción de un futuro más satisfactorio, que entonces puede resaltar con respecto al presente.

### **EN CUANTO A LA ACTITUD DE LOS CLIENTES:**

- No existe la resistencia (especialmente cuando no se espera que la haya). Los terapeutas orientados en soluciones asumen que los clientes quieren cambiar realmente. Cuando los clientes no siguen las sugerencias del terapeuta en realidad le están enseñando cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar.

De manera simple, De Shazer (1991) menciona que para lograr la cooperación del cliente resulta útil vincular el presente con el futuro (ignorando el pasado), felicitar al cliente por lo que ha



hecho útil o bueno (o ambas cosas) para él, y después (una vez que él sabe que el terapeuta esta de su parte) se puede sugerir algo nuevo que él podría hacer y que es, o por lo menos podría ser, bueno para él.

Selekman (1996) refiere también algunas herramientas útiles para fomentar la cooperación y reducir las defensas de los clientes: poner rótulos positivos, la autoconfesión intencional, el uso del humor, la inclusión del problema dentro de la normalidad, la sensibilidad cultural, el respeto por la igualdad de los sexos, y los elogios o cumplidos terapéuticos.

- Cada cliente tiene una forma única de cooperar la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.
- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, puede ser que abrumados por sus dificultades los pierdan de vista. El terapeuta puede intervenir ayudándoles a recordarlos o a aumentarlos, con el fin de abrir posibilidades para encontrar las soluciones a sus quejas.
- Cuando una visión realista queda construida como una entre un conjunto de futuros logrables y posibles, los clientes frecuentemente generan modos espontáneos de resolver el problema.

#### **RESPECTO A LA ACTITUD DEL TERAPEUTA:**

- Los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia.
- La actitud del terapeuta y el manejo que haga del proceso terapéutico deben aumentar la cooperación terapeuta – cliente. La cooperación debe ser natural y fácilmente promovida por una abierta expectativa de cambio.
- El que el terapeuta haga evidente las excepciones al problema, crea en los clientes la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática.

#### ***SISTEMA TERAPÉUTICO.***

En términos generales, el trabajo terapéutico, bajo la perspectiva de éste enfoque, tiene como objetivo generar soluciones ante aquellas situaciones percibidas como problemáticas. De

manera específica son tres las cosas que se intentan hacer: cambiar la forma de actuar y ver la situación percibida como problemática y evocar recursos, soluciones y capacidades para un enfrentamiento más útil. (O Hanlon, 1990).

Los clientes son los que definen los objetivos en terapia, puesto que son ellos los que experimentan su propia vida y saben lo que es adecuado para su funcionamiento óptimo. Solo en circunstancias poco frecuentes el terapeuta puede hacer sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes. Una excepción obvia es el establecimiento de objetivos ilegales, como el abuso de niños. Otra excepción es el manejo de metas claramente inalcanzables o no realistas.

### *PROCESO TERAPÉUTICO.*

La terapia orientada a las soluciones intenta directamente aumentar las áreas recurso de las personas y reducir el tamaño de sus áreas problema. (Susana González, 2003, comunicación personal).

### **PROCESO AL TRABAJAR EL AREA DE LOS RECURSOS.**

***La terapia centrada en soluciones establece un conjunto ordenado de pasos, que ayudarán al terapeuta a guiar el desarrollo de las sesiones y a tomar decisiones con respecto a las intervenciones. (Ochoa de Alda, 1995).***

***En la primera sesión las acciones que realiza el terapeuta tienen que ver con: la unión terapeuta cliente, obtener una breve descripción del problema, buscar las excepciones al problema usando preguntas presuposicionales, normalizar y definir objetivos de tratamiento.***

#### **1. Unión:**

Como lo refiere O Hanlon y Weiner - Davis (1990), el objetivo de éste primer momento es que los terapeutas demuestren a sus clientes un interés genuino por ellos y que los ayuden a que se sientan cómodos. Para éstos fines, puede ser de utilidad que el terapeuta comience la sesión charlando sobre cualquier cosa distinta del motivo de consulta.

#### **2. Una breve descripción del problema.**

Habitualmente la pregunta siguiente es: "¿qué te trae por aquí?" (en vez de ¿Cuál es el problema?)

Si bien es cierto que bajo este enfoque una descripción detallada del problema carece de importancia, es necesario iniciar la sesión pidiendo información sobre el problema. Son dos las razones para ello. La primera tiene que ver con que la mayoría de los clientes, acude a terapia con la firme idea de que en ese espacio se viene a hablar de eso, de problemas. Si el terapeuta no lo hiciera se correría el riesgo de que los clientes no se sintieran escuchados. La segunda razón, se relaciona con el principio de utilización. Si el cliente viene a hablar de problemas, el terapeuta puede negociar con él un problema fácil de resolver.

O Hanlon y Weiner - Davis (1990), sugiere algunas ideas para tal negociación: desaparecer la idea de que hay un problema, negociar un problema soluble y situar a los clientes en un marco en el que identifiquen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema.

Si pese a la negociación los clientes se ponen a recitar una lista interminable de conflictos, el terapeuta puede preguntarles: ¿qué les gustaría cambiar primero?. Una vez que se conozca en qué desean trabajar específicamente los clientes en primer lugar, se estará en condiciones de negociar un pequeño objetivo de tratamiento. (Selekman, 1993).

### **3. Excepciones al problema, soluciones anteriores y recursos.**

Tras una muy breve exposición del problema, se hacen una serie de preguntas para extraer información sobre las ocasiones en las que las cosas van bien (excepciones), las soluciones anteriores al problema actual y las fuerzas y recursos de la persona.

Las excepciones toman la forma de pensamientos, creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta que han ayudado al paciente a librarse de la mortificación que le ocasiona el conflicto. Estas excepciones amplificadas por el terapeuta, sirven de bloques para construir la solución. (Selekman, 1993). Y es que, al preguntar sobre las excepciones, y profundizar en ellas, ayuda a los pacientes a que descubran soluciones que habían olvidado o en las que no había reparado. Retomando esta información, los terapeutas pueden encontrar claves para construir soluciones futuras. (O Hanlon y Weiner – Davis, 1990).

El trabajo con excepciones implica seguir una serie de pasos: identificarlas, marcarlas, ampliarlas, atribuir el control a los clientes de éstas y buscar más excepciones (Susana González, 2003, comunicación personal).

- *Identificación de las excepciones.*

Desde la primera sesión el terapeuta puede comenzar a rastrear excepciones, si se pregunta por el cambio pre tratamiento. Se le dice al cliente: *"Hemos observado que con cierta frecuencia los problemas por los que nos consultan nuestros clientes mejoran entre la llamada telefónica y la primera entrevista. ¿qué mejorías han notado ustedes?"*

***En sesiones posteriores a la primera sesión, el terapeuta puede iniciar preguntando ¿qué cosas van mejor?***

- *Marcar la excepción:*

La finalidad de éste segundo paso es que la excepción no pase inadvertida. Los elogios indirectos en forma de preguntas son muy eficaces. El terapeuta puede comentar al cliente: *"Supongo que no fue fácil dar ese paso. ¿Te sorprendió a ti misma ser capaz de actuar de forma tan decidida"* o *"Supongo que no fue fácil dar ese paso ¿cómo te explicas que lo consiguieras?"*. Esta última pregunta da la oportunidad a los clientes que se elogien ellos mismos.

- **Ampliar la excepción:**

La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y de forma detallada. El terapeuta puede hacer preguntas para ampliar las excepciones de forma transversal o longitudinal.

La ampliación transversal implica el obtener la descripción del suceso de la forma más completamente posible. Se puede preguntar: *¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?. ¿quiénes estaban involucrados?, etc.* También puede ser útil introducir a terceras personas y preguntar sobre relaciones: *¿cómo reaccionó su mujer cuando su hijo dijo eso?, ¿cómo respondió él? ¿cuál fue la reacción de usted al ver que ellos hacían las pases?.*

En la ampliación longitudinal, el terapeuta guía la conversación del cliente sobre la excepción, para que se reconstruya la secuencia de hechos en el tiempo. Puede preguntar: *¿qué sucedió antes de (la excepción)? ¿Cuáles fueron los pasos previos? ¿qué repercusiones tuvo lo sucedido sobre el resto del día?, etc.*

- *Atribuirles a los clientes el control de las excepciones:*

El terapeuta construye la aparición de la excepción como algo deliberado y hace preguntas para identificar que cosas hicieron los clientes que permitieron que la excepción tuviera lugar.

- *Continuar con la búsqueda de excepciones:*

Después de que la excepción anterior ha sido marcada, ampliada y se haya atribuido el control sobre ella, el terapeuta puede preguntar que más excepciones ha habido, qué más cosas han ido bien, etc.

Cuando los clientes insisten en que nunca hay momentos en los que no se produce el problema, se pueden sugerir ideas absurdas para demostrar que hay excepciones o dirigir las preguntas para buscar las excepciones encontrando lo mejor dentro de lo malo. (O Hanlon y Weiner – Davis, 1990).

#### **4. Normalizar.**

Si es posible, el terapeuta centrado en soluciones debe considerar las situaciones que los clientes refieren como problemáticas, psicológicas o patológicas, como dificultades normales y de la vida cotidiana. Resulta útil además, que los terapeutas se lo hagan saber a sus clientes.

#### **5. Definición de objetivos.**

La definición de los objetivos implica un proceso de negociación entre terapeuta y cliente. Si bien son los clientes los que deben referir las metas a alcanzar con la terapia, el terapeuta debe orientarlos de modo que éstas sean alcanzables y no utópicas o poco realistas.

Los objetivos que se definan en sesión deben caracterizarse por ser relevantes para los clientes, pequeños, concretos, que impliquen cosas observables, se hagan o se digan y alcanzables.

Este trabajo suele ser complejo, especialmente si los clientes no hablan de metas concretas o claras, no pueden describirlas, no saben reconocer que estaría sucediendo cuando su problema quede resuelto, o más aún si describen objetivos que excluyen o se contraponen a los objetivos de otros miembros de la familia. (De Shazer, 1991)

Atendiendo a la necesidad de especificar de forma concreta metas de tratamiento De Shazer en 1975 desarrolló “la técnica de la confusión”. El principal objetivo de ésta fue ayudar a construir la realidad de los problemas cuando los clientes tienen objetivos extremadamente vagos, mutuamente excluyentes o incluso no describibles.

Al referirse a dicha técnica señala:

**“Esta técnica supone explorar en detalle cada uno y todos los posibles puntos de divergencia entre las dos personas sin realizar ningún intento de cierre o resolución, admitiendo entonces abiertamente mi confusión ante la confusión de ellos. En ambos casos, la idea es que el terapeuta desarrolla una buena relación y cooperación utilizando la confusión del cliente de modo tal que quede frustrada su necesidad de construir un significado en la situación terapéutica, y consecuentemente resulte imprescindible el planteo de una meta, que es lo que da sentido a aquella situación”.**  
(Pág.80)

***El resultado óptimo sería que terapeuta y cliente (s) construyeran metas de cambio comunes, pero bastaría que éstas no fueran excluyentes para que pudieran alcanzarse los diversos objetivos. La importancia de la técnica puede englobarse en que los clientes vivan por sí mismos la confusión que pudiera estar viviendo el terapeuta en cuanto a la concreción de objetivos.***

Una forma más para determinar objetivos accesibles de tratamiento y para obtener, por parte del paciente, una descripción detallada de lo que sería el resultado ideal una vez solucionado el problema, es realizar la **“pregunta del milagro”**. (Selekmán, 1996). Por ejemplo, si el cliente dice que tras resolver su problema pasará más tiempo con sus amigos, el terapeuta pueda animar al cliente, como parte de la tarea, a salir con más amigos. (Hanlon y Weiner – Davis, 1990)

La cual versa así *“Supongamos que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que ese milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que se hayan dado cuenta de que ese milagro se ha producido”*.

Para O'Hanlon y Weiner – Davis (1990) reflexionar sobre esta pregunta parece hacer más real, y por tanto más probable, un futuro sin el problema.

Para atraer más la atención de los clientes, se puede hacer una pequeña introducción a la pregunta del milagro. Por ejemplo puede decirse: "*Permítanme que les haga una pregunta un tanto complicada y extraña. Supongan que....*". O para comunicar indirectamente sobre el objetivo de la pregunta, puede decirse: "*Quisiera hacerles una pregunta un tanto extraña, pero que nos resultará muy útil para hacernos una idea clara de que es lo que quieren conseguir viniendo aquí. Supongan que....*" (Susana González, 2003, comunicación personal)

En realidad la pregunta del milagro no es una pregunta sino una secuencia de preguntas. Después de que se haya descrito el milagro, las siguientes preguntas tendrán como objetivo investigar que esta pasando en la vida de los clientes después de que ocurre el milagro. Por ejemplo, se puede preguntar: *¿Qué cosas serán diferentes?, ¿Cómo lo habrán logrado?, ¿Qué otras cosas serán distintas entre ustedes?, ¿Quién se sorprenderá más cuando ustedes hagan eso?, ¿Quién será el próximo en sorprenderse?, Si yo pudiera verlos en ese momento ¿qué cosas vería yo que hacen juntos?, Si tú hermana estuviera aquí, ¿qué diferencia notaría en la relación entre tu madre y tú después del milagro?*

El terapeuta debe estar atento al tipo de respuestas que da el cliente en el milagro, puesto que de esto dependerá el tipo de preguntas que le realiza. Lo que se busca es construir objetivos con las características anteriormente descritas. Considerar el siguiente cuadro puede ser útil. (Susana González, 2003, comunicación personal).

*Si el cliente habla....*

*El terapeuta pregunta....*

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| • En términos de queja:      | ¿Cómo va a cambiar eso?  |
| • En negativo (dejar de)     | ¿Qué es lo que harán en vez de?  |
| • En términos poco concretos | ¿En que va a notar que...? ¿Cuál será la primera cosa que...?                        |
| • En términos individuales.  | ¿Cómo va a reaccionar usted cuando él...?<br>¿Cómo va a responder él cuando usted..? |
| • Si se agota un tema        | ¿Qué mas va a cambiar?   |

Finalmente se pregunta si algo de lo que están mencionando ya esta ocurriendo:

- Seré curioso, ¿no se estarán produciendo algunos de esos milagros, aunque sea en pequeña medida?

La clave para obtener más beneficios de esta categoría de preguntas consiste en expandir las posibilidades; es decir, en lograr que los miembros de la familia describan un cuadro detallado de cómo serán los cambios producidos por el milagro en cada contexto donde ellos interactúan y, además, que personas importantes en su vida advertirán tales diferencias de conducta, luego de ocurrido el milagro. (Selekman, 1993)

Con las familias que responden de una manera pesimista a la pregunta por el milagro, y con el firme objetivo de lograr su cooperación, en vez de insistir en éstas preguntas se sugiere realizar otras que reflejen su postura, como: *“¿por qué las cosas no están peor?”* *“¿qué es lo que usted y otras personas están haciendo para que la situación no empeore?”*. Una vez que los clientes responden con algunas excepciones específicas, se puede empezar a trabajar con ellas, ampliándolas, atribuyéndoles control y buscando más excepciones. (Selekman, 1993)

## **6. Preguntas e intervenciones orientadas al futuro.**

Después de que los clientes han descrito su milagro, el terapeuta puede formular preguntas orientadas al futuro para que, además de imaginarse un futuro sin problemas, hablen de todos los detalles que estarán pasando en ese tiempo, donde ellos serán los protagonistas principales. El terapeuta simplemente asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello. (O Hanlon y Weiner – Davis, 1990).

**El trabajo en sesiones siguientes** en general comprende realizar preguntas para: ampliar y evaluar los cambios. Además, dependiendo del tipo de respuestas que den los pacientes, puede continuarse con el trabajo de excepciones.

Teniendo en mente estos objetivos, la pregunta inicial de esta segunda sesión es una pregunta presuposicional que exprese la certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas, como por ejemplo puede preguntarse: *¿qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo?”* o *“¿qué observaste que estaban haciendo y que te daba mayor confianza en ti mismo?”*, o *“¿qué cosas positivas has estado haciendo esta semana?”*. Si los clientes dan a esta pregunta inicial alguna respuesta positiva, se hacen las preguntas sobre las excepciones. (O Hanlon y Weiner – Davis, 1990).



Estos autores también sugieren que al ampliar los cambios: se usen los verbos en pasado cuando se investigue las diferencias entre las cosas positivas que sucedieron entre la primera y la segunda sesión y en las ocasiones del pasado en las que solía darse el problema y se hable el mayor tiempo posible sobre éstos y sobre los aspectos positivos que deriven de ellos.

En general, lo que se espera es que los pacientes respondan de forma positiva a la pregunta anterior, pero en la realidad esto no suele ser así. O Hanlon y Weiner – Davis (1990) han dividido a los clientes en tres grupos según la cantidad de cambio experimentado entre la primera y la segunda sesión, además para cada uno de ellos proponen ciertas estrategias a seguir. Brevemente se mencionará esta caracterización y formas de intervención.

*1) El grupo del milagro:*

Los clientes dentro de este grupo, relatan una semana milagrosa, una “cura en sesión”. Todo fue muy bien, mucho mejor de lo que se hubieran podido imaginar. Con este grupo, la entrevista totalmente ha conversado sobre el cambio de forma detallada. Se explora además, los posibles obstáculos a vencer y cómo los van a afrontar.

*2) El grupo así, así:*

Estos clientes han tenido una semana mejor que las anteriores, pero sigue habiendo muestras de que el problema aún no está completamente resuelto. En general comienzan describiendo lo negativo de la semana, por lo que se les interrumpe para indagar sobre lo positivo –con ello se le indica que lo más importante son los logros. Posteriormente se le pregunta sobre aquello que le preocupaba y se le cuestiona cómo es que lo abordó esta vez, y se continúan con las excepciones.

Con este grupo se sugiere utilizar las preguntas de escala y/o las preguntas por porcentaje. Las preguntas por la escala sirven para obtener una medición cuantitativa del problema familiar antes del tratamiento y en el presente, y también del lugar donde desearían colocarse los miembros de la familia al cabo de una semana. (de Shazer, 1985, 1991, citado en Selekman 1993). Además, permiten negociar con los clientes lo que tendrían que seguir haciendo para avanzar en la escala y medir el nivel de confianza del paciente en cuanto a la posibilidad de resolver su problema. (Selekman, 1993).

Las preguntas por porcentaje, al igual que las preguntas por la escala, las preguntas por el porcentaje permiten enfocar con claridad el tratamiento y medir cuantitativamente los progresos producidos durante la terapia en el área del objetivo familiar.

3) *El grupo igual o peor.*

Este tercer grupo no informa ningún cambio, o quizás de un retroceso. Con este grupo se investigan los detalles de la queja y la actitud que se tomó ante ella. Si no hay progresos en la terapia es necesario cuestionarse quién es el cliente, quién se queja, quién quiere algún cambio, así como cuál es el objetivo y cómo sabremos cuando lo alcancemos. Es útil en ocasiones pedirle al cliente "que nos convenza" de que el cambio es necesario y deseable.

#### PROCESO AL TRABAJAR EN EL AREA PROBLEMA.

***Se recurre a la intervención en el área de los problemas si los clientes no son capaces de describir excepciones, o de contestar a las preguntas orientadas a futuro.***

***El primer paso al trabajar en el área de los problemas es obtener información precisa sobre el problema, como los marcos de referencia en lo que los clientes sitúan el problema, en qué sentido lo ven como un problema, y las circunstancias y la secuencia de eventos cuando sucede el problema. (O Hanlon y Weiner – Davis, 1990). Para tal fin pueden realizarse las siguientes preguntas:***

La información obtenida se utiliza para formular intervenciones útiles que modifiquen el patrón que rodea el problema, reduciéndose así la probabilidad de su aparición.

O Hanlon y Weiner Davis (1990) han desarrollado tres tipos de intervenciones generales para cambiar las situaciones que rodean situación problemática. Estas son: **intervenciones sobre el patrón queja, intervenciones sobre el patrón contexto y tareas de fórmula o llaves maestras.** Las dos primeras intervenciones permiten cambiar la forma de actuar ante la situación problemática. La última intervención, promueve el cambio en la forma de ver la situación y evoca recursos, soluciones y capacidades.

a) *Intervención sobre el patrón queja:*

Esta intervención parte del supuesto que alterar el desarrollo de la queja altera el contexto, lo que puede derivar en que la situación problemática desaparezca.

Esta intervención consiste en pedirle al cliente que haga alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja. Las modificaciones pueden relacionarse con:

1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja,
2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja,
3. Cambiar la duración de la queja.
4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja
5. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja.
6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja
7. Descomponer el patrón queja en piezas o elementos más pequeños.
8. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

#### **b) Intervención sobre el patrón del contexto.**

Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. Para ello, el terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.

#### *c) Tareas de fórmula ó llaves maestras.*

De Shazer y su equipo advirtieron la efectividad de las prescripciones y tareas iguales independientemente de la naturaleza de la queja presentada. A éstas tareas las llamaron "tareas de fórmula".

Las tareas de fórmula incluyen *la tarea de la primera sesión, la tarea sorpresa y las tareas genéricas orientadas a soluciones eficaces*. Estas tareas fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro, además están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones.

#### **- Tarea de la primera sesión.**

Al final de la primera sesión se le pide al cliente que desde ese momento y hasta la siguiente sesión identifique los aspectos positivos que ocurren y que le gustaría que siguieran ocurriendo. El objetivo de ésta tarea es centrar la atención del cliente en el futuro y crear expectativas de cambio.

Las aportaciones que ésta tarea tiene para lograr el cambio se relacionan con el hecho de que reorientar a los clientes a fijarse en las cosas buenas en las áreas de su vida que en ese momento estén siendo más importantes, puede dirigir el proceso terapéutico hacia situaciones más positivas y soluciones. (De Shazer, 1991)

Para O Hanlon y Weiner - Davis (1990):

- En la mayoría de los casos los clientes refieren que algunas de éstas cosas valiosas ya les estaban ocurriendo pero simplemente habían pasado desapercibidas, hasta antes de que la tarea dirigiera su atención hacia los lugares adecuados.
- Después de ésta tarea los clientes responden haciendo algo diferente, más útil para ellos, qué por lo general, constituyen precisamente los cambios necesarios para resolver el problema.

- **Tarea de la sorpresa para parejas y familias:**

Esta tarea resulta útil cuando la situación problemática involucra el tipo de relación entre la pareja o la familia. El terapeuta solicita al cliente que haga al menos una o dos cosas que sorprendan a esos otros y que no les diga que es. La tarea de los otros consistirá en adivinar qué es lo que el cliente está haciendo.

Los cambios que puede generar ésta tarea, se relacionan con el hecho de que el introducir un poco de azar en las pautas que caracterizan las relaciones genera que las cosas se vuelvan más impredecibles, y que los cliente fijen su atención en nuevas conductas; su carácter lúdico hace cambiar la percepción de una dificultad, pues lo que tal vez haya sido una batalla adquiere ahora un carácter lúdico; y, generalmente las "sorpresas" que se llevaron a cabo suelen convertirse en soluciones.

- **Tarea genérica orientadas a las soluciones eficaces:**

En ésta tarea, se le pide al cliente que se fije en lo que hace para lograr su objetivo. Por ejemplo, si un cliente quiere "mayor paz espiritual", puede sugerírsele: "*Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor paz espiritual*". La ventaja de esta tarea es que los clientes que

se expresan en términos vagos regresan a la siguiente sesión con mayor con mayor claridad sus objetivos.

### ***Finalización de la terapia.***

“La terapia finaliza cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide dejar de acudir a las entrevistas. En ambas situaciones el terapeuta le indica que resuma de la forma más operativa posible aquello que ha aprendido, es decir, que especifique las estrategias utilizadas con éxito para superar el problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro” (O Hanlon y Weiner – Davis, 1990).

### ***POSICIÓN DEL TERAPEUTA.***

Identificar el estilo de cooperación del cliente, usar el lenguaje de forma consciente (puesto que ofrece la posibilidad de elaborar y solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad) y emplear las preguntas presuposicionales durante la entrevista, son herramientas básicas para evocar recursos, soluciones y habilidades para un enfrentamiento más oportuno.

- *Identificación del estilo de cooperación del cliente:*

### ***Algunas alternativas a seguir, propuestas por De Shazer (1989), ante determinadas respuestas de los clientes a la tarea (siempre directa) de la primera sesión son:***

- a) Si la respuesta del cliente ante esta primera tarea es cumplirla de forma exacta, el terapeuta podrá continuar con tareas directas,
- b) Si modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables;
- c) Si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado,
- d) Si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o relatos metafóricos;
- e) Cuando no hacen nada, no se sugieren tareas o se prescriben tareas paradójicas.

- **Uso del lenguaje.**

El usar el lenguaje para generar soluciones más eficaces, implica que el terapeuta identifique el lenguaje del cliente y se una a él para encauzarlo hacia caminos en donde se perciba el cambio como inevitable y que esto derive en cambios en la percepción y en la conducta de los clientes.

O Hanlon y Weiner - Davis (1990) ha descrito algunas acciones que el terapeuta debe seguir para lograr tales objetivos. *Para unirse al lenguaje del cliente recomienda:*

- Emplear inicialmente las palabras, expresiones idiomáticas y metáforas que usan los clientes para reflejar sus experiencias.
- Identificar la modalidad sensorial preferida de los clientes que reflejan a través del lenguaje, y adaptarse a ella.

*Para encauzarlo hacia recursos y soluciones:*

- Cambiar ciertas palabras por otras más productivas,
- Alejar el lenguaje del cliente de las etiquetas fijas y negativas y llevarlo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano.
- Canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más normales de la dificultad.
- Utilizar cuidadosamente los tiempos verbales, de forma que el problema este en el pasado y existan posibilidades para el presente y futuro. El terapeuta puede empezar a cambiar las palabras, y por tanto la forma de pensar, adoptando primero el tiempo presente que usa el cliente y pasando luego al pasado.
- Utilizar frecuentemente la palabra todavía.
- Emplear términos definitivos en vez de términos de posibilidad.
- Usar intencionalmente términos de posibilidad, en vez de términos definitivos, para poner en duda certezas poco útiles que mantienen los clientes.
- Hablar de forma tal que se mantengan abiertas las posibilidades para el presente y el futuro.
- Introducir nuevas distinciones en el pensamiento del cliente que les sean útiles y eliminar distinciones que no contribuyan a las soluciones.

*Preguntas presuposicionales.*

*Preguntas presuposicionales* es el nombre que se le da al tipo de preguntas que se hacen durante la sesión y que funcionan como intervenciones puesto que introducen ideas o expectativas de cambio.

Estas preguntas se pueden emplear para amplificar los cambios y excepciones al tratamiento, convencer al cliente de la inevitabilidad del cambio, descubrir el objetivo del cliente y cocrear con éste una realidad futura libre de problemas. Las preguntas presuposicionales también pueden producir cambios significativos en las percepciones y conductas del paciente. (Selekman, 1993).

Una regla para construir este tipo de preguntas es mantenerlas abiertas, evitando preguntas que se puedan contestar con un "sí" o un "no".

Lo que el terapeuta debe evitar en terapia, según O Hanlon y Weiner - Davis (1990), es:

- Seguir sus propios objetivos,
- Empezar con un objetivo vago,
- Perder de vista el objetivo,
- *Hacer lo que anteriormente no ha funcionado*
- Repetir los enfoques ineficaces de terapeutas anteriores.
- Repetir lo que el cliente ha estado haciendo infructuosamente para resolver el problema
- Repetir los consejos bienintencionados de familiares y amigos,
- *No atender a las respuestas del cliente*
- *Reificar la patología*
- No advertir ni ampliar conductas, afirmaciones y actitudes orientadas hacia las soluciones,
- NO interrumpir afirmaciones o preguntas inútiles.
- Buscar resistencia.
- Complicar las cosas.

## **EL MODELO DE MILAN.**

A principios de los años setentas el equipo de Milán formado inicialmente por Mara Selvini, Luigui Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin atravesó por diferentes momentos. Esto les permitió incorporar nuevas ideas y practicas en su modelo de trabajo. En el presente documento se describirá con detalle el primer y segundo momento por el que atravesó el grupo.

### **PRIMER MOMENTO: LA CONTRAPARADOJA**

La piedra angular del trabajo del Grupo de Milán en el Centro para el Estudio de la Familia, fue el desarrollo de la doble atadura terapéutica o "*contraparadoja*". El desarrollo de esta intervención se basó en la idea de Bateson de que la intervención con familias con algún miembro diagnosticado como esquizofrénico tendría que implicar emplear con la familia el mismo tipo de comunicación paradójica que ésta emplea. (Hoffman, 1992).

Se retoma la obra de Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1998), *Paradoja y Contraparadoja*, para describir y explicar este modelo de trabajo.

## *SUPUESTOS TEÓRICOS.*

### *SUPUESTOS PRINCIPALES EN TORNO A LA ESQUIZOFRENIA.*

- ***La esquizofrenia era entendida como una peculiar modalidad comunicacional, inseparable de las distintas modalidades comunicacionales que pueden observarse en el grupo natural en que ésta aparece: la familia que utiliza un modelo de intercambio esquizofrénico.***
- ***El síntoma (en este caso la transacción esquizofrénica) es considerado como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas del grupo natural en el que aquél se verifica.***
- En las familias con transacción esquizofrénica se evidencia el rechazo que sus miembros tienen para admitir que otros o ellos mismos definan la relación. No obstante, se identifica también un intento compulsivo, dado el temor a fracasar, por definir la relación y recibir la confirmación del otro.
- En el nivel verbal se da una indicación que a continuación, en el segundo nivel, casi siempre no verbal, es descalificada. Al mismo tiempo se agrega al mensaje que está prohibido hacer comentarios (metacomunicarse) sobre la incongruencia de los dos niveles y está prohibido dejar el juego. Una indicación de este tipo, obviamente, no permite al receptor ocupar una posición complementaria (obedecer la indicación) pues no está claro cuál es la verdadera indicación.



Tampoco le esta permitido ponerse en posición simétrica (desobedecer) porque no esta claro cual es la verdadera indicación contra la cual rebelarse.

- En tal situación de doble vínculo, los involucrados están obligados a mantenerse en guardia, en un estado de alarma, con el fin de lograr una tercera respuesta, que no puede ser otra que proponer nuevamente al otro una situación idéntica.
- Cuando las familias llegan a terapia el juego esta ya consolidado y velado detrás de un sinnúmero de oscuras y complejas maniobras que pueden incluso hacerlos parecer como afectuosos entre sí.
- El comportamiento designado como esquizofrénico es ni más ni menos que una más de las jugadas, realizada por un miembro del grupo, cuyo efecto práctico es un refuerzo ulterior del juego. Es él quien comunica que la relación es insostenible a tal punto que él ya se ha ido, aunque físicamente esté aun ahí, pero diferente, extraño, alienado.

*EN TORNO A LOS JUEGOS FAMILIARES.*

Las ideas del grupo de Milán en torno a los juegos familiares, son expuestas por Ochoa de Alda (1995):

- ***El juego familiar sirve para regular el funcionamiento del sistema, y se expresa a través del conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia. Puede incluso heredarse de generaciones anteriores.***

- El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. En otras palabras, se experimenta una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias, que permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento.

Hoffman (1992) en relación a los juegos familiares señala que: cada persona trata de obtener un control de la situación familiar, mientras niega que lo esté haciendo. A menos que todos se pongan de acuerdo o bien puedan convenir en las reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie y desde luego no tendrá fin.

### *HIPÓTESIS.*

- La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen a través de ensayos y errores.
- Las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como "patológicas", en uno o más de sus miembros, se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patología, y tanto las conductas-comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas (o normas) y, por lo tanto, las relaciones patológicas".
- El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar al sistema familiar o para reclamar la necesidad de que se produzca.

### *SISTEMA TERAPEUTICO.*

Bajo este enfoque, los principales objetivos del proceso de terapia se relacionan con: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma, así como el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional e interferir en el juego familiar, a partir de la información obtenida sobre las alianzas y exclusiones entre los miembros de la familia, las reglas de relación y la definición de las relaciones familiares a partir del impacto del síntoma. Se parte del supuesto que el cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar, y en consecuencia las percepciones y creencias de la familia, por otro juego menos perjudicial para ella.

El sistema de terapeutas estaba formado, por lo menos, por tres terapeutas. Dos de ellos, de preferencia hombre y mujer para evitar caer en estereotipos culturales, dirigían las sesiones con la familia y un tercero participaba como observador permanente de las interacciones entre ellos.

El primer contacto con la familia se realizaba telefónicamente. Esto permitía establecer hipótesis y objetivos de trabajo para la primera sesión. Inicialmente debían asistir a sesión los miembros de la familia que convivieran diariamente. En las siguientes, excepcionalmente y si la estrategia terapéutica lo exige, eran los terapeutas quienes decidían un eventual cambio en cuanto a los miembros del grupo familiar que debían asistir a las sesiones.

### *PROCESO TERAPEUTICO*

El proceso se conforma por 10 sesiones con un intervalo de un mes. Se tiene presente que o se logra un cambio o se pierden los objetivos y que las sesiones separadas por intervalos más largos resultan más eficaces.

Cada sesión se conforma por las siguientes etapas:

- **PRESESION:** Los terapeutas se reunían en equipo para leer la ficha de la primera sesión o de sesiones anteriores.
- **SESION:** Durante un periodo aproximado de una hora, los terapeutas al frente de la familia le solicitaban a sus miembros cierta información. Además era su tarea observar sus interacciones, comportamientos no verbales y el cómo se decía la información. Información que, en este momento, no era comunicada a la familia. Asimismo se abstenían de emitir valoraciones y juicios.

***En tanto, si los terapeutas observadores notaban que uno o ambos de sus compañeros se desconcertaban o confundían a causa de las maniobras de la familia, les golpeaban a la puerta y llamaban a alguno de ellos a la cámara de observación donde les comunicaban sugerencias y consejos para provocar en ellos reacciones esclarecedoras. Sucedió también que espontáneamente alguno de ellos saliera con el equipo para pedir alguna orientación.***

La entrevista a la familia era libre y no seguía ninguna orientación en particular. El objetivo principal de ésta era llegar a una hipótesis que describiera el problema como producto de un desarrollo lógico ocurrido dentro del contexto de la familia entrevistada. (Boscolo, et al (1987)

- **DISCUSION:** Los terapeutas y los observadores discutían la sesión y decidían cómo concluirla.
- **CONCLUSION:** Los terapeutas volvían con la familia para la conclusión de la sesión, que consistía generalmente en un breve comentario o en una prescripción de tipo paradójal.
- **ELABORACION DEL ACTA:** Después de concluida la sesión con la familia el equipo se reunía nuevamente para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, formular previsiones y redactar finalmente un acta de la sesión, donde se sintetizaba sus elementos esenciales.

*La connotación positiva; la prescripción en la primera sesión, los rituales, el cambio de etiquetas "sano-enfermo" entre los hermanos; hacerse cargo del dilema de la relación entre padres e*

*hijos; aceptar sin objeciones una mejoría sospechosa; recuperar a los ausente; eludir la descalificación; declarar la propia impotencia sin reprochárselo a nadie; autoprescribirse la paradoja extrema; abandonar el rol paterno, prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación y las intervenciones cuando el juego familiar se relaciona con perversión de roles y coaliciones secretas y negadas entre los miembros de generaciones diversas* son algunas de las estrategias ideadas por el grupo de Milán. Tales intervenciones son explicadas en detalle en la obra *Paradoja y Contraparadoja* (1998).

### ***POSICION DEL TERAPEUTA Y EQUIPO.***

El terapeuta debe:

- Ponerse en posición ventajosa para observar mejor cualquier suceso.
- Contar con la capacidad para considerar a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción, sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto (principio derivado de la teoría de los sistemas). El poder se encuentra en las reglas del juego establecidas en el tiempo y en el contexto práctico de aquellos que están implicados.
- Liberarse de los condicionamientos lingüísticos, sustituyendo en el lenguaje el verbo ser por parecer o mostrar, lo que, al hacer un resumen de la sesión configura de por sí el juego familiar.

Dentro del equipo:

- Debe haber estima y disposición para aceptar observaciones y consejos de parte de los colegas.
- No debe ser demasiado reducido, para poder controlar la fuerza del juego esquizofrénico, ni tan numeroso, pues puede ser pesado por las discusiones demasiado largas y además por el mayor peligro en cuanto a problemas de relación, competencia y facciones.

### ***SEGUNDO MOMENTO: EL INTERROGATORIO CIRCULAR***

A finales de la década de los setentas Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata leyeron el libro "*Pasos para una ecología de la mente*", escrito por Bateson en 1972, a partir de este momento su interés se enfocó a la circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos, abandonando su

herencia estratégica. La principal influencia que condujo a este cambio fue el desarrollo del interrogatorio circular.

## *SUPUESTOS TEORICOS.*

### *CIRCULARIDAD.*

***La circularidad se funda en la idea de que las personas que conforman una familia se conectan entre sí, a lo largo del tiempo, según patrones de interacción particulares, mismos que sus miembros ponen de manifiesto a través de conductas verbales y no verbales. En los sistemas que presentan algún tipo de problema estos intercambios son a menudo confusos o inaceptables para la familia.***

Dentro del tema de la circularidad se afirma que el comportamiento de cada parte esta determinado por el comportamiento de otros elementos así como por su propio comportamiento anterior. En otras palabras no se considera que parte alguna del sistema tenga el control unilateral de sus vivencias.

#### ***1. Hipotetizar:***

***Las hipótesis son suposiciones o explicaciones alternativas acerca de la familia y del "problema" dentro de su contexto relacional. Su formulación permite conectar las conductas de la familia con el significado; guiar el interrogatorio con ésta e introducir una perspectiva sistémica a la familia, para ayudar a sus miembros a desarrollar perspectivas nuevas, pero relacionadas, acerca de sus interacciones, creencias y conductas. En términos sencillos, elaborar una hipótesis es sólo el intento de un observador de construir una suposición de trabajo que infunda sentido al problema dentro de su contexto.***

Su elaboración requiere de un proceso constante que evolucione conjuntamente con el movimiento de la familia, por ejemplo, si una hipótesis resulta falsa, el terapeuta debe formar una segunda hipótesis basándose en la información recabada durante la prueba de la primera. Deben ser sistémicas y conducir a una nueva información que haga avanzar a la familia.

Generalmente provienen de cuatro fuentes: los datos, la teoría que se tenga, la experiencia recogida de las muchas familias tratadas y de cualquier información significativa para el terapeuta o el grupo en ese momento.

#### ***2. Interrogatorio circular.***

Mediante el interrogatorio circular el terapeuta puede crear curiosidad dentro del sistema familiar y del sistema terapéutico. A la familia le ofrece la posibilidad de cuestionar el sistema de creencias familiares que esta instalado en "verdades" y el uso continuo del verbo "ser", lo que le proporciona una oportunidad de mirarse a sí misma sistemicamente y obtener nueva información acerca de sus inquietudes, creencias, conductas y relaciones, lo que puede dar lugar a un cambio espontáneo significativo.

Las preguntas circulares (o de relación) han sido clasificadas de diversas maneras (Peggy Penn, 1982; Nelson, et al, 1986; Cecchin, 1987; Selvini, et al, 1990 y Boscolo et al 1987), intentando integrar tales propuestas, se presenta el siguiente esquema:

*A. PREGUNTAS PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA:*

- a. Obtención de información verbal y analógica.*
- b. Definición del problema.*
- c. Secuencias de interacción.*

*B. PREGUNTAS PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:*

- a. Preguntas de comparación/clasificación.*
- b. Preguntas sobre acuerdos.*
- c. Preguntas acerca de diferencias en la percepción de los vínculos.*

*C. PREGUNTAS REFLEXIVAS:*

- a. Comparación de subsistemas.*
- b. Preguntas explicativas.*
- c. Interrogatorio circular interventivo.*

*D. PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL TIEMPO COMO FACTOR DE CAMBIO:*

- a. Diferencias entre pasado y presente.*
- b. Diferencias hipotéticas o concernientes al futuro.*

Consultar los autores anteriormente señalados para obtener información detallada sobre tales preguntas

### ***3. Neutralidad.***

La noción de "neutralidad" surge a partir de la idea de Bateson de que *si un sistema se percibe de manera sistémica, debe asignarse el mismo peso a todas su partes*. En la atención con familias implica que el terapeuta adopte un estado de curiosidad que lo lleve a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos. Más que no adoptar alguna posición implica adoptar varias.

Para Hoffman (1992) la neutralidad tiene más que ver con la eficacia de la terapia que con permanecer al margen.

La importancia de la neutralidad radica en que, desde la perspectiva estética, el cambio es más probable cuando se le han ofrecido opciones diferentes al sistema y no cuando éste está instruido directamente. Además, por medio de la neutralidad y la terapia sistémica, el terapeuta ayuda a crear un contexto de aprendizaje en el que las personas pueden empezar a encontrar nuevas reglas y premisas para su organización.

### ***PROCESO TERAPEUTICO.***

Guiados en los supuestos del interrogatorio circular, mostrando una actitud neutral y utilizando como principal apoyo las diferentes preguntas circulares (para desarrollar, refinar y descartar hipótesis acerca de la familia) durante el tiempo de las sesiones el terapeuta investiga e introduce en el sistema familiar los cambios y diferencias en sus relaciones, cuestiona la eficacia de las soluciones intentadas para resolver el problema e interviene indirectamente al crear temas descuidados por la familia.

Los participantes, el número de sesiones para concluir el proceso y el intervalo entre éstas son similares a las descritas en el momento anterior.

### ***POSICION DEL TERAPEUTA.***

La aplicación de la circularidad en el trabajo terapéutico con familias exige que el terapeuta piense en términos de relaciones y que trabaje teniendo presente que *la información es una diferencia y que la diferencia es una relación (o un cambio en la relación)*

***Al formular una o más hipótesis el terapeuta debe ser elástico para tener presente muchas posibilidades sin fijar su pensamiento en ninguna en particular.***

Por otra parte, para que el terapeuta logre manifestar una posición neutral es necesario que:

- Su orientación sea estética, es decir que se oriente hacia el patrón o patrones vs. las entidades discretas, pierda el interés en descubrir la mejor descripción y/o explicación del problema familiar, abandone el intento de dirigir y controlar a la gente socialmente, respete la integridad del sistema (puesto que cada sistema tiene una lógica operativa vs. buena o mala) y que reconozca los límites de lo que sabe de los sistemas humanos, y que por tanto no puede enseñar al sistema a como funcionar.
- Haga preguntas sobre cada uno de los miembros: tratando de pasar la misma cantidad de tiempo con cada uno y de moverse alrededor del círculo, frecuentemente con la misma pregunta o el mismo tipo de pregunta para investigar las percepciones de cada persona.
- Se eleve por encima de la tendencia de la familia a atribuir "cualidades": maldad, bondad, corrección, incorrección, lo que además libera a las personas de sus posiciones fijas.
- Se libere del verbo ser.
- Se aparte de la tendencia del sistema a formular definiciones y rotular los sucesos constantemente.
- No imparta instrucciones, de consejos o diga a la gente lo que debe hacer y lo que no debe hacer.
- Acepte al sistema en su totalidad, sienta compasión, interés y curiosidad por el dilema de la familia.
- Interrogue vs. afirme.



- Al tratar de introducir nuevos mapas y conexiones lo haga en tono interrogativo, sin decir que la verdad del terapeuta es mejor que la de la familia, cómo si fueran otras tantas dudas o posibilidades.

El grupo de Milán afirma que si un terapeuta logra mantenerse neutral durante una sesión, los miembros de la familia entrevistada no podrán decir que el terapeuta se puso de parte de alguno de ellos.

*Acciones del terapeuta que acaban con la neutralidad, en el sentido de curiosidad:*

- Dejar de buscar otras descripciones puesto que se supone que ya se tiene una explicación de lo que ocurre en el sistema, y/o
- Actuar como controladores sociales de la conducta, dado que se recae en el enjuiciamiento.

*Síntomas de la no neutralidad:*

- Aburrimiento, al no haber ninguna información que signifique algo para el terapeuta.
- **Reacciones psicósomáticas, ante sentimientos de atrapamiento entre objetivos distintos de los terapéuticos y los de otra jerarquía mayor al terapeuta, en relación con la problemática familiar.**

## **IMPACTO DE LAS NUEVAS IDEAS EN EL TRABAJO DEL GRUPO.**

***Las ideas de Bateson sobre la circularidad cibernética, el desarrollo y aplicación del interrogatorio circular y las reflexiones del grupo derivadas de sucesos específicos en su práctica cotidiana dieron lugar a algunos cambios en su forma de trabajo y entendimiento de las dificultades humanas. Entre ellos, Boscolo, et al (1987) mencionan que pasaron:***

- *De la entrevista libre a la entrevista basada en el interrogatorio circular:*

Para estos autores, el interrogatorio circular vino a cuestionar la necesidad de impartir una prescripción o una connotación positiva al final de la entrevista. Este tipo de interrogatorio bastaba por sí solo para mostrar la configuraciones y conexiones del sistema problema.

- *De la prescripción del síntoma a las conductas al servicio del mito familiar.*

Inicialmente los terapeutas de Milán hacía saber a la familia, y además las prescribían, que las conductas sintomáticas del paciente designado representaban su sacrificio en aras del bienestar familiar. Al paso del tiempo, consideraron que si bien la "*intervención del sacrificio*", como ellos la habían llamado, les había resultado exitosa, en algunos casos había generado sentimientos de culpa en algunos miembro de la familias y empezaron a considerar que sería más neutral poner todas las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor o mito compartidos.

- *De la connotación positiva a la connotación lógica.*

Relacionado con la consideración anterior, en vez de connotar positivamente las conductas "sacrificio" del paciente designado señalaban a la familia lo significativo eran estos comportamientos dado su contexto y lo comprensibles e indispensables que eran por el momento, es decir hacían una connotación lógica de la situación. Pronto se percataron que si una familia aceptaba esta reflexión le era mucho más difícil mantener sus viejas ideas acerca del problema y, con frecuencia, quedaban en libertad para buscar una alternativa del síntoma.

- *De los rituales para descubrir, intervenir y generar intensidad en el juego familiar pasaron a los rituales para introducir diferencias en el vínculo de interacción del grupo familiar.*
- *De considerar que el incumplimiento de una directiva representaba una maniobra tendiente a derrotar al equipo a considerarlo como un nuevo testimonio del modo en que funciona el sistema familiar.*
- *Del trabajo con el terapeuta y la familia a la inclusión de otros profesionales.*

***Tras no obtener mejoría alguna en varios casos, los miembros del grupo se pusieron a investigar y descubrieron que cada una de esas familias estaba apegada especialmente al profesional que la había derivado y no se sentía motivada para trabajar con los nuevos terapeutas. Este hallazgo los llevo a incluir a estos otros profesionales en las intervenciones con ciertas familias.***

## **TERAPIA NARRATIVA**

***Michael White, creador y principal exponente de la perspectiva narrativa, en 1997 señala que sus dos principales fuentes de inspiración para el desarrollo de este abordaje fueron Gregory Bateson, antropólogo y filósofo inglés-norteamericano, y Michael Foucault, historiador y filósofo francés.***

***De Bateson retomó las ideas sobre la importancia que tiene la epistemología en el proceso de "cómo sabemos lo que sabemos", la importancia de las "diferencias básicas que hacen una diferencia" en los sistemas vivos y de las "pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas". De Michael Foucault le interesó el análisis de cómo los sistemas de conocimiento, tales como la medicina, pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en sujetos deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada.***

### **SUPUESTOS TEÓRICOS.**

***Los lineamientos que sustentan la perspectiva narrativa, desarrollados principalmente en White (1997, 2002) se relacionan con: las historias o narraciones personales y las prácticas del saber y del poder.***

#### **1. HISTORIAS O NARRACIONES PERSONALES.**

##### **LA VIDA COMO RELATO, HISTORIA PERSONAL O NARRACIÓN.**

###### **Interpretación de los relatos:**

- ***Los seres humanos interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas.***
- ***Es el relato o la narración o la historia lo que suministra el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar sentido o significación.***

- ***Es por obra de los relatos o historias como las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido de su experiencia.***
- ***Los significados derivados en este proceso de interpretación no son neutrales en cuanto a sus efectos en nuestras vidas, sino tienen efectos reales en lo que hacemos, sentimos y pensamos.***
- ***Es el relato o historia propia lo que determina qué aspectos de nuestra experiencia vivida son expresados.***
- ***No existe un relato que este libre de ambigüedad y contradicción y que además pueda manejar todas las contingencias de la vida. Estas ambigüedades, contradicciones y contingencias amplían nuestros recursos para la creación de nuevos significados.***

#### **La cultura como relato:**

- ***En cada cultura hay un relato dominante acerca de qué significa ser un persona moralmente valiosa, estas ideas especifican o prescriben una manera de ser y pensar que moldea eso que suele llamarse individualidad, es decir una manera culturalmente preferida de ser.***
- Las historias culturalmente accesibles y apropiadas sobre la personalidad y sobre las relaciones se elaboraron históricamente y se construyeron en el seno de comunidades de personas y dentro del contexto de estructuras e instituciones sociales.
- Tales historias están inevitablemente estructuradas por nuestros conceptos culturales dominantes. Estos conocimientos son conceptos elaborados que especifican un particular estilo de personalidad y de relación.

#### **Estructura de los relatos:**

- ***Las historias están compuestas de panoramas duales o paisajes de significado: un panorama de acción y un panorama de conciencia.***

El *panorama de acción* está constituido por experiencias de acontecimientos que están reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas. Esto nos proporciona la estructura de los relatos.

El *panorama de la conciencia* tiene que ver con las interpretaciones que se hacen por medio de la reflexión sobre los eventos que están desenvolviéndose en los paisajes de acción.

Percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones dominan este panorama y muchas de ellas se refieren a:

- a) la determinación de los deseos y preferencias de los personajes,
- b) la identificación de sus características y cualidades personales,
- c) la clarificación de sus estados intencionales, por ejemplo, sus motivos y sus finalidades, y
- d) la verificación de las creencias de esos personajes.

### **RELACION DE LAS PERSONAS CON LOS PROBLEMAS.**

- ***Los problemas surgen cuando la versión dominante incluye restricciones que le impiden a la persona incorporar nueva información que podría proporcionarle soluciones útiles. White (1997) señala dos tipos de restricciones: el sistema de creencias y determinados modelos habituales de interacción que mantienen la conducta problemática.***

- ***Pese a las versiones dominantes, siempre es posible identificar acontecimientos extraordinarios en las historias personales de los clientes. Estos comprenden un multitud de sucesos, ideas, sentimientos e intenciones.***

- Si las personas se niegan a cooperar con las exigencias del problema, lo están debilitando; no someterse a los efectos del problema hace que éste sea menos eficaz.

- Cuando las personas aprenden a separarse de sus problemas, pueden llegar a desafiar otras prácticas, de origen cultural, que cosifican y convierten en objetos a las personas y a sus cuerpos.

### **ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS (LOGROS AISLADOS)**

- A medida que las personas se separan de las historias dominantes o "totalizantes" que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen estos conocimientos, es decir, hacia logros aislados o acontecimientos extraordinarios.

- Para que un hecho llegue a ser un logro aislado debe ser calificado como tal por las personas que tienen que ver con los hechos.

## 2. LAS PRÁCTICAS DEL PODER.

De acuerdo con Foucault (1979, citado en White 1997) las practicas del poder representan una forma de control social que modela la vida de las personas de conformidad con los conceptos dominantes de nuestra cultura, penetrando en sus actitudes, deseos, cuerpos, costumbres, etc. Incluso, de forma inconsciente, son inducidas a colaborar en el sometimiento de sus propias vidas y cuerpos. Tal situación es vista como un medio para alcanzar un comportamiento moralmente aceptable encaminado a obtener la admiración y realización social.

## 3. LAS PRÁCTICAS DEL SABER.

En relación a las prácticas del saber, White (1997) explica que tales practicas tienen que ver con la existencia de discursos de "verdad" por parte de diversas disciplinas profesionales, en los cuales se expresan conceptos que se consideran "globales y unitarios" y se muestra la naturaleza del mundo como incuestionable, conclusa, segura, fija y permanente.

Así, se fomenta en las personas la creencia de que los miembros de esas disciplinas tienen acceso a una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y la naturaleza humana. Una implicación de tal práctica es que las vivencias de las personas son descarnadas al momento de darles una explicación objetiva.

## **SISTEMA TERAPÉUTICO.**

***Cuando las personas asisten a consulta es porque sus maneras de ser y pensar, o las maneras de ser y pensar de otros, de alguna manera son problemáticas para ellos, en otras palabras, los efectos reales de estas maneras de ser y pensar son vividos como negativos.***

***A medida que las personas avanzan un poco en la articulación y la experiencia de otras maneras de ser y pensar que están a su disposición, a medida que experimentan algunos de los objetivos, valores, creencias, compromisos, etc. que están asociados a estos relatos alternativos de la vida, se acercan a un punto en el cual la contribución del terapeuta ya es innecesaria.***

## **PROCESO TERAPÉUTICO.**

***La terapia narrativa se ha caracterizado por deconstruir ideas o historias dominantes, de las cuales las personas no son consientes, que son vividas como certezas y que oprimen y causan malestar a las personas.***

***La deconstrucción, según White (1997), tiene que ver con procedimientos que cuestionan la veracidad de realidades y prácticas que se dan por descontadas y que determinan un modo particular, algunas veces negativo, de relación con la vida de las personas. El deconstruirlas y objetivarlas, según Bourdieu (citado en White, 1997), permite hacernos conscientes de que ciertos modos de vida y de pensamiento modelan nuestra existencia y que tenemos la libertad de decidir vivir según otros modos de vida y de pensamiento.***

***En términos sencillos, los métodos de deconstrucción son métodos que vuelven exótico lo doméstico.***

***En terapia puede deconstruirse los relatos o historias personales, las prácticas modernas de poder y las prácticas discursivas. (White, 1997).***

***La principal técnica para deconstruir las historias dominantes y los discursos culturales desde el poder y el saber es la externalización del problema y/o de las vivencias relacionadas con los discursos de poder y del saber.***

### ***La externalización del problema:***

White (1993) explica que en este proceso, el problema se convierte en un entidad separada, externa a la persona o a la relación a la que se atribuía. No son las personas ni la relación las que constituyen el problema sino la relación de la persona con el problema.

En 1997 este mismo autor señala que, la externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones y advertir que tienen diferentes posibilidades de actuar contra el problema. Así, una conversación externalizadora les muestra que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema o de declinar la incitación a someterse.

***Al decidir luchar contra el problema los clientes recuperan la capacidad de identificar la existencia de acontecimientos extraordinarios en sus vidas, es decir, aquellos aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.***

*El proceso:*

***El proceso de externalización del problema es progresivo. Implica hacer una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos y distinguirlos de la identificación dominante del paciente. (White, 1997).***

***La realización de esta técnica requiere: definir el problema que se va a externalizar, realizar preguntas que describan la influencia del problema en la vida de las personas y de las personas en la perduración del problema e identificar acontecimientos extraordinarios a partir de los cuales pueda surgir una historia alternativa. White (1993) explica a detalle cada uno de estos pasos.***

***A) BAUTIZAR AL PROBLEMA: DEFINIR EL PROBLEMA QUE SE DEBE EXTERNALIZAR.***

Al intentar definir el problema que aqueja la vida de las personas, es importante que el terapeuta:

- Tome en cuenta las características específicas de cada circunstancia,
- Prevea las consecuencias más probables de una determinada línea de acción,
- No externalice problemas como la violencia y el abuso sexual, en vez de ello puede externalizar las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas, por ejemplo, la imposición del secreto y del aislamiento.
- Ofrezca varias posibles definiciones del problema y luego compruebe con el cliente si algunas de ellas recogen adecuadamente su experiencia si es que éste tiene dificultades para concretar una definición del problema que se ajuste a su vivencia.



- **Facilite una definición mutuamente aceptable del problema cuando las familias o parejas que acuden a terapia están en desacuerdo. Esto permite que las personas trabajen juntas de forma eficaz para resolver sus dificultades.**

Además recomienda que las definiciones del problema vayan:

- *De lo específico a lo general.*

A veces, cuando los clientes dan una definición muy concreta del problema, puede ser útil animarles a construir una definición externa más general. De esta forma se amplía el campo para la identificación de la influencia del problema y para el descubrimiento de acontecimientos extraordinarios.

- *De definiciones expertas a definiciones populares.*

A veces, las personas definen su problema en términos basados en el conocimiento experto. Este tipo de re transcripciones no permiten revisar su relación con el problema, ni identificar acontecimientos extraordinarios. A menudo disminuyen las posibilidades de que las personas experimenten una sensación de agencia personal.

Es necesario motivar a los clientes para que construyan definiciones alternativas de los problemas; definiciones más relevantes para su experiencia y que les permitan abordar de forma más adecuada sus preocupaciones inmediatas.

#### ***B) PREGUNTAS DE INFLUENCIA RELATIVA.***

Para los clientes, las preguntas de influencia relativa, según White (1993, 1997) les permiten:

- tomar conciencia de su relación con el problema,
- encontrar nuevas posibilidades de acción afirmativa y nuevas oportunidades para actuar con flexibilidad,
- elaborar una nueva descripción del problema, una descripción externalizada, y
- establecer nuevas distinciones que provocan nuevas respuestas.

Las preguntas de influencia relativa se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero tiene como objetivo indagar sobre la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia y el segundo investigar sobre la influencia de los miembros de la familia y sus relaciones en la persistencia del problema.

Abajo se explica a detalle este proceso.

*1. Describir la influencia del problema.*

En esta parte, el terapeuta introduce preguntas que inviten a las personas a rastrear:

a) la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. Para tal fin el terapeuta puede adentrarse en sucesos de la vida del cliente con relación a ámbitos conductuales, emocionales, físicos, interaccionales y actudinales

b) de qué manera se ve afectada la concepción que los clientes tienen de sí mismos y de sus relaciones. A esto suele seguir alguna investigación de cómo las personas fueron inducidas a abrazar tales concepciones.

Este tipo de preguntas abre un campo muy amplio para la posterior búsqueda de acontecimientos extraordinarios y para las posibilidades de una acción afirmativa.

*2. Describir la influencia de las personas.*

Aquí se incluyen dos tipos de preguntas, aquellas que traigan a la historia acontecimientos extraordinarios o logros aislados, es decir, logros que contradicen aspectos de la descripción de la vida de la familia saturada de problemas y aquellas que alientan a los miembros de la familia a replantear su relación consigo mismos y con los demás, según los logros aislados identificados. (White, 1997).

***Incluir la dimensión temporal en la búsqueda de acontecimientos extraordinarios puede ser de gran utilidad para el terapeuta, pues, como señala White (1993), estos pueden encontrarse en el pasado, en el presente, en el futuro o en la imaginación.***

- *Acontecimientos extraordinarios pasados,*

Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones.

- *Acontecimientos extraordinarios actuales,*

Son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente, las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, y porque éste les invita a que los hagan más perceptibles. La inmediatez de estos acontecimientos extraordinarios actuales les da mucha fuerza, y están directamente disponibles para que la persona genere significados nuevos a partir de ellos.

- *Acontecimientos extraordinarios futuros,*

***Este tipo de acontecimientos extraordinarios pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas.***

***La existencia de estas intenciones y esperanzas pueden considerarse un gesto presente de desafío al problema y, puede llevar también a investigar aquellas experiencias pasadas que conducen a la persona a pensar que las cosas pueden ser diferentes en el futuro; aquello que tal vez ha entrevisto y que ha mantenido viva su esperanza.***

- *Acontecimientos extraordinarios e imaginación.*

A medida que el terapeuta conoce las reacciones habituales y predecibles de la persona ante los eventos que rodean al problema podrá imaginar qué tipo de respuestas podrían constituir un acontecimiento extraordinario e inesperado. Esto hace aumentar la receptividad del terapeuta ante las señales de una diferencia y a su vez le ayuda a movilizar la imaginación de las personas que están en terapia.

Según White (1997) para que tales acontecimientos sean significativos para las personas y formen parte de la trama de una historia alternativa es necesario que como resultado del proceso terapéutico: 1) Se derive una explicación única al situar el logro aislado dentro del contexto de algún patrón de hechos, 2) Se genere una redescrición única del sí mismo, de los demás y de sus relaciones al asignar significación o sentido a estas explicaciones únicas y 3) Se deriven posibilidades únicas al especular sobre hechos futuros vinculados con estas redescriciones únicas.

*Preguntas que incitan a los miembros de la familia a asignar significación a los logros aislados identificados:*

- *PREGUNTAS SOBRE LOGROS AISLADOS.*

***Las preguntas sobre logros aislados incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia. Esta situación redefine la relación que tienen los miembros de la familia con el problema.***

- *PREGUNTAS RELATIVAS A LA EXPLICACIÓN ÚNICA.*

Las preguntas referentes a la explicación única instan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y el espacio. Los logros aislados están estructurados en el "*panorama de acción*". Estas preguntas historian los logros aislados, emplean una gramática de cambios decisivos y progreso e incitan a relatar la historia persona y de las relaciones.

- *PREGUNTAS RELATIVAS A LA REDESCRIPCION ÚNICA.*

Las preguntas relativas a la redescrición única, estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Estas preguntas incitan a los miembros de la familia a operar en el *dominio de la conciencia* y a hacer que se manifiesten otros conocimientos.

- *PREGUNTAS SOBRE POSIBILIDADES ÚNICAS.*

Las preguntas referentes a posibilidades únicas incitan a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones, lo cual está relacionado con explicaciones únicas y descripciones únicas.

Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones únicas y las descripciones únicas, y a descubrir qué indicios estas versiones alternativas podrían suministrar sobre posibilidades futuras y sobre los pasos específicos ofrecidos por esas posibilidades.

Para la deconstrucción de las prácticas del poder y del saber sigue un procedimiento similar al anterior. White (1997) señala que la externalización de las prácticas del poder permite a las personas:

- a) apreciar el grado en que tales prácticas forman parte de sus vidas, así como forman parte de la vida de otros,
- b) identificar aquellas prácticas del yo y de las relaciones que pudieran juzgarse empobrecedoras de sus propias vidas y de las vidas de los demás,
- c) reconocer hasta qué punto se han incorporado en la actitud de vigilar y controlar sus propias vidas y establecer la naturaleza de su participación en la vigilancia y control de la vida de otras personas y
- d) examinar la naturaleza de las relaciones locales.

***Y en relación a las deconstrucción de las prácticas del saber el autor señala que son los miembros pertenecientes a las diversas disciplinas los que pueden iniciar la deconstrucción "del saber experto". El autor señala que en su trabajo diario, los terapeutas, por ejemplo, pueden:***

- Debilitar la idea de que tienen acceso privilegiado a la verdad pidiendo a las personas que los ayuden a comprender las situaciones que les son narradas,
- Luchar contra la idea de que poseen un punto de vista propio de expertos, al alentar continuamente a las personas a que evalúen los efectos reales que la terapia tiene en sus vidas y en sus relaciones y a que determinen por sí mismas hasta qué punto esos efectos son preferidos y hasta dónde no lo son,

- Poner en tela de juicio la idea de que posee una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y puede hacer dudar la posibilidad de que las personas estén sometidas a la imposición de ideas, alentando a dichas personas a interpretarlo sobre la entrevista misma.

## *POSICIÓN DEL TERAPEUTA*

### **Un terapeuta narrativo:**

- ***Colabora con las personas a la negociación o renegociación de las historias de sus vidas.***
- ***Se interesa en que las personas determinen cuáles son sus maneras preferidas de vivir y de interactuar consigo mismas y con los demás.***
- ***Acompaña a las personas en el cuestionamiento de determinadas estructuras que hacen posible esta dominación.***
- ***Facilita la expresión de aspectos de la experiencia vivida que previamente ha sido desatendidos y que apuntan a una nueva expresión de otras experiencias de vida.***

## **ENFOQUE COLABORATIVO.**

***El tema de la conversación es la tesis principal que aborda el Enfoque Colaborativo. Anderson (1999), principal exponente de este enfoque, refiere que la conversación es uno de los aspectos más importantes y presentes de la vida de los seres humanos, pues es a través de la conversación que mantenemos con los otros y con nosotros mismos que formamos, reformamos, creamos, recreamos, construimos y reconstruimos nuestras realidades y experiencias vitales.***

***Dice que, algunas conversaciones aumentan las posibilidades mientras que otras las disminuyen. Para que una conversación aumente las posibilidades de la gente para encarar lo que les preocupa o perturba es necesario cambiar algunas de las acciones que se han venido realizando dentro de este tipo de conversaciones. Por ejemplo:***

- De escuchar el relato del cliente para aprender su lenguaje y utilizarlo estratégicamente para el cambio a escucharlo atentamente y dejarse informar por su historia. En otra palabras, interesarse realmente en sus puntos de vista y sus dilemas.

- De buscar la negociación o el consenso entre los miembros de la familia ante determinados temas a procurar mantener la riqueza de tales diferencias.
- De identificar y aprender un lenguaje familiar a identificar y aprender los lenguajes individuales de cada miembro del grupo.
- De relatar la historia del cliente desde un lenguaje profesional a relatarla tal como ha sido contada.
- De concentrarse y pensar en teorías de cómo debería ser la gente y de cómo deberían ser las intervenciones a centrarse en aprender el lenguaje y los significados de los clientes.
- De oír más la voz y conocimiento del terapeuta a oír más la voz del cliente.
- De ser el único investigador de los problemas y posibilidades a compartir la indagación con los clientes.
- De vivir de manera negativa la incertidumbre e impredecibilidad que trae una conversación compartida en donde no hay jerarquías ni opiniones expertas a apreciar y valorar la libertad que trae el no saber.
- De ser un dirigente y guiador de la conversación a ser compañero del cliente en una conversación.

### *SUPUESTOS TEORICOS.*

Anderson (1999) refiere que *el lenguaje, la conversación y la relación* son aspectos centrales del enfoque colaborativo. Tales aspectos se incluyen en los principales supuestos filosóficos que guían este enfoque:

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- Son más formas de acción social que procesos mentales independientes cuando construyen realidad.
- Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
- El lenguaje es generador; da origen y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
- El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

Los conceptos de familia, problemas o dilemas humanos, terapia, cambio, y las razones por las cuales una persona solicita una conversación terapéutica son entendidos de una manera particular desde el enfoque colaborativo.

### *El concepto de familia.*

- La familia como tal no existe, representa una configuración particular socialmente construida.
- Dentro del enfoque colaborativo el grupo familiar no es pensado como un grupo de individuos independientes sino como una combinación fluida de individuos que se construye con y a través del lenguaje.
- Es casi imposible dar a la familia un significado único, porque las familias vienen en muchos tamaños, formas y variedades, incluyendo las que tienen relaciones de sangre y las que no.
- El concepto de familia actual puede limitar la aplicabilidad de los sistemas relacionales a otras asociaciones humanas, por ejemplo individuos, grupos de trabajo, grupos de edad y sistemas sociales más externos.

### *Problemas o dilemas humanos: " Los problemas existen en el lenguaje".*

- ***Un problema es un asunto a tratar en un discurso.***
- ***Un problema y el significado que le atribuimos son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje.***
- ***Una definición del problema es una posición que alguien toma.***
- ***No son fijos sino que están en flujo constante.***
- ***Los problemas no se resuelven más bien se disuelven en el lenguaje.***
- ***Hay tantas definiciones del problema como miembros hay en el sistema envuelto con ese discurso.***
- ***El problema determina al sistema.***
- ***El sistema es determinado por una conexión mutua, el problema.***
- ***Un sistema de problema es un sistema que se organiza a través de conversar sobre los temas vitales que la gente determina como problemas.***
- ***Los sistemas de problemas, igual que los problemas, existen en el lenguaje.***

### **Sobre la terapia:**



- ***La terapia representa un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas.***
- ***El principal objetivo de ésta consiste en encontrar formas nuevas de dialogar acerca de las partes de las historias de los clientes – es decir, de su vida – que les preocupan o alarman. Se busca crear sentidos y comprensiones.***
- ***Una terapia exitosa implica la elaboración de historias y autobiografías construidas a través de la coexploración de historias familiares ya contadas y la cocreación de historias nuevas, todavía no contadas, lo que da lugar a una nueva orientación de sentido, una nueva historia, un nuevo diálogo y, por lo tanto, un nuevo futuro.***

### **El ingreso a la terapia:**

***Cuando un cliente (s) ingresa a la terapia, entre otras razones, es por que:***

- ***se ha llegado a un punto de quiebra conversacional y pérdida del sentido de autonomía,***
- ***se ha perdido la capacidad de dialogar, la fe en las posibilidades de resolver con eficacia sus problemas, el sentido de competencia y el dominio de sí mismo, y***
- ***se experimenta una sensación de empobrecimiento.***

### **Cambio:**

- ***Es consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa.***
- ***El cambio emerge en y a través de las redescpciones generadas por el contar y recontar historias familiares. No sólo emergen historias nuevas, sino que la persona cambia en relación con ellas: el propio ser narrador cambia.***

### **SISTEMA TERAPÉUTICO.**

Un sistema terapéutico *colaborativo*:

- Representa una colaboración entre terapeuta y cliente que tiende a ser menos jerárquica, autoritaria y dualista, y más horizontal, democrática e igualitaria.

- Implica una conversación entre compañeros, donde terapeuta y cliente codeciden como participar, codefinen límites y coseleccionan las metas del tratamiento.

***En el enfoque colaborativo las decisiones acerca de quienes deben participar en las sesiones, cuando y de manera se toman colaborativamente sesión por sesión y conversación por conversación. En cuanto a la definición de las metas del tratamiento un enfoque colaborativo trata de crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades. Y una vez que esto sucede los problemas comienzan a disolverse.***

***Con la disolución del problema viene la disolución del sistema de la terapia, el sistema del problema. Esto es, los sistemas que se congregaron alrededor del problema se disipan y emerge un nuevo sistema, una nueva estructura.***

#### **EL PROCESO DE TERAPIA.**

***Para el enfoque colaborativo la conversación dialógica entre el terapeuta y cliente (s), representa el medio a través del cual pueden surgir diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas, que lleven a la disolución de los problemas. En parte, es debido a que una conversación dialógica permite: re – contar los sucesos vividos en el contexto de un sentido nuevo y diferente y desarrollar significados que son únicos y apropiados para la situación y las personas que participan en ella.***

***Una conversación dialógica se caracteriza por: una indagación compartida que implica el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, etc. y un compromiso compartido de aprender sobre el otro y tratar de entenderlo, buscando significaciones por medio del lenguaje. (Anderson, 1999).***

***La indagación compartida implica varios rasgos: el espacio dialógico, la exploración y el desarrollo mutuos, la comprensión desde dentro de la conversación, el dialogo interno, la expansión y la expresión de lo no dicho, el trasfondo de la conversación, el pertenecer a la conversación y la intencionalidad compartida.***

**El espacio dialógico representa un espacio metafórico entre y dentro de los participantes en la conversación. El pensamiento de cada uno de ellos hace lugar a la consideración de ideas, creencias y opiniones múltiples. El terapeuta debe ser capaz de crear y mantener tal espacio.**

**La exploración y desarrollo mutuos, implica un intento compartido para encarar los temas que han reunido al cliente y al terapeuta, y que son motivo de preocupación para el primero. La exploración mutua puede avanzar de lo familiar hacia el desarrollo de nuevas significaciones, realidades y narrativas.**

Una actitud de interés por aprender de la historia del otro conduce a una indagación compartida.

*Comprensión desde dentro de la conversación.* La comprensión y conocimiento de las historias sólo pueden ser adquiridos por los participantes en la conversación, no por un observador. Además, una comprensión completa nunca es posible sobre todo por el proceso cambiante de la narración y significados del narrador al relatar la historia. Solo es posible aproximarse a la experiencia de la otra persona a través de lo que pensamos que ésta esta diciendo.

Entender no significa estar completamente de acuerdo.

**Dialogo interno. Al mismo tiempo que se conversa, se prepara y forma activamente las respuestas. Se ponen los pensamientos en palabras. Vigotsky (citado en Anderson, 1999) habla de "discurso interno" para referirse a esta construcción social del proceso mental.**

**Expansión y expresión de lo no dicho. La psicoterapia (en tanto indagación compartida) es un proceso de formar, decir y expandir lo no-dicho y lo todavía no-dicho; es decir, el desarrollo, a través del diálogo, de nuevos significados, temas, narrativas e historias, para que puedan emerger nuevas descripciones de sí.**

**Antecedentes de la conversación. Alude a un intento activo, más que pasivo, por entender, a la otra persona cuando lo que dice o hace tiene que ser explicado, entendido o respondido de alguna manera, ya sea por otro o por la misma persona.**

**Pertenecer a la conversación. Para vivir la sensación de pertenecer a una conversación se requiere que haya lugar suficiente para la coexistencia de perspectivas familiares, ambigüedades confusas y actitudes vigorosas y para el surgimiento de invenciones y opiniones diferentes.**

*Intencionalidad compartida:* La intencionalidad del cliente al participar en la conversación debe ser descubierta por el terapeuta durante la conversación. Asimismo la intencionalidad del terapeuta debe ser compatible con el propósito de la conversación. Tal propósito no está determinado de antemano sino que surge de una continua negociación.

Por último, es importante considerar y valorar que diferentes aspectos prácticos, como la organización del espacio, el tomar notas o no, la manera de hacer las citas y el ambiente institucional pueden facilitar y obstaculizar el diálogo.

Tarragona (2003) sugiere que una manera más de ampliar la conversación terapéutica o invitar al diálogo es la utilización de escritos. Para ella, el incorporar la escritura a la terapia puede resultar enriquecedor tanto a nivel individual e interpersonal, así como para el proceso terapéutico. Entre algunas de sus ventajas señala que:

*Escribir, a nivel individual:*

- Concentra la atención,
- hace las historias más coherentes,
- clarifica las ideas y posiciones
- puede crear un estado de "fluir",
- invita a examinar con cuidado las palabras que usamos,
- permite acceder a sentimientos e ideas intensos y muy personales,
- escribir puede sorprender, al descubrir ideas que no se sabían presentes,
- leer o re-leer nuestras palabras nos permiten vernos desde otra perspectiva, y
- Permite que se manifiesten nuestras diferentes "voces".

*Escribir, a nivel interpersonal:*

- Les permite a nuestros seres queridos asomarse a nuestra cabeza y nuestro corazón,
- escribir desde la perspectiva de otro puede ponernos por un momento en sus zapatos

- escuchar lo que otro ha escrito "como si fuera yo" nos permite ver cómo nos percibe,
- puede permitir que nos escuche alguien que generalmente no lo haría en una interacción verbal cotidiana, y
- puede re-establecer diálogos internos con personas que ya no están con nosotros.

*Escribir, en el proceso terapéutico:*

- Permite que emerjan diferentes "voces" o "partes" del cliente,
- enriquece la conversación terapéutica,
- "re-inagura" sentimientos que estaban ausentes,
- permite revisar versiones de nuestras historias,
- **escribir tiene muchas connotaciones culturales que lo asocian con eventos importantes y significativos, y**
- **los documentos escritos pueden crear crónica tangible del proceso terapéutico, útil para los clientes y para fines de investigación.**

•

*POSICIÓN DEL TERAPEUTA.*

***Un terapeuta colaborativo:***

- No sabe y está en la disposición de ser informado,
- para él el conocimiento está en constante desarrollo y solo es experto en crear un espacio para el diálogo y facilitar el proceso dialógico,
- sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones los hace públicos, los comparte y reflexiona,
- es honesto y sincero al recibir, invitar, respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente.
- se alía simultáneamente con todos los participantes,
- Lo que dice y hace cambia de un cliente a otro y de una sesión a otra, es decir se adapta a las exigencias de cada situación.

***Como podemos deducir una postura de no saber es lo que caracteriza el trabajo de un terapeuta colaborativo. Anderson (1999) hace una distinción entre las implicaciones de una postura de saber y una postura de no saber:***

### **El saber:**

- ***Reduce la posibilidad de ver, y empeora la sordera para lo inesperado, lo no dicho y lo todavía no dicho.***
- ***Cuando un terapeuta se relaciona con el que lo consulta desde una postura de saber busca intencionalmente o no, confirmar sus creencias, prejuicios, expectativas y verdades aprendidas. Esta acción puede obstaculizar el intercambio dialógico, restringir la amplitud del discurso, provocar un cierre prematuro del relato del cliente y empobrecer las opciones tanto para el cliente como para el terapeuta.***

### **El no saber:**

- ***Alude a una actitud y creencia del terapeuta de que no tiene acceso a la información verdadera, que nunca podrá comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de ser informado por el otro y de aprender más sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho.***
- ***No saber no significa retener información, simular estupidez, engañar o ser neutral.***
- ***El no saber implica humildad acerca de lo que uno sabe. El terapeuta bajo esta postura está más interesado en aprender lo que un cliente tiene que decir que en buscar, exponer o validar o promover su propio conocimiento o interés.***
- ***Una postura de no saber lleva a un interés genuino por aprender lo que el otro nos comparte.***

Esta manera de ser y actuar trae consecuencias particulares para el mismo terapeuta y para la relación terapeuta - cliente al interior del proceso terapéutico. Para el terapeuta implica dejar las certezas y aprender a vivir en la incertidumbre, exponer y cuestionar sus valores, mostrarse más como persona ante los clientes y tomar conciencia y reflexionar sobre lo que se sabe o se cree saber.

La relación entre terapeuta y cliente se convierte en una asociación con responsabilidad compartida para contar, preguntar, interpretar y dar forma a las narrativas.

Un terapeuta colaborativo no es:

- *Un editor de narrativas* puesto que su tarea no es deconstruir, reproducir la historia del cliente, sino facilitar y participar en su narración y renarración.
- *Una tabla rasa ni una pantalla en blanco.* Al igual que los clientes los terapeutas traen consigo su saber, experiencias previas y preferencias.
- *Negociador de diferencias*, en vez de ello favorece la multiplicidad de versiones.
- *Detectives que descubren la verdad o determinan que es cierto y que es falso*, solo son participantes en una conversación.
- *No son interventores, ni tampoco pasivos.* La posición no intervencionista, no jerárquica, no es necesariamente pasiva o inocente. No significa que todo vale, que el terapeuta está a la deriva, o que no influye. El terapeuta es activo pero no directivo, siempre influye en el cliente; del mismo modo, el cliente siempre influye en el terapeuta.

Las diferentes posiciones de un terapeuta en los diversos modelos de intervención psicológica, incluso en el enfoque colaborativo, siempre serán intencionales. Es una elección de la manera de ser y de mostrarse con el otro.

### **EQUIPO REFLEXIVO.**

El ser humano tiene la capacidad natural de percibir el mundo que le rodea a través de sus sentidos. Su forma relacionarse con su entorno y asimilarlo (darle significado) se da a partir de las diferencias que puede establecer a través del ver, oír, oler, tocar y gustar.

Si bien se pueden establecer un sin número de diferencias, las diferencias disponibles son tantas que ningún ser humano tiene la posibilidad de prestarles atención a todas. Ciertas diferencias atraerán la atención de unos cuantos mientras que para otros podrán pasar desapercibidas. Factores como el contexto socio – cultural, histórico, familiar; las creencias y valores y el estado físico y emocional, entre otros, pueden influir en que la atención se fije en determinadas diferencias y no en otras.

Aplicada esta noción a los dilemas humanos y a las diversas problemáticas por las que las personas deciden acudir a consulta, podemos decir que las distinciones (relacionadas con valores, creencias, expectativas, sentimientos, conductas, etc.) que han establecido y asimilado en torno a un tema particular son invariables y rígidas, lo que tal vez les este limitando su capacidad para atender otras diferencias existentes (alternativas) que pueden serles de mayor utilidad en la forma de afrontar y enfrentar el problema.

Las conversaciones que se establecen con los otros pueden promover u obstaculizar la identificación, asimilación y vivencia de nuevas distinciones.

Un espacio terapéutico en donde a través del diálogo se respete la necesidad de todo ser humano de conservar su integridad, no se de instrucciones sobre lo que se debe hacer, se promueva la libertad para intercambiar ideas, se ofrezca una comunicación protectora al darle en el discurso la libertad a la gente de aceptar o rechazar un pensamiento o idea, puede fomentar el surgimiento y significación de nuevas ideas (nuevas distinciones acerca del problema).

El trabajo terapéutico que se realiza siguiendo los lineamientos del Equipo de Reflexión, desarrollado por Andersen, ofrece la posibilidad de que a medida que los clientes escuchan a cada miembro del equipo se hagan nuevas preguntas sobre aquellos temas que se creían incuestionables y se establezcan al mismo tiempo nuevas distinciones (Andersen, 1994). Y es que, esta modalidad de trabajo claro que el problema tiene muchos aspectos y es multifacético.

En la parte siguiente del documento se hablara de los lineamientos generales bajo los cuales opera el Equipo de Reflexión desarrollado por Andersen, y se mencionan algunas diferencias que otros autores han hecho al momento de llevar a la práctica esta forma de intervención terapéutica.

### *LINEAMIENTOS GENERALES.*

Fernández, London y Tarragona (2002) refieren que aunque generalmente el término "Reflecting Team" se ha traducido como "Equipo Reflexivo", nombrarlo "Equipo de Reflexión" sugiere de manera más precisa qué es lo que hacen los miembros del equipo: *reflexionan*, es decir, comparten lo que piensan y sienten a raíz de lo que han escuchado durante la entrevista entre clientes y terapeutas. En otras palabras, los integrantes del ER reflexionan en presencia del sistema terapéutico (clientes y terapeutas).

***De hecho, Andersen (1994) menciona que en francés la palabra réflexion tiene el mismo significado que la noruega "refleksjon", es decir: algo que es oído, apprehendido y pensado antes de dar una respuesta, y los miembros del ER escuchan algo, lo hacen suyo y piensan antes compartirlo con los otros.***

Si bien el trabajo desarrollado por Andersen alrededor del Equipo de Reflexión permite la libertad de llevar a cabo esta práctica bajo diferentes lineamientos, su trabajo se ha caracterizado por que:



- Los miembros del ER estén detrás de un espejo o en el mismo espacio que los clientes y terapeuta.
- Durante la entrevista, los miembros del ER escuchan en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos. El ER nunca interrumpe la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas.
- Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del ER, o bien, el ER puede indicar que tiene ideas que quiere compartir.
- SI el ER esta detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y la terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
- Al hablar, los miembros del ER se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes.
- Los miembros del ER ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que....).
- Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista.
- La participación del ER generalmente toma de 5 a 10 minutos.
- Tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

Anderson confía en que el equipo mantenga una posición positiva, discreta, respetuosa, sensible, imaginativa y creativa, y no pretende que el grupo teorice acerca de la "verdad" sobre los problemas que se traen a la terapia, prepare una intervención para estratégica para resolver problemas, funja como modelador, consejero o maestro y den reforzamientos positivos.

En la relación entre los miembros del equipo espera que se eviten las rivalidades y competencias entre ellos sobre quién hace la participación "más inteligente" y que no se den instrucciones previas sobre lo que cada miembro del equipo debe decir.

Al hablar de lo que el Equipo de Reflexión no hace, este mismo autor menciona que :

- No comenta sobre cosas que pertenecen a otros contextos (fuera de la entrevista),
- No habla de los temas que no se quisieron tratar

- No hacer interpreta ni hacer referencia de las conductas que se observaron de los miembros de la familia durante su conversación con el terapeuta,.
- No expone un área sensitiva de la cual la familia no quiere hablar,
- No da connotaciones negativas,
- Evita utilizar términos competitivos o críticas,
- No juzga.
- No se dan soluciones ni intervenciones finales.
- No se habla de lo que esta mal sino se ofrecen nuevas opciones y descripciones,

### *DESARROLLOS DEL EQUIPO DE REFLEXIÓN DESDE LA NARRATIVA Y OTRAS TERAPIAS POSMODERNAS.*

- *Michael White. El Equipo Reflexivo como "Ceremonia de Definición".*

Michael White (2002) estructuro el trabajo con el Equipo de Reflexión de tal manera que se redujera el riesgo de que los miembros de este grupo reprodujeran discursos perjudiciales para los clientes.

Su trabajo consiste en cuatro fases, cada una de las cuales constituye una entrevista en sí misma:

1. El terapeuta charla con los clientes mientras los miembros del ER escuchan.
2. El terapeuta y los clientes cambian de lugar con los integrantes del ER y los primeros son una audiencia para la entrevista que se hacen entre sí los miembros del ER. Hablan principalmente sobre sus experiencias al escuchar la conversación que presenciaron. En tal conversación se sugiere que los miembros del equipo:
  - Hablen sobre su trabajo e intereses. De esta manera se vuelven conocidos para los clientes y sus comentarios pueden comprenderse desde su experiencia personal y no desde una posición de experto.
  - Tomen en cuenta a todas las personas que participaron en la entrevista, y que
  - Comenten sobre acontecimientos extraordinarios identificados que puedan ser parte de una historia alternativa.

3. Vuelven a intercambiarse lugares y el terapeuta entrevista a los clientes sobre la experiencia de escuchar al equipo, especialmente sobre aquellos comentarios que les llamaron la atención o les parecieron útiles. El terapeuta ofrece también sus reacciones sobre lo que el ER dijo.
4. El ER, los clientes y el terapeuta se reúnen para "deconstruir" los comentarios expuestos en las entrevistas anteriores.

***Para White (2002) este tipo de trabajo se asemeja a una "Ceremonia de Definición", en donde los miembros del ER son "testigos externos" que validan y dan fuerza a los relatos y alternativas de los clientes, además contribuyen a generar en ellos una autoconciencia de cómo se ven a sí mismos y cómo pueden ser modeladores de su propia vida.***

- *Harlene Anderson: Ejercicios como sí. (Fernández, 2002 et. al)*

***Este ejercicio es una combinación de los procesos de "presentar, escuchar, reflexionar y discutir". Su objetivo principal es maximizar el número de voces y perspectivas.***

***En términos generales el ejercicio consiste en asignar a varios pequeños grupos de terapeutas o consultantes el ser "escuchas" desde la postura de uno de los personajes de la historia que relata el cliente.***

Presentar, escuchar, reflexionar y discutir en estos pequeños grupos desde la perspectiva imaginada de otro, permite que se abran nuevas opciones desde donde oír las diferentes personas que rodean al cliente y así presentar distintos puntos de vista sobre ellos.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES.

#### 1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

##### 1.1. Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica con familias.

###### 1.1.1. Niveles de participación.

En esta generación, la formación práctica para la intervención en los diferentes problemas de salud emocional de las familias implicó participar como terapeutas desde tres niveles: *a) como observadores, b) como responsables de conducir la sesión y c) como miembros del equipo de supervisión.* Tal participación estuvo sujeta, principalmente, al avance teórico conceptual en relación al plan de estudios de la Residencia. Así, durante el primer semestre se participó como terapeuta observador, y a partir del segundo semestre el trabajo con las familias implicó la participación desde los dos niveles restantes.

###### **A) Participación como terapeuta - observador.**

Participar como terapeuta observador implicó estar presente en la atención clínica que los miembros de una generación anterior brindaron a las familias.

Como observadores teníamos la oportunidad de exponer nuestras inquietudes sobre el trabajo realizado y algunas sugerencias para la atención terapéutica, producto principalmente de nuestra intuición y/o de nuestra experiencia fuera de este ámbito. Nuestros comentarios no debían cuestionar las decisiones de intervención de los terapeutas o miembros del equipo, las cuales se apegaban a un modelo particular que en ese momento era desconocido para nosotros, ni criticar de manera negativa su trabajo. Esto representó una forma de respetar las diferencias de grado en el nivel formativo entre los grupos. Por razones obvias se daba prioridad a los comentarios de los terapeutas y miembros del equipo de supervisión.

Al final del semestre, de manera individual se elaboró un análisis teórico metodológico de uno de los casos observados bajo un modelo de intervención particular.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*Como terapeuta observador estuve presente en el proceso terapéutico de **10 familias**.*

El principal objetivo al trabajar en este nivel fue familiarizar a los miembros recién incorporados a la Residencia, con la forma propuesta por el Programa para abordar los problemas de salud mental y en el contacto directo con los consultantes.

#### **B) Participación como terapeuta miembro del equipo de supervisión.**

*Las responsabilidades como miembro del equipo se relacionaron con:*

- 1. Estar presente en las sesiones y leer las actas correspondientes.*
- 2. Exponer, en los tiempos destinados para ello, las ideas y críticas en relación a la problemática familiar y a la conducción de la sesión por parte del terapeuta.*
- 3. Apoyar al terapeuta en la conexión de los aparatos para la videograbación de las sesiones.*
- 4. Si se requiere, participar activamente en las intervenciones.*

Participando en este nivel, estuve presente en el proceso de **39 familias y en una terapia de red**.

#### **C) Participación como terapeuta responsable de conducir las sesiones.**

Trabajar desde este nivel implicó:

a) *Con el usuario del servicio*

1. Contactarlo telefónicamente para programar la cita; explicarle, de manera general, los lineamientos de la atención psicológica en la sede e investigar los datos generales de su familia (miembros que la conforman, edades y ocupaciones), motivo de consulta, antecedentes e intentos de solución.
2. En la primera sesión, recibirlo, presentarse, explicarle nuevamente la forma de trabajo, presentar al equipo e iniciar el proceso terapéutico.
3. Transmitirle las ideas y mensajes del equipo.
4. Acompañarlo en el proceso hasta el alcance de los objetivos establecidos al inicio del tratamiento.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

b) *Con los miembros del equipo de supervisión*

5. Entregarles al inicio de la pre sesión el acta correspondiente a la sesión anterior (o si fuera la primera sesión el reporte de la entrevista telefónica)
6. Exponer y justificar las hipótesis e ideas y decisiones en torno al modelo de abordaje, líneas y formas de intervención
7. Reflexionar y considerar las ideas de cada uno de los miembros del equipo en relación a la problemática expuesta por la familia y la conducción de las sesiones.

c) *Con tutora asignada:*

8. Realizar un análisis teórico metodológico de cada uno de los casos atendidos y presentarlo al final del semestre.
9. Asistir periódicamente a las citas programadas con ella para informarle sobre mi rendimiento en la Residencia, y, si fuera el caso exponerle las dificultades o los obstáculos (tanto personales, de relación con los demás miembros de la residencia, como académicos) durante la formación para que juntas se encontrasen soluciones.
10. Atender a sus llamados y sugerencias.

*Como terapeuta se atendió a **11 familias.*** (Ver Cuadro 1). De éstas, cuatro propiciaron la reflexión e investigación en torno al tema de género. La exposición del tema incluye su revisión teórica y la presentación del análisis metodológico, de acuerdo al Modelo de Intervención utilizado, de cada una de las cuatro familias. Además, se identifican los estereotipos de género vinculados a la existencia de las dificultades en las relaciones consigo mismo y con los demás.

#### **1.1.2. Análisis teórico: Mujer, relaciones familiares y género.**

*"Una mujer no nace, sino se hace mujer"*

De Beauvoir (1949, citada en Lamas, 2003)

El trabajo con familias apegado a los lineamientos propuestos por la psicoterapia sistémica, ha mostrado que la organización humana en torno al poder, tiende a ser unidireccional y sujeta, principalmente, a dos atributos biológicos del ser humano: la edad y el sexo. Culturalmente éstos se transforman en los conceptos de generación y género. Así, socialmente se le ha

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

atribuido mayor poder a los padres sobre los hijos y al varón sobre la mujer. (Goldner, 1988, citando en Tagorrana, 1990)

En una familia clásica, en donde el poder se organice de la manera anterior, el padre ocupara el lugar de jefe de familia y su tarea principal será el sostén económico del grupo, y la madre se ocupará mayormente de las tareas del hogar, de cuidar a su familia y de procurar ser una buena compañera de su pareja. (Walters, Carter, Papp, y Silverstein, 1991). Verticalidad, disciplina, obediencia, jerarquía, respeto y castigo serán conceptos presentes entre las interacciones del jefe de familia con los demás miembros. (Corsi, 1994)

*"Los hijos deben respeto a los mayores", "La mujer debe seguir al marido", "Los hijos deben de obedecer a los padres", "El padre debe mantener el hogar", "El padre es el que impone la ley" y "Las faltas de obediencia y de respeto – al padre - deben ser castigadas"* son supuestos presentes en la convivencia de la mayoría de las familias.

Esta forma de organización ha derivado que los miembros con menor poder, mujeres y niños, tengan una velada conciencia de sus opciones, derechos y facultades, y dependan en mayor medida de los miembros más fuertes, los varones. Así, se va limitando su autonomía personal. En casos extremos, esta dinámica se relaciona con diversas formas de violencia.

Específicamente las mujeres en su familia, se ven limitadas a tener un ingreso, ejercer la autoridad y realizar tareas fuera de lo que para ella esta establecido. Y aún más, su trabajo en el hogar no es remunerado ni valorado. Aún cuando la mujer trabaje fuera, en la mayoría de los casos, seguirá soportando la carga de las innumerables responsabilidades del hogar y del cuidado de la pareja y los hijos, lo cual hará que se vean limitadas también sus posibilidades de desarrollo laboral y profesional. (Walters, et al. 1991).

En una sociedad patriarcal, en donde se atribuye un mayor valor a lo masculino que a lo femenino, las mujeres vivimos una misma *condición de género*<sup>1</sup>, que en todas las áreas del desarrollo humano coloca a los hombres en un posición superior y a las mujeres en una inferior.

---

<sup>1</sup> **Lagarde (1993)** hace una diferencia importante entre **condición y situación de género**. Y explica, hombres y mujeres nos desarrollamos en una misma sociedad patriarcal, por tanto en menor o mayor medida, se nos educa para seguir los estereotipos tradicionales en torno al ser hombre y mujer, así vivimos una misma condición de género; sin embargo, la forma en como cada familia e individuo la afronta y resuelve los lleva a una situación de género particular. Tomemos en cuenta que los procesos socioculturales preexistentes marcan un camino al individuo, pero éste tiene la potencialidad de intervenir de un modo responsable, autónomo y creativo. **(Puig, 1996)**

Percibirse como varón en esta sociedad es percibir el privilegio, mientras que percibirse como perteneciente al género femenino es sentir una responsabilidad personal por el funcionamiento de las relaciones.

En esta parte del documento haré referencia a los antecedentes en la construcción de la categoría de género como una explicación alternativa de las diferencias sociales entre hombres y mujeres; señalaré las instancias básicas implicadas en el desarrollo de la identidad de género; y, finalmente, presentaré los lineamientos que debe seguir una terapia sensible al género.

#### I. La categoría de género.

La categoría de género se incorporó en el siglo XX a las Ciencias Sociales, a partir de la discusión feminista <sup>6</sup> sobre los factores que explican el tipo de relaciones de poder entre los seres humanos diferenciados sexualmente (Tena, 2002). En un inicio, según explican Conway, Bourque y Scott (2003), este debate se centró en dos polos explicativos: el basado en las diferencias biológicas y el relacionado con lo cultural.

Pese a que entre los años cuarenta y cincuenta el argumento dominante que explicaba las diferencias entre el comportamiento de hombres y mujeres era el biológico, fue Simone de Beauvoir en ese tiempo la primera en plantear que las características humanas consideradas como "femeninas" eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse "naturalmente" de su sexo. Años después, en los setentas, tal reflexión enmarcó el campo de la investigación feminista posterior (Lamas, 2003).

En contra de la "diferencia" vuelta "desigualdad", a poco más de la mitad de los años sesenta, principalmente en Estados Unidos y Europa, varias antropólogas feministas participaron con investigaciones y teorizaciones en un nuevo debate feminista sobre el origen – biológico o social – de la opresión de las mujeres. Así como algunas feministas centraron en lo biológico

---

<sup>6</sup> Según explican Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead (1989), el feminismo representa una filosofía que reconoce: a) que las mujeres y los hombres tienen diferentes experiencias de sí mismos, del otro, de la vida, y que la experiencia de los hombres ha sido ampliamente reconocida mientras que la de las mujeres ha sido ignorada o mal explicada; b) que esta sociedad patriarcal no permite la igualdad entre los seres humanos pues oprime a las mujeres y engrandece a los hombres; y, c) que todos los aspectos de la vida pública y privada llevan la marca de la teoría y la práctica patriarcales. Se sugiere entonces someterlos a una revisión.



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

(específicamente en la maternidad) la causa de la subordinación femenina, hubo otras que, limitándose al factor cultural, negaban cualquier influencia de los aspectos biológicos. Estas últimas pensaban que si lo biológico era inalterable, atribuir la desigualdad entre hombres y mujeres a lo social, a lo susceptible de ser modificado, contribuía a su eliminación. (Lamas 2003).

La autora señala que fue la socióloga feminista Evelyne Sullerot y la doctora Jacques Monod las primeras en proponer estudiar el "hecho femenino" desde una perspectiva que incluyera lo biológico, lo psicológico y lo social. Argumentaban que, si bien existen diferencias sexuales de comportamiento entre el hombre y la mujer asociadas con un programa genético de diferenciación sexual, éstas son mínimas y no implican superioridad de un sexo sobre otro. Aseguraron que lo biológico no es suficiente para determinar un comportamiento.

De manera alternativa a las explicaciones centradas en lo biológico y a las centradas en lo cultural, ambas investigadoras explicaban que las diferencias entre los comportamientos de hombres y mujeres se relacionaban a la constante división de la vida en esferas masculinas y femeninas, división que se le atribuye a la biología, pero que, exceptuando lo relacionado con la maternidad, eran claramente culturales. En este momento, se hizo referencia a la categoría de género.

Así el siguiente paso en el estudio de los papeles sexuales fue el estudio del género.

A diferencia del sexo, el cual es definido como una categoría biológica que se relaciona con las diferencias físicas y orgánicas entre varones y mujeres, el género es un concepto construido socialmente para definir y diferenciar las tareas propias de cada sexo. Tal diferenciación tiene que ver con las creencias sociales en una cultura dada y en un periodo determinado sobre lo que significar ser varón y ser mujer. (Goodrich, et al. 1989). En otras palabras, mientras el sexo refiere una diferencia natural entre varones y mujeres; el género refiere, como lo exponen Goldner, Penn, Sheinberg y Walker (1990), una división artificial del mundo en masculino y femenino.

Para Conway, et al. (2003) el género es una especie de "filtro" cultural a través del cual interpretamos el mundo, lo que nos lleva a una determinada forma de sentir, actuar y de ser. Así, la cultura marca a los sexos con el género y el género marca en cualquier ser humano la percepción de todo lo demás.

En resumen, incorporar la categoría de género al estudio de la dominación y subordinación entre hombres y mujeres, permitió cuestionar los argumentos que aseguraban que lo biológico, y en tanto lo inalterable, era lo que determinaba lo propio para cada sexo, diferenciaciones en donde la mujer quedaba en desventaja. Se abrió así el interés por el estudio de la cultura y la historia. Teorizar desde este marco condujo a afirmar que los comportamientos de hombres y mujeres no representan la asignación de las tareas biológicamente preescritas sino muestran un medio de conceptualización y organización cultural.

Intentando modificar viejas costumbres e ideas, hoy en día se busca construir reglas de convivencia más equitativas, en las cuales la diferencia sexual sea reconocida y no utilizada para establecer desigualdad.

## II. Construcción social de la identidad: Identidad de género.

En cuanto al tema de la *identidad*, Anderson (1999) asegura que, el feminismo se apoya en la noción posmoderna que señala que la identidad es construida, interpretada e influida por los discursos socioculturales, históricos y políticos existentes en una sociedad y tiempo determinado. Desde esta perspectiva, el individuo existe dentro de un mundo de relaciones y diálogos, en donde constantemente se intercambia energía e información, lo que va determinando su ser, pensar y sentir (Fortes de Leff, 2002).

Karl Tomm (citado en White y Epston, 1993), Anderson (1999) y Fortes de Leff (2002) coinciden en señalar que *la identidad esta constituida por lo que "sabemos de nosotros mismos y por cómo nos describimos como personas*. Según explican, este autoconocimiento, desarrollado en y a través de lenguaje, se ve limitado y restringido, en gran medida, por los discursos y prácticas culturales inmersos en nuestro contexto más amplio. Así quienes creemos que somos es producto de una construcción lingüística.

Anderson (1999) además asegura que, tales narrativas dan forma y expresión al yo que nos decimos –y que decimos a otros – que somos, que hemos sido y seremos. Para ella, la identidad no es la simple acumulación de experiencias, ni la expresión de características neurofisiológicas. Tampoco acepta que sea estable y duradera.

***En términos simples, la identidad es el reconocimiento de uno mismo a través de la relación que se establece con los otros, es decir, uno se reconoce en lo privado teniendo presentes significados o discursos públicos (Weeks, 1998).***

***Hablando de las identidades de género, invariablemente son producto de un discurso social, cultural y familiar que nos va definiendo como mujeres o varones (Tena, 2002). La cultura, a través de sus diferentes medios de comunicación, enseña a no ver el género como un concepto social sino como un elemento profundamente arraigado en la naturaleza humana. Así logra que los individuos creamos que somos lo que debemos ser según lo predestinado por nuestra estructura anatómica. (Walters, et al, 1991).***

***La enseñanza directa y la representación son las maneras principales, según Goodrich, et al. (1989), en que la familia<sup>7</sup> promueve los estereotipos de género aprobados por la cultura. En su enseñanza, los miembros del grupo tratan y responden de manera distinta las conductas y actitudes de niñas y niños, ejercen en ellos diferentes presiones sociales y les hacen saber que las expectativas hacia ellos están basadas en el cumplimiento de los papeles sociales, según su género.***

***En la representación de roles, el padre como “jefe” de familia refuerza el supuesto de que es el hombre el destinado para ejercer la autoridad. La madre al mostrarse como “guardiana” de la familia refuerza el estereotipo de la mujer - madre - dedicada al cuidado de los otros y del ambiente que les rodea.***

***Lamas (2003) explica que son tres las instancias básicas articuladas en el proceso de construcción de las identidades de género: la atribución (asignación) de género, la identidad de género y el papel de género.***

#### ***A. LA ATRIBUCIÓN (ASIGNACIÓN) DE GENERO.***

Esta se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales.

Los adultos, al conocer las características genitales del bebe, comienzan a interactuar con él de acuerdo a su condición de género, asociado a sus caracteres sexuales. El bebe al nacer aún no se concibe como varón o mujer, sino que aprende a serlo a través de sus vivencias de género, que aunque son tempranas, requieren tiempo para asumirse como identidad. (Tena, 2002)

#### ***B. LA IDENTIDAD DE GÉNERO.***

Se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos.

---

<sup>7</sup> La familia es entendida como una unidad social que expresa los valores de la sociedad, sus expectativas, roles y estereotipos (Walters, et al, 1991)

**Goldner, et al, (1990) explican que mientras la niña construye su identidad de género en relación a alguien “igual a ella”, en un contexto relacionado con lo femenino y dentro del espacio psicológico de la madre, el niño construye tal identidad mediante la experiencia de la diferencia.**

**El niño aprende que pertenecer al género masculino implica ser diferente al femenino, por tanto no debe mostrarse débil, frágil, emocional y con necesidades emotivas. La masculinidad se establece en relación y en tensión con la noción de lo que es femenino, porque lo femenino se convierte en una estructura de incertidumbre que necesita ser controlada. Así, el niño elabora el sentido de sí mismo a partir de una negación, por ejemplo: “no soy como mi madre, no soy una mujer”. (Sleidler, 2001).**

Así, niñas y niños estructuran su experiencia vital en torno al género al que pertenecen, identificándose en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes, comportamientos, juegos, etcétera. Es usual ver a niños rechazar algún juguete porque es del género contrario, o aceptar sin cuestionar ciertas tareas porque son del propio género. Desde un principio se va marcando una gran diferenciación entre los géneros, que los lleva a ya no interactuar como iguales.

Asumida la identidad de género, es casi imposible cambiarla.

#### **C. EL PAPEL DE GÉNERO.**

El papel de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Tal diferenciación establece estereotipos rígidos que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.

Papp (1988, citado en Tarragona, 1990) refiriéndose al proceso de aprendizaje que experimentan los individuos alrededor de ser hombre o mujer, dice que desde muy temprana edad la familia y la sociedad coinciden en inculcarnos *programas de feminización y masculinización*.

Según lo expuesto por la autora, en el *programa de feminización*, a las mujeres:

- Las diversas instituciones sociales nos hacen saber que nuestro objetivo primordial en la vida debe ser el cuidado de los otros, y poco a poco la mayoría de nuestras actividades las

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

van – o las vamos<sup>8</sup> - centrandolo en torno a actividades que llevan a mejorar las vidas de los demás, más que las nuestras.

- Nos lleva a que nuestra autoestima e identidad este profundamente enraizada en las relaciones interpersonales, requiriendo el desarrollo de las habilidades y cualidades específicas, como la empatía, la expresión emocional, la afectuosidad y la calidez.
- Se nos ha atribuido, en nuestras familias, el papel de confortar, pacificar y facilitar; así como el de ser intermediario en los conflictos de los demás. Frecuentemente también nos amoldamos fácilmente a los intereses familiares.
- Se nos ha hecho saber que valemos en tanto damos.

Además, Seidler (2001) agrega que, en las relaciones de pareja a menudo se espera que las mujeres interpreten las necesidades y sentimientos de sus compañeros y de cierta manera digan lo que ellos sienten. Esa interpretación se convierte en labor dentro de las relaciones heterosexuales.

Al comportarse como lo define el programa de feminización, las mujeres, en la mayoría de los casos, experimentamos que el responder a las necesidades de otros da una gran satisfacción, pero lleva a una dependencia hacia los hombres, especialmente en términos de poder, status y autoridad fuera de la casa. Además se limita el desarrollo de las habilidades necesarias para lidiar con el mundo exterior, habilidades que son más valoradas socialmente. (Papp, 1988, citado en Tarragona, 1990)

#### ***Aún en las relaciones entre mujeres, parejas lésbicas o fraternales, los comportamientos apegados al programa de feminización pueden originar en la relación:***

- Una tendencia a la fusión que las lleve a vivir la separación o la diferencia entre ellas como abandono y rechazo,
- Experimentar sentimientos de excesivo entrometimiento y supresión de la individualidad que puede derivar en tensiones, sentimientos de ambivalencia, malos entendidos y grandes silencios, y
- La dificultad de manejar y expresar situaciones de enojo, puesto que las mujeres deben ser conciliatorias, pacientes y tolerantes para salvaguardar las relaciones interpersonales. (Castañeda, 1999).

---

<sup>8</sup> Al aceptar sin cuestionar, los mandatos culturales, de manera inconsciente contribuimos al control y sometimiento social de nuestras propias vidas en conformidad con los conceptos dominantes en nuestra cultura. Foucault (1979, citado en White 1997).

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*El programa de masculinización*, Papp (1988, citado en Tarragona, 1990), hace que los hombres: basen su identidad en torno a sus logros fuera del ámbito familiar, más que en sus relaciones interpersonales y que conecten en mayor medida su autoimagen al hacer.

A decir de la autora, para ellos, dar a los demás no constituye una proporción tan alta de su imagen como para las mujeres. Explica que esta manera de aprender a ser hombre, requiere de ellos el suprimir sus emociones, ocultar sus sentimientos y desarrollar una conducta defensiva o cautelosa. Muchas de las veces, tales actitudes los lleva a clausurar áreas enteras de sí mismos. Así, ven la cercanía de una relación íntima como una trampa o impedimento, pero esto no hace que desaparezca su necesidad y deseo del amor y la intimidad, y exigen de las mujeres lo que ellos mismos tienen miedo de dar y recibir.

Parece que el ser hombre en una cultura patriarcal implica no mostrar ni compartir sus sentimientos y no manifestar ningún tipo de dolor. Hacerlo implicaría el cuestionamiento de su masculinidad. Para ellos es más difícil compartir su vida emocional que racionalizar sus experiencias. (Seidler, 2001).

No es de sorprender que los temas que más preocupen a un varón, tal como lo refieren Goldner, et. al., (1990), sean el dar un rango a la propia familia, ocupar un lugar importante en el mundo público, ser reconocido por los varones poderosos como un igual, y no demostrar miedo. De esta manera los varones constantemente experimentan sentimientos de lucha, miedo al fracaso y anhelo por el triunfo.

Para Walters, et al. (1991), son tres supuestos centrales que fundamentan las tareas basadas en el género:

- 1) Los hombres creen que deben tener siempre el privilegio y el derecho de controlar la vida de las mujeres.
- 2) Las mujeres creen que son responsables de todo lo que va mal en una relación humana.
- 3) Ellas creen que los hombres son esenciales para su bienestar (en lugar de simplemente deseables o gratificantes).

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Así, estos tres supuestos se combinan para crear casi todas las interacciones y también los problemas entre hombres y mujeres. Mujeres y varones al establecer relaciones significativas con los demás, asumen las actitudes y comportamientos según su género. En términos generales de las mujeres se espera que asuman la responsabilidad del funcionamiento e integridad de las relaciones que establezcan y que encaminen sus esfuerzos para procurar el bienestar de los demás, aún sacrificando su propia persona. De los varones se espera que lleven al grupo a alcanzar un bienestar social y económico.

En relación a las relaciones sexuales, de las mujeres se espera que se muestren sumisas y complacientes; que se preocupen más por dar placer que por recibirlo; y que accedan, aun cuando no sea su deseo, a tener relaciones sexuales siempre que así se lo pida su compañero. En muchas de ellas la relación sexual ha llegado a convertirse en un acto simbólico realizado en nombre del deber, la obligación y la responsabilidad, en aras del matrimonio o la maternidad. (Walters, et al. 1991)

***El hombre, de acuerdo a los estereotipos de género, al relacionarse sexualmente debe mostrarse como un conquistador y un ser poderoso. A ellos se les enseña que, en las relaciones sexuales una mujer nunca debe tomar la iniciativa pues esto podría poner en duda su virilidad y su potencia sexual (Walters, et al. 1991). Es claro que la relación sexual rara vez es un acto de simple placer mutuo.***

Apegados mujeres y varones a los estereotipos de género, forman relaciones en donde:

- 1) Buscan en el otro las capacidades de las que han sido limitados socialmente.
- 2) No pueden interactuar como iguales.
- 3) Lo que se espera de cada miembro de la pareja está definido socialmente, no cumplirlo o mostrar objetivos contrarios puede traer conflictos graves en la relación y en la propia identidad.

### **III. La terapia sensible al género y la Terapia Familiar Feminista.**

Una terapia sensible al género, como menciona Tagorrrana (1990), no tiene que ver con una técnica en particular, sino con **incluir en ella todo lo que concierne al género**, para así poder cambiar los significados tradicionales que estén envolviendo sutilmente el problema presentado en terapia. Con ello se estaría reconociendo que hay procesos de socialización distintos para mujeres y varones y que cada género interpreta un significado distinto a una misma intervención y, por tanto, se puede sentir culpado o apoyado por una postura terapéutica.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

El terapeuta debe ser consciente de la gran responsabilidad que le ha sido legada en un momento en el cual se experimenta un periodo de transición social, en donde si bien se ha empezado a cuestionar la estructura patriarcal tradicional de la familia no se ha producido ningún cambio significativo en la posición de los varones respecto de la vida familiar; ni ningún cambio verdadero en las actitudes básicas de la mayoría de los varones y las mujeres en torno a la organización de la familia, de acuerdo a lo expuesto por Maldonado (1995).

Goodrich, et. al., (1989) mencionan que, la **Terapia Familiar Feminista** se da a la tarea de examinar de qué manera los roles de los géneros y los estereotipos afectan a: 1) cada miembro de la familia, 2) las relaciones entre los miembros de la familia, 3) las relaciones entre la familia y la sociedad, 4) las relaciones entre la familia y el terapeuta.

*Dicha tarea, de acuerdo a las autoras, permite que la familia y terapeuta consideren una gama más amplia de perspectivas, conductas y soluciones, menos limitada por definiciones rígidas de los roles y de la identidad, por modos rígidos de definir, poseer y ejercer el poder.*

El ejercicio terapéutico desde esta postura se fundamenta en los siguientes valores:

- Tanto los varones como las mujeres son responsables de la calidad de la vida conyugal y familiar,
- Las buenas relaciones no se caracterizan por una definición rígida de los roles y por la diferencia sino por la mutualidad, la reciprocidad y la interdependencia,
- Los pacientes que son informadas sobre el origen y la significación de sus creencias adquieren claves para su liberación,
- Todas las personas responsables de fomentar el crecimiento de nuestros hijos están encargadas tanto de educarlos como de ayudarlos a ser competentes en el mundo que se extiende fuera del hogar,
- La estructura familiar no tiene por qué ser jerárquica para llevar a cabo las funciones familiares; en cambio ha de ser democrática, sensible, consensual,
- El respeto, el amor y la seguridad necesarios para el óptimo desarrollo y goce humanos son igualmente posibles en diferentes constelaciones: gays, lesbianas, familias de un solo progenitor, parejas de profesionales y otras,
- Tienen que buscarse por igual la conexión y autonomía, cada una de ellas es una condición necesaria para la otra,
- El poder, como el hasta ahora ejercido por los varones, padres y maridos, ya no va a ser igualmente compartido sino prohibido por completo y reemplazado por otra actitud, la de



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

brindar la capacidad e influencia propias para lograr el bienestar de los demás, del mismo modo que se hace para lograr el bienestar propio.

*En consecuencia, el objetivo del cambio no es la adaptación a las premisas de género existentes sino un cambio social, familiar e individual, con la intención de transformar las relaciones sociales que definen la existencia de los varones y las mujeres.*

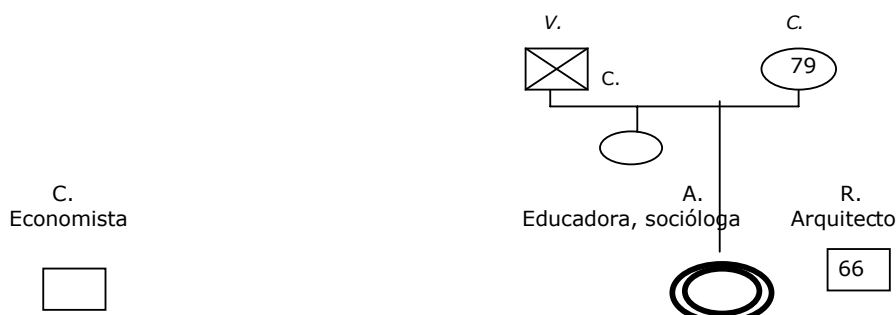
Para lograr el cambio de pensamiento, la Terapia Familiar Feminista se apoya en el trabajo con la familia, por considerarla la fuente fundamental de la transmisión de las normas y valores de la cultura y porque es en la familia donde los individuos aprenden por primera vez lo que significa ser masculino o femenino, a través del trato y respuestas diferenciales a los niños y niñas y de la representación de los roles de género

#### 1.1.3. Análisis metodológico: Integración y análisis de casos.

*La presentación de los casos incluyó las siguientes categorías de análisis: 1) Genograma, 2) Motivo de consulta, 3) Sede en que la familia fue atendida, 4) Modelo de Intervención que sustentó el trabajo terapéutico, 5) Estereotipos relacionados al género identificados, 6) Líneas generales de Intervención, de acuerdo al Modelo, y 7) Objetivos alcanzados.*

#### F A M I L I A 1.

##### 1. GENOGRAMA.





### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*Las diferentes conversaciones con la paciente permitieron reconocer algunas de las ideas tradicionales en torno al ser mujer, que la llevaron a establecer una relación particular consigo misma y con los demás. En general, ella se sentía responsable (y hasta culpable) de lo sucedido en la relación con sus parejas y sus hijos y su seguridad emocional y autoestima la basaba en tener una pareja socialmente reconocida.*

*Así, se identificaron las siguientes premisas.*

- Una mujer vale en tanto tiene a un hombre a lado que socialmente le brinde seguridad, protección y prestigio.

*Si bien esta mujer toda su vida se esforzó por ser una mujer independiente de los otros, su valor social como mujer lo ubicaba en mostrarse acompañada por un hombre exitoso. De la relación con su esposo nos dice:*

*"...fue distante e indiferente. Cada uno se dedicaba a lo suyo. No tenía problemas con mi esposo porque nos veíamos muy poco, cuando estábamos juntos platicábamos de cosas triviales. Socialmente nos mostrábamos como una pareja perfecta".*

*De su segunda pareja, arquitecto y docente ampliamente reconocido, nos dice:*

*"...no es mi gran amor pero me hace feliz, porque socialmente me da prestigio"*

- La mujer es responsable de lo que pasa en la relación con los otros.

*La paciente mostraba sentirse responsable (culpable) de lo sucedido en la relación con su pareja y su hija.*

*Al hablar de las dificultades con su pareja nos dijo que había pensado que pudo haber sido ella, con sus actitudes y comportamientos, la responsable de su enojo:*

*"...lo que me preocupa es pensar que si realmente yo me estoy comportando de tal manera que produzca esa reacción en las personas, ¿no?, en este caso con R - su pareja - ; que yo me sienta tan superior, tan yo las puedo, que quiera demostrar tanto mi superioridad que produzca un efecto de enojo en la demás gente..."*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Con su hija, pese a que lo consideraba justo, evitaba exigirle que asumiera mayor responsabilidad en los gastos de la casa. Nos comparte que tenía miedo que la relación entre ellas se rompiera.

*"... es que ya lo he intentado pero no puedo. Yo creo que lo que me pasa es que tengo miedo de que los pequeños lazos que nos unen se rompan, que por un error mío se rompan. Que ella vuelva al hermetismo me daría mucho miedo".*

- *La mujer debe ser callada, introvertida, conciliadora y aceptar las opiniones de los demás.*

*Una de las razones por las cuales terminó la relación con su primer pareja fueron los constantes enojos de él porque ella socialmente nunca se comportó como una mujer callada, introvertida y conciliadora. El le pedía que cambiara pero ella nunca accedió hacerlo. En relación con ello, nos dijo:*

*"... pero carajo, creo que el mundo es de apariencias... Y una persona como yo que trata de decir las cosas tal cual, no encaja, no encaja. Bueno claro a la gente no le doy gusto y tal vez le parezco algo raro, un bichito raro que esta fuera de todo contexto..."*

- *La mujer debe evitar las discusiones con los demás. De ser necesario debe sacrificar su tiempo y olvidar sus sentimientos de coraje y enojo.*

*Para evitar pleitos con su pareja, nuestra paciente se obligaba a olvidar el incidente y distraer la atención de él. Además de sacrificar su tiempo y tranquilidad para atenderlo. Su relación, entre otras cosas, implicaba:*

*"hacer de comer diario, y estar corriendo de donde estuviera para llegar y hacer sopita y guisado y poner la mesa, para que cuando el llegara, y en el momento en que estaba abriendo la puerta, yo ya le estuviera sirviendo la comida. Sábados y Domingos completamente dedicada a él. No había otra cosa que el"*

- *El que la mujer sea activa y propositiva sexualmente se relaciona con "tener alma de piruja".*

Esta mujer decía sentirse criticada por su pareja actual en el aspecto sexual. De acuerdo con su percepción, su compañero mostraba una sexualidad deformada con prejuicios asquerosos. Dice haber sentido que, en cuanto a sus conductas sexuales el la veía como diciendo *"Es que tu tienes alma de piruja"*. Y es que para ella

*"el sexo debe ser un momento divertido y no de - ya me vacíe, aquí esta la bacínica o la espermacoteca y adiós amigos -. Para mi tiene que ser divertido, tiene que ser variado."*

#### 6. LÍNEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN.

*Las líneas generales de trabajo con esta paciente se basaron en: 1) La autovaloración a partir de la identificación de logros reales, y 2) en el establecimiento de límites claros en la relación con los demás.*

##### - LA AUTOVALORACIÓN:

*La paciente comenzó el tratamiento refiriéndose como una persona insegura, incapaz y de baja autoestima. Ciertos hechos registrados en la entrevista telefónica, como ser una mujer sola que logro desarrollarse profesionalmente y apoyar el crecimiento de sus hijos en la misma área, parecían contradecir estas ideas. Teniendo en mente un Modelo de Soluciones, y pensando que la paciente pasaba desapercibida mucha información que contradecía la descripción de si misma, se realizaron diferentes tipos de preguntas encaminadas a identificar y devolver algunos de los recursos y habilidades de la paciente.*

*Un objetivo implícito de esta intervención fue facilitar y promover el camino hacia el cambio.*

##### - ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES CLAROS EN:

###### a) La relación con su hija.

*Basados en un Modelo de Terapia Breve Orientada a los Problemas, se comienza por definir el problema, identificar los intentos de solución, y proporcionar una estrategia que invierta tales intentos. La paciente comenta que le preocupa y le angustia mucho el no poder hablar con su hija de las cosas que le molestan de ella por temor a perder los pequeños lazos que las unen. Considera necesario que primero debe prepararse para evitar equivocarse.*

*Como puede observarse, el impulso básico de solución a este problema corresponde a "Intentar dominar un acontecimiento temido aplazándolo", según refiere el Modelo se tendría que exponer a cliente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le pide que la acabe con éxito.*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*Antes de llevar a cabo esta estrategia, se hizo uso de algunas intervenciones generales, propuestas también por el modelo, con el propósito de ayudar a la paciente a disminuir su angustia ante el hecho de enfrentar esta situación. Así la terapeuta redefinió la situación de no poderse comunicar (de no hablar) por el no haber coincidencia entre ellas. Después de asegurarse que la paciente aceptó tal redefinición, normalizo este hecho diciendo que es muy común que padres e hijos no se entiendan. Por último, utilizando la postura de la paciente (ser una mujer de retos), se utilizó una tarea paradójica para invertir el intento de solución: "hablar con su hija de sus temores de hablar con ella." Es decir, se le pidió que inicialmente no hablara con su hija sobre los desacuerdos existentes entre ellas sino que hablara de sus miedos y temores de hablar con ella.*

*En siguientes sesiones, apegados a un Modelo más Orientado a las Soluciones, se hacen preguntas para evaluar y ampliar los cambios, como efecto de la realización de la tarea. En otra sesión se cuestiona la idea del sentimiento de culpabilidad de las madres con respecto a lo que le sucede a los hijos. Se trabaja la idea de dar amor adulto a los hijos, es decir, ser firme e identificar y no dejarse arrastrar por sus manipulaciones y chantajes emocionales.*

#### b) La relación con su pareja.

*En las dos últimas sesiones se aborda el tema de la relación de pareja.*

*La paciente comparte con la terapeuta y el equipo una discusión que tuvo con su pareja que la hizo decidir terminar su relación. En la discusión del equipo, todos los miembros coincidieron que la discusión y ruptura con su pareja podía relacionarse con el hecho de que esta paciente aprendió a poner límites en la relación con los otros y a valorarse más.*

*La paciente comenta que su relación de pareja se estaba convirtiendo en una lucha de poder, en donde ninguno de los dos daba su brazo a torcer. La última discusión que tuvo con su pareja, la ayudó a entender que no valía la pena continuar. Logró concientizarse de que en muchos aspectos de su relación esta insatisfecha, entre ellos el sexual. Además reconoció que a su lado se siente una mujer reprimida.*

#### 7. OBJETIVOS ALCANZADOS.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Se exploraron los cambios logrados por la paciente, en cuanto: al problema del insomnio y su relación con su pareja e hija.

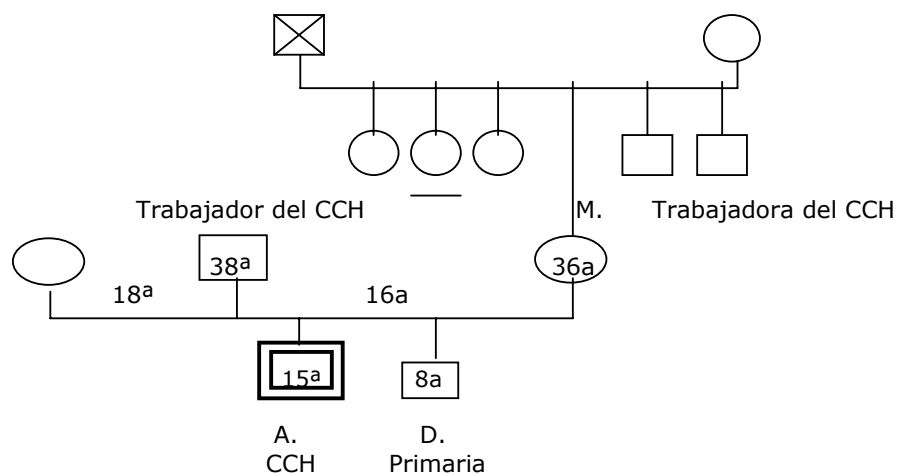
En cuanto al primer aspecto comentó que ahora ya logra dormir. Las pocas veces que no sucede así, ella las refiere como algo normal, incluso aprovecha la vigilia para pintar o realizar cosas de su agrado que en el día por cuestiones de tiempo no puede realizar.

Cuando habla de la ruptura en su relación de pareja nos dice que se siente más libre para realizar sus propios proyectos y con más tranquilidad, pues ya no tiene que estar en casa para atender las necesidades del otro y en cambio tiene mayor tiempo para sus propias actividades. Comenta que esto la ha llevado a tener varios proyectos, como el dar clases de yoga de manera formal, tanto a nivel particular como comunitario. Ahora esta mayor tiempo con su familia. Incluso nos comenta que esta organizándole un fiesta de cumpleaños a su mamá. Dice no saber lo que quiere con respecto a las cuestiones de pareja pero sí tiene muy claro lo que no quiere.

En la relación con su hija sigue poniendo límites claros y procurando que el amor hacia ésta sea “adulto”, con la firme idea de ayudarla a lograr su independencia. Respecto a su relación con ella misma, nos dice que ahora se da la oportunidad de pedir y de ser menos autosuficiente con el fin de recuperar más atenciones. Dice estar segura de que vale mucho. La idea de la necesidad de tener a un hombre para ser valorada comienza a cuestionarla aunque todavía esta presente. Esta aprendiendo a quitarse los miedos respecto a la soledad pues ha empezado a verse a sí misma y a saber que finalmente no esta sola sino que se tiene a ella.

FAMILIA 2.

1. GENOGRAMA.



2. MOTIVO DE CONSULTA.

*La paciente de 36 años, solicita el servicio por la mala relación con su hijo adolescente. Su principal preocupación en ese momento, es la rebeldía y la deserción escolar de éste último.*

3. SEDE EN LA QUE FUE ATENDIDA: *Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.*

4. MODELO DE INTERVENCIÓN QUE SUSTENTO EL TRABAJO TERAPEÚTICO.

*Principalmente, el proceso terapéutico que se llevo a cabo con esta paciente se basó en los lineamientos expuestos por el grupo de Milán.*

5. ESTEREOTIPOS RELACIONADOS AL GÉNERO IDENTIFICADOS.

*A través de las conversaciones con la paciente se identificó el olvido de sí misma, de sus necesidades y sentimientos, para dedicarse totalmente a los otros y asegurar su bienestar. Las premisas que se identificaron en sus discursos fueron:*



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

- En la relación con los otros, una mujer debe mostrarse cálida, no expresar sentimientos negativos que puedan dañar la relación y no enfrentar las actitudes o acciones de los otros, con las cuales no se está de acuerdo.

*Al investigar la relación de esta paciente con su familia de origen, nos comenta que la relación con su padre fue distante. Sus sentimientos hacia él, principalmente eran de coraje y resentimiento porque nunca les brindó el apoyo necesario para que ella y su familia salieran adelante. Personalmente a ella le disgustaba su predilección hacia sus hermanos mayores. Ella nos dice:*

*“Mi padre nunca nos apoyo en nada. Yo quería seguir estudiando y mi papa por su vicio (el alcohol) no nos dio nada.”*

*La forma de expresarle su descontento, era siendo rebelde y no obedeciéndolo. Nunca lo hizo de forma directa.*

*Antes de morir su padre pidió hablar con ella, pero nuestra paciente se rehusó. Cuando piensa en este momento, se siente culpable porque*

*“...Eso no debió de haber sido, porque era mi papa”.*

*Además, ha vivido con la idea de que ella debió ayudarlo más con su problema de alcoholismo. De haberlo hecho “todavía estaría con nosotros”.*

*En los momentos en que su familia recuerda a su padre, y la paciente intenta expresar su sentimiento de coraje hacia él, al decir por ejemplo “para que voy a llorar por él, ni que me hubiera querido”, es fuertemente criticada por su madre y hermanos. Le dicen cosas como: “Mira él ya está muerto y mejor cállate, porque por eso te va como te va...”*

*Durante el tiempo de la terapia ha pensado que tal vez sus emociones actuales, como el tener remordimientos, sentirse presionada, no expresarle a los otros lo que le molesta, pensar más en los demás que en ella misma, se relacionan con el hecho de no haber hablado con su padre y no haberlo perdonado. Dice que si hubiera hecho esto tal vez su vida sería diferente.*

*Su papa les decía que lo que él más quería es que todas sus hijas se casaran bien, que formaran un hogar. La paciente no solo no obedeció el deseo de su papa sino que formó una familia con*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*un hombre que no se puede comprometer con ella porque tiene otra familia. Cuando la terapeuta le preguntó cómo se sentiría su papa al saber el tipo de familia que formó?, ella responde*

*“Yo pienso que mal, pero por lo menos sentiría algo de lo que yo sentí alguna vez”.*

*En la discusión del equipo, este comentario, y todo lo que esta alrededor de él, se interpreto como una forma indirecta de expresar su coraje y resentimiento hacia su padre.*

- Una mujer antes que mujer es madre.

*En una sesión antes de salir con el equipo para elaborar el mensaje, la terapeuta le pregunta a la paciente “¿que siente de tener una pareja distante?”. Ella responde que*

*“...antes no lo notaba tanto porque no tenían tantos problemas con mi hijo A.”.*

*La terapeuta entonces le pide que como tarea reflexione sobre el cómo se siente como mujer, no como mamá. Al inicio de la siguiente sesión se le retoma esta pregunta y comenta*

*“...para serle sincera nunca me hubiera puesto a pensar esto, no tengo idea. No supe... No entiendo bien mi situación”.*

## 6. LÍNEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN.

### - HIPÓTESIS Y LÍNEAS DE ENTREVISTA:

*Se elaboraron la siguientes hipótesis a partir de la información obtenida en la entrevista telefónica:*

*La actitud de rebeldía y deserción escolar del hijo adolescente, tiene la finalidad de conectar a los padres, puesto que éste percibe a su madre angustiada y preocupada por la separación y abandono de su pareja.*

*El adolescente a la vez esta enojado con ambos padres, por el tipo de relación establecida entre ellos.*

*En armonía con estas primeras hipótesis, el interrogatorio con la paciente y su hijo se encaminó a investigar el juego familiar en torno al tema de los problemas escolares del adolescente. Para*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*tal fin, la terapeuta realizó preguntas como: ¿qué miembro de la familia esta más preocupado por este hecho?, ¿quién hace qué cuando el adolescente trae malas calificaciones a casa?, ¿que hacen los demás miembros de la familia?, ¿cómo reacciona el adolescente ante esto?, ¿qué pasa después?, etc. Se investigo también la relación del adolescente con cada uno de sus progenitores, y se realizaron preguntas a futuro sobre que pasaría en la familia si el chico mejorara su situación escolar.*

*En posteriores sesiones, se realizaron preguntas para comprender el por qué nuestra paciente se relacionó con una persona que no podía establecer una relación formal con ella y sus hijos. De manera particular el interrogatorio se dirigió a explorar las interacciones familiares, cercanía y distancia, entre los miembros de la familia de origen de nuestra paciente.*

*La información obtenida dio pie al surgimiento de una nueva hipótesis: la paciente estableció una relación con un hombre que no puede establecer un compromiso formal con ella para no dejar sola a su madre. La exploración encaminada hacia esta línea proporciono la evidencia necesaria para que esta hipótesis fuera descartada y sustituida por la siguiente: el coraje y resentimiento de la paciente hacia su padre, se relaciona con no poner limites a su pareja e hijos. La confirmación de esta última hipótesis condujo a que uno de los objetivos principales del tratamiento fuera la expresión de sentimientos negativos de la paciente hacia su padre.*

#### - INTERVENCIONES:

*Para lograr que el juego familiar se modificara de forma que el síntoma (la reprobación escolar y mala relación del adolescente con su madre) fuera innecesario, se realizaron la siguientes intervenciones:*

- Connotación positiva. *Esta técnica fue utilizada para evidenciar la relación familiar (o el juego familiar) sin peligro de recibir una descalificación. Así, se le dijo al adolescente que era tan buen hijo que estaba ayudando a que su papa aprendiera a ser papa, metiéndose en problemas para que su éste se fijara en él y se responsabilizara de la familia, lastima que este esfuerzo le estuviera impidiendo crecer y aprovechar las oportunidades con las que él cuenta en el aspecto personal y académico.*

- *Puesto que después de la primera sesión el adolescente ya no acudió a las sesiones, se le enviaron cartas para continuar con él el proceso terapéutico.. (“Recuperar a los ausentes”)*

- *Rituales. Cuya finalidad principal fue cambiar la epistemología familiar, sin recurrir a las explicaciones o a la crítica.*

- Estrategias específicas para lograr que la paciente expresara el coraje y resentimiento hacia su padre, y lograr sentirse con el derecho de expresarle a los otros (su pareja e hijo) aquellas cosas con las que esta inconforme, poniendo así límites en sus relaciones.

#### 7. OBJETIVOS ALCANZADOS.

*La terapia, a percepción de la paciente, la ha llevado a pensar y a actuar en formas que antes no hubiera imaginado. Por ejemplo:*

##### 1) En la relación consigo misma:

- *Ha comenzado a pensar más en ella, puesto que llego a la conclusión de que antes vivía solo por vivir.*
- *Sabe que si bien tiene que seguir trabajando para sus hijos, también tiene que dedicarse tiempo para ella, puesto que ellos después vivirán su vida, formaran su familia y tal vez se irán, y se pregunta: "y yo ¿qué?".*
- *Ahora que se ha dado ese tiempo y espacio para ella ha conocido a más personas, va a fiestas y a lugares que no conocía.*
- *Se siente más tranquila, puesto que antes de la terapia sentía que ella traía muchas cosas y sentimientos guardados y ahora, con las platicas tenidas en sesión, se siente en paz.*

##### 2) En la relación con su hijo adolescente:

- *Trata de controlarse un poco más y tenerle más paciencia, lo que ha derivado en una mejor relación. A su hijo lo percibe más tranquilo. Comenta que ahora ya pueden platicar y escucharse sin terminar discutiendo.*
  - *Se ha permitido darle mayor confianza. A la vez se muestra firme para darse a respetar. Dice que ahora ya no lo ve como al niño chiquito al que tiene que ayudársele en todo.*
  - *Empieza a respetar a sus hijos, al no tener relaciones sexuales en casa cada que su pareja "va a visitarlos". La paciente percibe que su hijo sí se ha dado cuenta de este respeto hacia el. Considera que a consecuencia de ello se ha vuelto más responsable con su trabajo y su familia, especialmente con su hermana Daniela.*
- Ha llegado a pensar que todo esto valió la pena, puesto que logró entender su situación y hacer cosas diferentes. Si la relación con su hijo volviera a ser problemática, la paciente sabe que el*

**III. COMPETENCIAS PROFESIONALES**

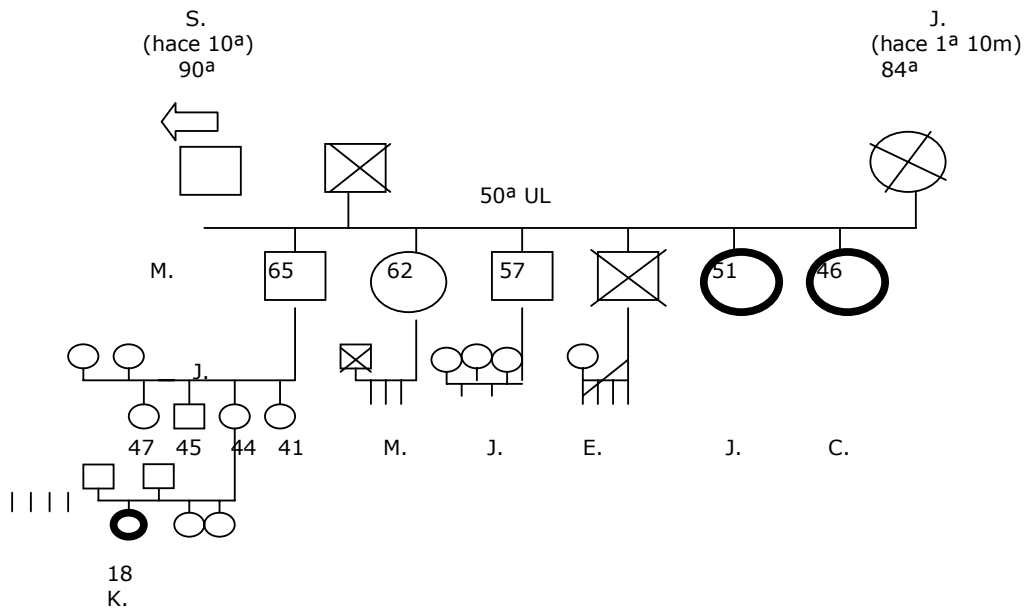
*interés por una comunicación clara y directa puede serles de utilidad, volvería a empezar como empezó aquí.*

3) En la relación su pareja:

*Ha llegado a considerar la posibilidad de terminar con su relación de pareja, posibilidad que antes ni siquiera hubiera pensado. Comenta que como mujer tiene todo el derecho de valorarse y respetarse.*

**FAMILIA 3.**

**1. GENOGRAMA.**



**MOTIVO DE CONSULTA**

*Una mujer de edad mayor solicita el servicio para recibir orientación en cuanto a la educación de su sobrina adolescente.*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

SEDE EN LA QUE FUE ATENDIDA: *Clínica de Terapia Familiar del Colegio de ciencias y Humanidades Azcapotzalco.*

#### ESTEREOTIPOS RELACIONADOS AL GÉNERO, IDENTIFICADOS EN LA RELACION ENTRE MUJERES, Y OTROS DATOS RELEVANTES.

La familia esta compuesta por dos hermanas mayores solteras, y una adolescente. Las mujeres son tías abuelas de la joven. Con el consentimiento de la madre, desde hace ya varios años las tías se han encargado del cuidado y crianza de su sobrina. La razón principal, de acuerdo a lo que comentan las tías, ha sido el mal comportamiento de la madre. Dicen que el padre de la adolescente abandono a su familia por creer que ésta no era su hija. Además se han enterado además que la madre tiene relaciones con diferentes hombres y suponen que ha prostituido a sus otras hijas.

La familia constituida por las tres mujeres vive independiente de la madre de la adolescente, y tienen poco contacto con ella.

El tipo de organización familiar mostrado por esta familia puede traer consigo diferentes problemas. Carter y McGoldrick (1996) han identificado que existencia de conflictos entre los progenitores biológicos y los encargados del cuidado de los hijos, en las generaciones menores pueden traer como consecuencia sentimientos ambivalentes de amor – odio hacia sus padres biológicos y sus cuidadores actuales, conflictos de lealtades, experimentación de sentimientos de culpa, no tener claridad de pertenencia, confusión en cuanto a la autoridad y no tener la oportunidad de expresar y vivir la pérdida de los padres biológicos.

Por otra parte, **la dinámica generada por la estrecha relación entre mujeres puede traer a la familia:**

- Una tendencia a la fusión que las lleve a vivir la separación o la diferencia entre ellas como abandono y rechazo,
- Experimentar sentimientos de excesivo entrometimiento y supresión de la individualidad que puede derivar en tensiones, sentimientos de ambivalencia, malos entendidos y grandes silencios, y

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

- La dificultad de manejar y expresar situaciones de enojo, puesto que las mujeres deben ser conciliatorias, pacientes y tolerantes para salvaguardar las relaciones interpersonales. (Castañeda, 1999).

En el caso que aquí analizamos, la adolescente, por su etapa de vida, vino a cuestionar la relación establecida en la familia y a remover miedos y situaciones no resueltas en la vida de sus tías.

*Principales problemas en la relación de la adolescente y sus tías al momento de solicitar la terapia:*

- *Es motivo de conflicto entre la adolescente y sus tías que la joven tenga contacto con su madre.*

Una de las tías supone que los conflictos entre ellas y su sobrina, se derivan de la relación que mantienen con la madre de la joven. Por su parte dice estar resentida con ésta por el daño emocional que le causó a su sobrina su abandono y despreocupación. La otra tía considera malo que la adolescente vea a su madre debido al mal comportamiento de ésta última y esta asegura que la relación entre ellas puede perjudicar a su sobrina. Todo esto se lo hacen saber a la adolescente.

Puesto que la adolescente defiende a su madre y no tolera que hablen mal de ella ambas tías suponen que su sobrina no les perdona que la hayan separado de su madre y que tampoco entiende que lo hicieron con el fin de protegerla y ofrecerle un futuro con más posibilidades de desarrollo.

La joven dice estar deprimida porque le molesta que su familia hable mal de su mamá. Y que pese a que los demás se empeñen en darle una mala imagen de su madre, sus sentimientos por ella no van a cambiar, porque es su mamá y la ama.

- *Las actitudes y comportamientos de la adolescente son comparados con los de su madre.*

En sesión, la adolescente les reprocha a sus tías el hecho de que siempre la estén comparando con su madre y que le echen en cara que va ser igual a ella.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

- *La atención de las tías esta centrada en su sobrina, descuidando la relación consigo mismas.*

Karina refiere sentir que ninguna de las tres tiene un espacio propio. A ella le gustaría que sus tías salieran, que tuvieran una relación y que no centraran sus vidas solo en ella. Dice que esta situación solo le ha traído el vivir preocupada por lo que a sus tías les puede pasar por no preocuparse por ellas mismas. Asimismo vive con culpas.

- *Miedos de las tías en torno a la vivencia del noviazgo y la sexualidad por parte de la adolescente.*

Ambas tías comentaron en diferentes sesiones que su principal temor en relación a que su sobrina tenga una pareja, es que se burlen de ella y habiendo ya tenido relaciones sexuales la abandonen y la historia de ser una madre sola con un hijo se repita.

- *Exigencia de las tías hacia su sobrina de que ésta les tenga absoluta confianza.*

En sesión, una de las tías le reclama a su sobrina el que no le tenga confianza para platicarle todo lo que pasa entre ella y su novio. La adolescente le dice que no lo hace porque sabe que esta información solo la utilizaría para regañarla y hacerle saber que su relación no le va a traer nada bueno. Además de que inmediatamente se lo contaría a su otra tía.

*Respecto a la adolescente, la situación familiar se asocia con sentimientos de no pertenencia, confusión y ambivalencia en los afectos hacia su madre y sus tías.*

#### MODELO DE INTERVENCIÓN QUE SUSTENTO EL TRABAJO TERAPEÚTICO.

Principalmente Modelo Estructural y Modelo de Soluciones. El primero fue usado como recurso principal para modificar la relación entre las mujeres y el segundo para identificar y ampliar las excepciones en relación a la atención de las necesidades de los demás y el olvido de las propios. Esto último se trabajo específicamente con las mujeres mayores.



#### *LÍNEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN.*

El trabajo terapéutico realizado tuvo dos momentos. El primero tuvo como objetivo principal modificar la relación entre las mujeres y el segundo modificar la relación de las mujeres mayores consigo mismas. Tales líneas de intervención estuvieron marcadas principalmente por los acontecimientos ocurridos al interior de la familia durante el periodo de la atención psicológica.

#### *I. INTERVENCIÓN EN LA RELACIÓN DE LAS TÍAS Y LA ADOLESCENTE.*

Recurriendo a las técnicas de enfoque, escenificación, intensidad y fronteras se intentó que la relación entre las mujeres cambiara del reproche al entendimiento, de la acusación al reconocimiento, de la exigencia a la negociación, de la molestia por las acciones del otro a la empatía, de los conflictos al agradecimiento, del silencio a la expresión de los sentimientos generados por la situación familiar actual y de las quejas a la realización de algo que beneficiara a la relación.

Se hicieron las siguientes redefiniciones:

- Del desamor a la confusión,
- De los regaños y exigencias a la preocupación hacia el otro

Se normalizaron las actitudes de alejamiento por parte de la adolescente hacia su familia.

#### *II. INTERVENCIÓN EN LA RELACIÓN DE LAS MUJERES MAYORES CONSIGO MISMAS:*

Este segundo momento de la terapia surgió ante la decisión de la adolescente, quién ya era mayor de edad, de irse de la casa de las tías. En trabajo terapéutico con ellas se basó principalmente en:

- Normalizar los sentimientos generados en las tías por la ausencia de su sobrina.
- Realizar preguntas a futuro en relación a su nueva situación.
- Generar planes y expectativas individuales a futuro.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

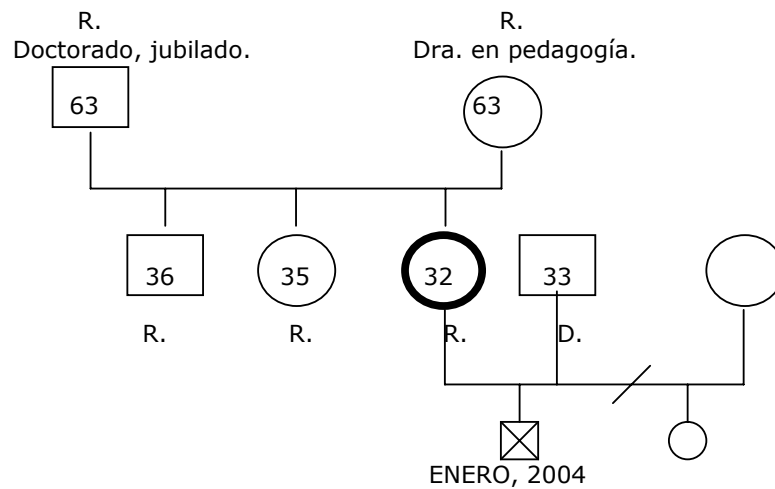
- Identificar sus fortalezas y recursos,

#### 7. OBJETIVOS ALCANZADOS.

**Al término del tratamiento ambas tías mencionaron que la terapia les ayudó a: preocuparse más por ellas mismas; tener mayor correspondencia entre lo que hacen y dicen; desarrollar planes a futuro individuales; tener presente a su sobrina de otra manera, es decir como una hija que salió de su casa para formar su propia vida; luchar en contra de la depresión y la enfermedad y no darse por vencidas; y a autovalorar y aprender de sus experiencias de vida. Además, dicen estar convencidas de que a su sobrina también le fue útil el proceso porque aprendió a ser más independiente, a tomar decisiones por sí misma y a defenderse de los demás.**

### F A M I L I A 10.

#### 1. GENOGRAMA.



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

#### MOTIVO DE CONSULTA.

*La mujer de 32 años, es canalizada por su médico general debido a que atraviesa por un periodo de depresión, relacionado con la pérdida de su bebe y el distanciamiento con su pareja.*

SEDE EN LA QUE FUE ATENDIDA: *Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE.*

#### MODELO DE INTERVENCIÓN QUE SUSTENTO EL TRABAJO TERAPÉUTICO.

***Se basó principalmente en los lineamientos de los Modelos de Terapias Breves. Particularmente la definición del problema y su intervención se realizó bajo los supuestos del Modelo orientado a Problemas. El modelo orientado a Soluciones fue utilizado para ampliar y consolidar los cambios.***

#### ESTEREOTIPOS RELACIONADOS AL GÉNERO, EN LA RELACION DE PAREJA Y OTROS DATOS RELEVANTES.

*El desarrollo de un embarazo complicado y la pérdida del bebe, crisis no esperadas por la pareja, vinieron a agravar en sus miembros las dificultades normales que se experimentan al inicio del matrimonio. Por ejemplo: desacuerdos entre sus miembros por tener hábitos diferentes, conflictos normales ante la experiencia de los cambios de residencia y estatus; miedos e inseguridades frente a las responsabilidades adquiridas; presiones sociales para un pronto embarazo; sensación de invasión del espacio personal; no acoplamiento con el otro y dependencia y/o conflictos con las familias de origen de uno o ambos miembros, entre otros. (Espinosa, 1992).*

*En la pareja que aquí analizamos, y considerando solo la versión de la mujer, se identificaron los siguientes conflictos:*

a) PREVIOS A LA SITUACIÓN DE LA PERDIDA DEL BEBÉ.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

- Desacuerdo con la relación por parte de la familia de origen de ella.

*La paciente comenta que sus padres no estuvieron de acuerdo con su decisión de casarse. Esto porque su actual esposo era un hombre divorciado con una hija.*

- Celos de ella hacia los amigos de su esposo.

*Dice que desde el inicio de su matrimonio, su marido mostró un gusto especial por salir a divertirse solo con sus amigos. Ella lo dejaba ir, pero en muchas ocasiones esto lo vivió como molestia y celos. Refiere que frecuentemente se preguntaba porque prefería estar con ella y no con su marido.*

#### b) DESPUÉS DE LA PERDIDA DEL BEBE.

- Diferencias entre la pareja en la forma de afrontar la pérdida:

*La paciente comenta que después del fallecimiento del bebe hubo un distanciamiento con su pareja. En parte, porque se evitaba hablar del tema y porque ambos lo afrontaron, a nivel individual, de diferentes maneras. La mayor parte del tiempo ella lloraba y él se mostraba enojado e irritable. Además la mujer dice que esta etapa la vivió con angustia por no encontrar las palabras adecuadas para hablar con su pareja de lo que ambos estaban sintiendo. A ella le gustaría que su esposo no viviera de esta manera el dolor de la pérdida y que lo compartiera con ella.*

- Sentimientos de dependencia, inseguridad y aprensión de ella hacia su pareja,
- Disminución de la intimidad entre la pareja.

*Después de la pérdida del bebe ella prefirió, por un tiempo, estar en la casa de sus padres para recibir la atención que requería. A la larga, no tener un espacio propio derivó en no tener intimidad con su esposo. Esta distancia la paciente lo vivía como rechazo, y abandono.*

- Trabajo excesivo por parte de él, que ella experimentaba como falta de afecto por parte de su esposo.
- Formas particulares de enfrentar la situación de pareja.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*La paciente reconoce ser impulsiva y no pensar en las consecuencias de lo que le dice a su pareja en los momentos que discute con él. De hecho, aunque después se arrepienta, busca herirlo.*

*Minuchin (1991) afirma que una pareja recién formada debe armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos y elaborar modalidades propias para procesar la información, establecer contacto y tratarse con afecto. Los límites entre ellos deben ser flexibles y rígidos al exterior, de tal forma que se evite el entrometimiento de terceros que pueda obstaculizar este proceso.*

#### LÍNEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN.

*Los objetivos del proceso terapéutico se orientaron a lograr que la paciente aceptara la pérdida del bebé y modificara la forma de relacionarse con su pareja.*

##### 1. ACEPTACIÓN DE LA PÉRDIDA DEL BEBÉ.

*El mensaje del equipo en la primera sesión tuvo como objetivos: validar los sentimientos de la paciente en torno a la pérdida del bebé y romper el patrón de afrontamiento ante este hecho.*

*El impulso básico de la paciente fue presionarse para aceptar y entender la pérdida de su hijo y esforzarse en dejar de llorar. Hasta el momento esta forma de afrontar la situación la hacía sentir como si estuviera viviendo una lucha entre sus verdaderos sentimientos y aquello que debía hacer.*

*Además no le daba la oportunidad de desahogarse y, al contrario, le originaba mayor pesadez emocional.*

*La intervención se dirigió a promover un intento de solución diferente, a través de la prescripción del síntoma. Como tarea se le dejó que escogiera una parte del día en donde pudiera estar sola, y durante una hora, de forma intensa y profunda, llorar la pérdida de su bebé. Al terminar debería continuar con sus actividades. Esta intervención le permitía expresar sus verdaderos sentimientos y actuar según lo que el exterior le exigía que hiciera. En la sesión siguiente comentó que no hizo la tarea. Dice que intento llorar pero el llanto no le salía, esto reflejó los beneficios de la tarea.*

#### 2. FORMA DE RELACIONARSE CON SU PAREJA.

*La paciente decía entender el hecho de que su esposo se distanciara de ella para afrontar la pérdida del bebe. Sin embargo, tal actitud la hacía experimentar sentimientos de abandono, e inseguridad que la llevaban a estar encima de su marido y no dejarlo "libre". Igual que en la situación anterior, su impulso básico de solución era esforzarse por aceptar algo que no deseaba aceptar y en consecuencia presionarse para cambiar de forma rápida.*

*La preparación para modificar el intento de solución implicó redefinir algunas de las actitudes de su esposo que ella vivía como abandono. Por ejemplo se redefinió el alejamiento íntimo de su pareja por rechazo al alejamiento por incomodidad y de la falta de afecto y tiempo para estar juntos a un exceso de trabajo.*

*La intervención para cambiar el impulso básico de la paciente, consistió en sugerirle que evitara dejar de estar encima de su marido. Para que la paciente aceptara tal sugerencia se utilizó su lenguaje y postura (de sí... pero) y se cuidó que la prescripción de la tarea se formulara utilizando un lenguaje condicional. Además, se promovió la idea de que los cambios deben realizarse paso a paso (Intervenciones generales).*

*En la sesión siguiente, al preguntarle por la tarea comentó que fue difícil hacerla tal vez porque ahora era algo obligado. Finalmente optó por no estar encima de él.*

*En sesiones siguientes la paciente mostraba actitudes de cambio y no cambio. Por ejemplo decía sentirse más cerca de su esposo pero ahora le disgustaba que éste se la pasara la mayor parte del tiempo en su trabajo. La intervención ante tal actitud consistió la utilización del equipo de manera estratégica. En una de las sesiones el equipo tomó dos posturas. Una de ellas sugería que no era el tiempo para cambiar y que por lo tanto tendría que seguir viviendo en la inseguridad y los celos. La otra sugería que ya era el tiempo de preocuparse por ella misma, reconocer y afrontar sus sentimientos y darse el tiempo necesario para adaptarse a los cambios de su alrededor.*

- Ampliación y consolidación de los cambios.

*Después de estas sesiones la paciente dejó su postura de "sí... pero" y empezó a identificar y reconocer en sus acciones formas diferentes de relacionarse con su esposo. Por ejemplo, responsabilizarse de sus propias acciones y sentimientos y evitar el juzgarlo y criticarlo sin haber escuchado su punto de vista.*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*Una vez identificados los cambios se utilizaron preguntas de escala para evaluar el alcance de los objetivos del tratamiento, preguntas para ampliar y atribuir el control de los cambios a la paciente y preguntas orientadas al futuro para consolidarlos.*

#### 7. OBJETIVOS ALCANZADOS.

*La paciente refirió que el proceso terapéutico le fue útil, debido a que logro:*

- *Disminuir su angustia inicial por la pérdida del bebe y la presencia del equipo en las sesiones.*
- *Aceptar la perdida de su hijo y cuestionar y abandonar la idea de que este hecho se debió a un error de ella.*
- *Disminuir los celos e inseguridad hacia su pareja y aumentar la confianza en ella misma.*
- *Aceptar y tomar mayores responsabilidades como mujer, esposa y ama de casa, lo que la llevo a tomar mayores decisiones y estar más dispuesta a resolver por sí sola diferentes problemas, independizarse de su familia de origen y tener un espacio propio para ella y su pareja, así como conocer y aceptar las diferencias entre ella y su pareja al afrontar situaciones difíciles.*

## 1.2. Análisis del Sistema Terapéutico Total.

El trabajo terapéutico con equipo de supervisión, según exponen Desatnik, Franklin y Rubli (2002), representa un proceso complejo que requiere reconocer una multiplicidad de visiones acerca de los diferentes niveles implicados: la familia, los terapeutas, los supervisores, los equipos de supervisión, y el contexto en el que se incluye la institución en la que están inmersos.

Mi intención en esta parte del documento es dar cuenta del Sistema Terapéutico Total del que fui parte durante los cuatro semestres de la Residencia, retomando mi vivencia como terapeuta y miembro de un equipo de supervisión.

Reflexionar desde la distancia sobre tal experiencia y el considerar las reflexiones que elaboré durante y al final de cada uno de los semestres, me lleva a organizar la información sobre mi vivencia en el proceso de supervisión en dos temas: 1) *La experiencia de los terapeutas en formación* y 2) *Su trabajo personal*.

### 1) *La experiencia de los terapeutas en formación en el proceso de supervisión.*

Las autoras ya mencionadas afirman que el exponerse a la mirada de los otros, en mayor o menor medida, genera un estado de vulnerabilidad y cuestiona la autoimagen personal y profesional. Así, las diferentes reacciones y comentarios de los terapeutas supervisados, algunos miembros de una generación anterior y otros miembros de esta, muestran el descontrol personal que puede experimentar un terapeuta al saberse observado y evaluado por otros.

- *Reacciones de los miembros de una generación anterior al momento de ser observados.*

Participar en el *primer semestre* como terapeuta – observador, figura presente en el proceso de supervisión pero ausente en su vivencia directa, me permitió identificar desde afuera las reacciones que experimentaron mis compañeros, miembros de una generación anterior, al ser supervisados y observados por dos supervisoras y nueve terapeutas en formación. A mi parecer, al conversar con las familias daban señales de *nerviosismo* y *ansiedad*. Algunas de las actitudes que para mí reflejaban estos estados fueron:

- Hablar muy rápido cuando en otras ocasiones no lo hacían.
- Mostrarse excesivamente atentos a lo que el equipo decidiera respecto a la terapia.



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

- Interrumpir sus sesiones en más de una ocasión para consultar las opiniones del equipo, aún sin ser llamados.
- Mostrarse molestos ante cualquier "intromisión" en su trabajo.
- Pedir a sus compañeros de equipo que anotaran los comentarios que las supervisoras hacían al momento de observar su trabajo y se los hicieran saber.

Tales reacciones daban la impresión de la existencia de un interés real por aprender el manejo sistémico de las diferentes problemáticas familiares, además de una profunda vulnerabilidad personal al mostrarse y compartir parte de sí mismos con los demás.

De acuerdo a mi experiencia, *es común que entre el equipo de terapeutas se encuentren diferentes necesidades y percepciones, incluso opuestas, respecto al proceso de supervisión.* En este tiempo la más común se relacionó con el grado de participación del equipo durante el desarrollo de las sesiones. Por ejemplo, para uno de los terapeutas fue necesario interrumpir su sesión en más de una ocasión para conocer las ideas del equipo. Para otro, el que uno de los miembros del equipo interrumpiera su sesión, antes del momento del mensaje fue motivo para que se molestara y lo evaluara como una acción descalificadora e intrusiva.

Estos hechos dan cuenta de la necesidad de considerar y armonizar las diferentes necesidades de los sistemas involucrados en tal proceso.

- *Comentarios y reacciones de los miembros de esta generación ante el hecho de ser supervisados.*

El inicio del *segundo semestre* trajo para los miembros de esta generación una mayor participación profesional y personal en el proceso de supervisión. De terapeutas – observadores pasamos a terapeutas observados, responsables de la conducción del proceso terapéutico de varias familias. Las situaciones que describo son producto de la reflexión de las diferentes conversaciones con algunos de mis compañeros y de la interpretación de las acciones de algunos otros.

- *Por algunos la supervisión era evaluada como un acompañamiento inmediato de la supervisora en el diálogo con la familia, por otros era evaluada como una intromisión excesiva.*

Aquellos que experimentábamos la supervisión como un acompañamiento en el diálogo con la familia coincidíamos en comentar que el que la supervisora escribiera líneas generales de

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

intervención, o incluso preguntas concretas, le daba la posibilidad al terapeuta de tener siempre un tema de conversación con la familia, aún cuando éste, de momento, no tuviera ninguno. Entre los inconvenientes que experimentábamos era que en algunas ocasiones no entendíamos la intención o el objetivo de la información proporcionada por la supervisora o no estaba en correspondencia con nuestros pensamientos o intervenciones inmediatas, y al no tener la posibilidad de conversar sobre ello, surgía el dilema de integrar o no, su información en el diálogo con la familia.

En algunos casos, con diversos terapeutas y en diversos problemas, solía pasar que la supervisora sugiriera mayor información que en otras ocasiones para conducir la sesión, o incluso intervenía directamente en el diálogo con la familia. Algunas veces esto fue interpretado por el terapeuta y/o algunos miembros del equipo como una excesiva intromisión en el trabajo que el terapeuta estaba realizando. Se hablaba de una no libertad para conducir las sesiones y de una obstaculización para aprender a través de los propios errores. Una interpretación más se relacionaba con una acción oportuna de la supervisora al observar que el terapeuta no tenía una línea clara de intervención, en otras palabras, cuando éste se mostraba “perdido”.

La manera en que un terapeuta pueda interpretar la participación de las supervisoras en aquellos casos en donde su papel principal sea dirigir la conversación con la familia, a mi parecer, se relaciona con diversos factores, entre ellos: su personalidad, el tiempo de experiencia en terapia, la autopercepción del propio trabajo, la flexibilidad para escuchar otras opiniones, la apertura a la crítica, la edad, y la relación establecida con la supervisora.

Además es necesario tener presente que, aún cuando se trabaje con equipo de supervisión, el terapeuta es el responsable del curso que toma el diálogo con la familia y por ello tiene la libertad de incluir o no la información proporcionada por los demás miembros del equipo y supervisoras y responsabilizarse de las consecuencias que tal decisión genere.

- *La mayoría de los terapeutas mostraba una atención excesiva a las conductas no verbales de la supervisora y una menor atención a las conductas no verbales de la familia.*

Durante el transcurso de la sesión el terapeuta, por su ubicación geográfica y los recursos técnicos de la sede, tenía la posibilidad de observar directamente las reacciones de la supervisora en el momento en que se desarrollaba la sesión.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Entre mis compañeros terapeutas comentábamos que, una de las ventajas de esta situación era la oportunidad de obtener una evaluación inmediata de nuestro trabajo y en consecuencia tener la posibilidad de mantener o modificar la conversación con la familia. Por ejemplo, si después de realizar determinada pregunta o comentario se observaba que la supervisora (o los miembros del equipo) realizaban una expresión de afirmación, el terapeuta sabía que ese era el camino a seguir, si observaba lo contrario tenía la oportunidad de cambiar su discurso o intervención.

A mi parecer los inconvenientes de esta retroalimentación inmediata se relacionaban con el hecho de que el terapeuta quisiera deducir y evaluar su trabajo considerando solo el número de veces que la supervisora afirmó sus acciones. Lo considero inconveniente en la medida en que tal interpretación no era hablada directamente con las supervisoras y solo se generaban especulaciones. Además, los silencios también solían interpretarse.

En muchos de los casos esto trajo una excesiva atención a las expresiones de la supervisora y una menor atención a las expresiones de los pacientes.

El *ambiente* generado en este segundo semestre, a mi parecer fue *de expectación ante la vivencia de una situación novedosa*, la cual, entre otras cosas, implicaba exponerse y ser evaluado por otros. Así, la relación *terapeuta – supervisora* se experimentaba con mayor fuerza en el grupo. En general, los terapeutas mostraban *una "dependencia excesiva" a la evaluación e intervención de la supervisora en el proceso* y pocos eran los cuestionamientos a su participación.

En ese momento y con ese grupo *el ambiente entre los terapeutas era solidario*, tal vez por el hecho de compartir una vivencia nueva.

El camino recorrido en la formación teórica y práctica hasta el *tercer semestre*, a mi parecer, derivó que *los terapeutas mostraran una mayor, y en ocasiones excesiva, confianza y seguridad en sí mismos* que a su vez originó:

- Una relación de *"independencia excesiva"* entre las sugerencias realizadas por la supervisora y equipo y las decisiones tomadas por el terapeuta para el manejo terapéutico de sus casos.
- La comunicación clara de las ideas, acuerdos y desacuerdos en las discusiones del equipo.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

- El rechazo por parte del terapeuta, a través de la justificación, de los comentarios sobre su desempeño y situaciones a mejorar. Especialmente si éstos provenían de los miembros de una generación anterior.
- Una necesidad de evitar que las familias se dieran cuenta de que el equipo le podía sugerir ideas al terapeuta durante el transcurso de la sesión.

*Ejemplificaré estos puntos exponiendo algunas situaciones experimentadas en ese tiempo.*

- Debatir y/o aceptar las sugerencias de la supervisora.

*Si bien se escuchaba atentamente las ideas, estrategias e intervenciones que la supervisora sugería en el momento de la elaboración y planeación del mensaje, también se le cuestionaba, se proponían otras ideas, se dejaba claro con que líneas de intervención se estaba de acuerdo y con cuales no y se le pedía que se justificara el porque de tal o cual intervención. A veces esto implicaba que el tiempo de la elaboración del mensaje se alargara. En momentos daba la impresión de que se buscaba que todos salieran convencidos y de acuerdo con lo planeado, hecho que muchas veces solía ser difícil.*

- No realizar las preguntas o ideas que la supervisora sugería.

*Muchas veces los terapeutas no seguían la línea de intervención que la supervisora les sugería en el pizarrón, o no realizaban las preguntas específicas que se anotaban en el pizarrón. En la post sesión, cuando se habla del porque no consideraron la idea de la supervisora siempre había una justificación: "No entendí la letra", "No sabía por dónde quería ir", "Yo estaba en otra línea", "No lo creí conveniente porque....".*

- Evitar que la familia se diera cuenta de que la supervisora le sugería cosas al terapeuta.

*Al termino de una sesión, uno de los terapeutas comentó que la familia, a través del reflejo de la televisión, se dio cuenta que la supervisora le escribió en el pizarrón algo al terapeuta. En la sesión siguiente se tomó el tiempo para acomodar los aparatos de grabación de tal forma que la situación anterior no volviera a suceder.*

- Descalificar y/o reflexionar acerca de los comentarios de los observadores.

*En este tercer semestre, el grupo se conformó por dos supervisoras, 5 terapeutas miembros de la segunda generación de la Residencia y cinco terapeutas de una generación menor. Al igual que nosotros en el primer semestre, ellos solo participaban como terapeutas observadores y no intervenían en la elaboración del mensaje. La dinámica de trabajo consistía en que ellos, desde el lugar de los pacientes (o pensando cómo si fueran los pacientes), retroalimentaran al terapeuta sobre cómo los había hecho sentir su actuación en la sesión, considerando su voz, su postura, su forma de darles el mensaje, su ritmo, etc.*

*En una de las ocasiones en que los comentarios de los terapeutas observadores no fueron "gratos" para el terapeuta, éste los descalifico abiertamente, argumentando que ellos no sabían lo que se quería provocar con el mensaje y que además les faltaba información teórica para comprender lo que se había hecho. Nadie dijo nada. Después de ese momento, los terapeutas observadores hacían menos comentarios o incluso antes de dar cualquier información decían frases como "Con todo respeto...." "Ustedes son los terapeutas y son lo que saben...." "Amén de que me falte información....", etc . Acciones y comentarios de este tipo contradicen los principios básicos del trabajo de equipo y obstaculizan el alcance de los objetivos del grupo.*

*Los comentarios de los terapeutas observadores se caracterizaban por incluir observaciones de recursos y habilidades teóricas y clínicas del terapeuta y de situaciones a cambiar o "trabajar". Tales observaciones se*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

*daban por igual, no importando el terapeuta al que fueran dirigidas. Incluso muchas veces comentaron que ellos percibían que los comentarios entre los terapeutas en formación se caracterizaban por resaltar lo positivo de los otros, y que si bien ellos también los reconocían no dejaban de tener presente la otra parte.*

*Todo ello me hizo pensar y reflexionar, y llegué a la conclusión que los equipos terapéuticos deben renovarse constantemente para que la retroalimentación entre sus miembros se diversifique, y se “descontamine” de la relación que se ha establecido.*

Por el ambiente generado entre el equipo en el *cuarto semestre* el proceso de supervisión derivó en un “*espacio de aprendizaje*”, caracterizado por:

- *Relaciones más horizontales entre el supervisor y los terapeutas.*

En este último semestre las supervisoras de ambas sedes, le brindaron al terapeuta mayor libertad de decidir y poner en práctica sus ideas e intervenciones. Así su participación se orientaba a enriquecer las ideas propuestas por el terapeuta o los demás miembros del equipo, más que proponer alternativas diferentes.

- *Cuestionamientos dentro del equipo encaminados a enriquecer las ideas más que enfocados a imponer un punto de vista o demostrar quién sabe más.*

- *Aceptación y utilización de los desacuerdos.*

Pese a la existencia de una mayor armonía entre los miembros del equipo, los desacuerdos en la forma de entender y manejar los diferentes problemas familiares aún estaban presentes. Tal vez por la formación en los modelos postmodernos, la forma de afrontar tal situación fue diferente. Así, se dejaron de lado las discusiones y enfrentamientos entre el equipo y se optó por devolver a la familia los diferentes puntos de vista, para que fueran ellos los que decidieran que ideas les resultaban útiles y de qué manera.

- *Intercambio de experiencias vividas en otros espacios de formación, y*
- *Mayor apertura por parte de los terapeutas para escuchar y reflexionar los comentarios de los demás miembros del equipo respecto a su desempeño en sesión.*

2) *El trabajo personal del terapeuta incluido en el proceso de supervisión.*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Teniendo presente que el compartir con los pacientes experiencias significativas en la relación con los otros, especialmente con los miembros de nuestras familias, puede facilitar o obstaculizar el proceso terapéutico (Mony Elkaim, 1998), la supervisión que se lleva a cabo en las distintas sedes, destina un tiempo especial para el trabajo personal de los terapeutas.

En la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco, el trabajo personal implicó que cada terapeuta compartiera con el resto del equipo su genograma. El objetivo específico de tal actividad fue que el grupo identificara aquellas situaciones o momentos críticos experimentados por el terapeuta, y que a su juicio estuvieran no resueltos, y tenerlos presentes en los momentos en donde se considerara que su trabajo con determinada familia estaba mayormente influido por el reflejo de su historia personal y no estaba siendo útil para el proceso terapéutico.

Es importante mencionar que la misma supervisora expuso su genograma, y alentó a los terapeutas a que la ayudarán a identificar sus lados débiles. A mi parecer, esta situación generó mayor compromiso entre los miembros del grupo puesto que fue la primera supervisora que hablo de sí misma frente a los terapeutas.

El trabajo personal realizado en el ISSSTE estaba mayormente dirigido hacia el trabajo terapéutico. En esta sede, después de cada sesión, todos los miembros del equipo daban al terapeuta sus comentarios sobre el manejo que éste había hecho de la sesión. Así se hablaba de aquellas intervenciones y acciones del terapeuta que parecían haber contribuido al cambio familiar y de aquellas que lo limitaban o, incluso, lo obstaculizaban. Algunas veces la supervisora pidió al terapeuta revisara su video y/o reflexionara sobre algunos de los comentarios.

Ante este estilo de supervisión, mis compañeros y yo coincidíamos que la retroalimentación verbal de la supervisora era fuerte, puesto que era directa y clara en aquellos aspectos que te sugería mejorar o revisar. Diferíamos al tratar de explicar su intención. Algunos decíamos que su objetivo estaba en aras del aprendizaje, otros referían cierto malestar e incomodidad.

## 2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.

### 2.1. Reporte de las investigaciones.

En esta parte, se presenta el resumen de las investigaciones cuantitativa y cualitativa realizadas sobre el fenómeno de la violencia al interior de las familias.

#### *INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.*

“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA”

Gregorio Esquivel, Anahí Flores y Argelia Gómez  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Si bien es cierto que cada etapa del Ciclo Vital Familiar, demanda a este sistema ciertas tareas a resolver, en términos generales, para que una familia pueda evaluarse con una estructura y funcionamiento familiar adecuados la jerarquía debe recaer en los padres; debe haber entre los miembros cierta complementariedad; las alianzas deben corresponder en mayor medida entre aquellos de la misma generación; los límites, tanto al exterior como entre los subsistemas, deben ser definidos clara y explícitamente de forma que cada subsistema pueda diferenciarse y cumplir con sus funciones; y, cada miembro de la familia debe ocupar un espacio emocional que permita el desarrollo tanto el sentido de pertenencia como el de individuación. (Minuchin, 1991)

Los estudios revisados para esta investigación (Hidalgo, 1999; Montalvo y Trujano, 1999; Palomar, 1999, Morin, Milito y Costlow, 2001 y Aydin y Oztutuncu, 2001) concluyen que, una estructura disfuncional, es decir alejada de los parámetros normativos antes descritos, se asocia con algún problema de índole psicosocial que afecta a toda la familia y que es manifestado por alguno de sus miembros. Partiendo de esta idea, supusimos la existencia de una estructura disfuncional en familias que a su interior experimentan situaciones de violencia.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Gelles y Straus (1988) (citados en Corsi, 1995) identificaron 11 factores que pueden incrementar el riesgo de experimentar situaciones de violencia al interior de una familia: 1) *la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están junto*; 2) *la diversidad de actividades y temas de interés*; 3) *la intensidad de los vínculos interpersonales*; 4) *las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros*; 5) *el derecho culturalmente adquirido de influir en los valores, comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia*; 6) *las diferencias de edad y sexo*; 7) *los roles atribuidos en función de la edad y sexo*; 8) *el carácter privado del medio familiar*; 9) *la pertenencia involuntaria, es decir, el hecho de no haber elegido esa familia*; 10) *el estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros* y 11) *el conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias*.

Socialmente a la familia se le ha responsabilizado de todas las necesidades de sus integrantes, incluidas las afectivas y sexuales, y se le ha delegado la transmisión a sus integrantes de los valores culturales que rigen la sociedad en la que se encuentran, con la finalidad de facilitar su incorporación a la sociedad. (Careaga, 2002). Esta sobrecarga de atribuciones, y en consecuencia de poder, según refiere ésta misma autora, ocasiona que para mantener el orden y rumbo de la institución familiar se haga uso de la violencia contra el integrante rebelde. Lo que merma la fortaleza de la personalidad y dignidad del integrante reprimido.

Resulta pues, importante trabajar con las familias para construir al interior de ellas relaciones más democráticas y equitativas. Para ello, como menciona Careaga (2002), es necesario contemplar las iniquidades dentro de la estructura familiar para erradicarlas y dar lugar a un espacio digno y respetable para cada una y uno de sus integrantes.

Así el objetivo del presente estudio fue comparar la funcionalidad familiar en dos grupos de familias: familias que reportan a su interior manifestaciones violentas entre sus integrantes y familias que no reportan este tipo de problemas.

#### METODO.

##### *Participantes:*

La muestra para el grupo de familias clínicas se formó por 10 mujeres de entre 30 a 39 años que vivían en pareja, casadas o en unión libre, y que solicitaron atención en el Centro de Atención a la Mujer (CAM) por situaciones de violencia al interior de su familia. El grupo de familias no



clínicas estuvo representado por 10 mujeres que no reportaban haber experimentado episodios de este tipo.

*Instrumento:*

Para evaluar el funcionamiento familiar de las familias, a ambos grupos se les aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar, desarrollada por la Doctora Emma Espejel. Tal instrumento evalúa el funcionamiento familiar considerando la autoridad, el control, la supervisión, el afecto, el apoyo, la conducta disruptiva, la comunicación, el afecto negativo y los recursos existentes al interior de las familias. (Para mayor información consultar Espejel, 1997).

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El análisis de resultados se llevó a cabo considerando las diferencias en el nivel de funcionalidad entre los grupos de familias y la correlación entre las áreas evaluadas.

Considerando las diferencias en el nivel de funcionalidad se encontró que:

- Las familias no clínicas obtuvieron un puntaje global funcional, y con respecto a las áreas evaluadas obtuvieron puntajes que variaron entre niveles funcionales y medianamente funcionales,
- En las familias clínicas tanto el puntaje global de funcionalidad como los obtenidos en cada una de las áreas se ubicaron en un nivel medianamente funcional,
- En el área de supervisión la diferencia entre las familias fue mínima y estadísticamente no fue una diferencia significativa.

Con respecto a la correlación entre las áreas evaluadas encontramos que:

- En las familias no clínicas el puntaje global de funcionalidad se correlacionó positiva y significativamente con todas las áreas evaluadas.
- En las familias clínicas el puntaje global se correlacionó de la misma forma con las áreas de autoridad, control, afecto, apoyo, conductas disruptivas y comunicación.

#### DISCUSIÓN.

Dada la gravedad del fenómeno de la violencia se esperaba en mayor medida que las familias clínicas obtuvieran niveles de funcionalidad bajos. El hecho de que éstas últimas hayan obtenido niveles tendientes a una mayor funcionalidad lo atribuimos a que uno o más de sus miembros asisten a una terapia psicológica en el CAM para combatir el fenómeno de la violencia. Situación que en alguna medida debe estar influyendo de forma positiva en su organización familiar. Además recordemos que el área de recursos fue independiente del funcionamiento familiar, para éstas familias.

Si bien lo anterior es cierto, también es cierto que el nivel de funcionalidad fue más positivo en las familias no violentas. Además las diferencias encontradas entre los grupos, exceptuando el área de supervisión, fueron estadísticamente significativas.

Aydin y Oztutuncu (2001) encontraron que una mala adaptación psicológica a situaciones externas se relaciona con niveles inferiores de apoyo, ayuda y comunicación entre las familias. Resultados similares se encontraron en la presente investigación. Las áreas de apoyo y comunicación en las familias clínicas, en donde suponemos que el ejercicio de la violencia refleja una mala adaptación a éste grupo, mostraron niveles inferiores a los obtenidos por las familias no clínicas.

Un dato adicional que apoya nuestra idea de que en estas familias clínicas hay una mala adaptación al grupo familiar es que en su mayoría se caracterizaron por ser desintegradas, uniparentales y reconstituidas. Características que según algunos estudios se relacionan con relaciones familiares conflictivas y en consecuencia con niveles inferiores de funcionalidad (Morin, et al., 2001; Montalvo y Trujano, 1999; Palomar 1999; Hidalgo 1999 y Minuchin, 1991).

Por otro lado, el hecho de que la diferencia en el área de la supervisión entre los dos tipos de familias que participaron en éste estudio haya sido mínima, lo atribuimos a la poca sensibilidad cultural para distinguir entre las acciones encaminadas a la supervisión y consecución de comportamientos socialmente aceptables y las acciones violentas. Hecho que se dificulta más si consideramos que una de las funciones sociales de la familia es hacer cumplir las normas y valores. Afirmación que es apoyada por lo dicho por Careaga (2002) y Gelles et al (1988 citados en Corsi, 1995).

La correlación encontrada en el grupo de familias no clínicas, entre el área de supervisión y las áreas de apoyo, conducta disruptiva, comunicación y afecto negativo nos permite suponer que

### **III. COMPETENCIAS PROFESIONALES**

---

en éstas familias si bien la supervisión está relacionada con el control de la conducta del otro para un "bienestar social" también integra cuestiones de respaldo entre los miembros y el manejo adecuado de sentimientos negativos que esta vigilancia pudiera traer.

Respecto a las familias clínicas, el que el área de la supervisión haya resultado independiente del resto no nos permite suponer características precisas de la supervisión ejercida. Con éstos datos creemos que en investigaciones futuras sería importante investigar con detalle la forma de ejercer la supervisión y el control en las familias.

INVESTIGACION CUALITATIVA.

“EL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA: UN ESTUDIO DE CASO”.

**A. Gregorio Esquivel, Anahí Flores y Argelia Gómez**

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

El objetivo de este estudio fue investigar el contexto en el que se da la violencia, considerando las áreas de autoridad, afecto, comunicación, y recursos. Para ello se analizó la historia narrada por la una señora de 38 años de edad, que refiere haber experimentado violencia por parte de su pareja. Esta persona participó en la investigación anterior, y de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar la funcionalidad dentro de su familia es mediana (Nivel 3 de Funcionalidad Familiar).

El muestreo fue intencional y se realizó un estudio de caso de carácter instrumental. La técnica de investigación fue utilizada fue: la entrevista a profundidad. Se abordaron temas relacionados con: 1) La forma en que la entrevistada experimentaba la autoridad, 2) El tipo de mensajes verbales y no verbales evaluados por ella como violentos y 3) Los recursos personales y familiares para construir una relación libre de violencia.

En relación a la autoridad, entre otras cosas, refirió que: en su familia de origen ésta era ejercida por los hombres, especialmente su padre. Desde pequeña aprendió que “uno como mujer tiene que obedecer a su hombre”, de no ser así se justifican los golpes y todo aquello que “te haga reaccionar”. Comenta que pese a que sus hermanos hombres tenían mayores privilegios que las mujeres también eran maltratados por su padre. En ellos el maltrato más que físico era emocional, pues ante cualquier manifestación afectiva éste les hacía saber que eso solo lo hacían las “mujercitas”. Dice que muchas veces, de manera secreta, sus hermanos se acercaron a ella y le confesaron no entender el porqué no podía ser afectivos con los demás.

Las formas de maltrato de su pareja hacia ella las mantiene silencio, pocas son las personas que conocen tal situación. De hecho, dice que solo lo ha comentado a la Psicóloga que la atiende en la Institución a la que acude, y ahora a nosotros.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

En cuanto a sus sentimientos presentes, dice que son confusos y ambivalentes. Por un lado siente coraje y resentimiento contra las figuras que la han maltratado, su padre y su esposo principalmente, porque sabe que le han hecho mucho daño. Sin embargo, dice que muchas veces el ser rebelde los orilló a que la corrigieran de esa manera, situación que debe agradecerles. A ambos los ama. A su padre le agradece el haberle dado la vida y ver por ella por mucho tiempo, y a su esposo el haber decidido compartir con ella su vida.

Entre los recursos identificados en la persona entrevistada tenemos:

- Permitirse cuestionar premisas como que: "la autoridad puede expresarse a través del insulto y el control" y que "la violencia sea una forma natural de relación".
- Asistir a un proceso terapéutico para enfrentar el problema de la violencia en la pareja,
- Reconocerse como una madre valiosa que lucha por enseñarles a sus hijas que se puede establecer una relación diferente a la que ella ha establecido con su padre.

### 3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.

#### 3.1. Elaboración y presentación de diferentes productos tecnológicos.

La formación de un psicólogo clínico requiere de ciertos conocimientos y habilidades prácticas que deriven en su trabajo con pacientes.

Como parte de las *habilidades teóricas*, es fundamental que el terapeuta desarrolle su propia visión de la formación y disolución de los diferentes dilemas humanos. En el caso de los terapeutas sistémicos éstas deben estar orientadas hacia una epistemología circular, lo cual implica el conocimiento, análisis y comprensión de las teorías que la sustentan, es decir de la Teoría Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana.

Las *habilidades prácticas* necesarias para el trabajo con familias, en su mayoría, estarán determinadas por cada Modelo de Intervención. Así, el Modelo Estructural requiere que el terapeuta sea capaz de coparticipar con la familia y a la vez cuestionar su organización familiar y principales ideas que la sustentan. *El Modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas* exige desarrollar la habilidad de identificar el lenguaje y postura del cliente para ser usados en la conversación y de esta manera promover el cambio. Para el *Modelo de Milán*, es indispensable la capacidad de integración de la información y formulación de hipótesis. El *Modelo de Soluciones* requiere perspicacia para identificar las excepciones al problema y mantener la conversación sobre la línea de los recursos y posibilidades.

El programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar busca fomentar en sus alumnos ambos tipos de habilidades.

La asistencia a los seminarios y talleres y la elaboración de los análisis teóricos metodológicos de los diversos Modelos de Intervención se dirigen principalmente a dotar a los alumnos del conocimiento necesario para el trabajo con familias.

El aprendizaje y desarrollo de las habilidades prácticas necesarias, entre otras actividades, se apoyan de la elaboración de diferentes productos tecnológicos, como manuales y videos, que además constituyen una herramienta para formación de nuevas generaciones.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Su contenido y estructura permite que los docentes lo usen de diferentes maneras. Por ejemplo, pueden ser un material de apoyo para explicar prácticamente los lineamientos de los diferentes modelos, o puede ser un material de crítica, análisis y reflexión. A los terapeutas en formación les brinda la oportunidad de analizar el manejo de los casos presentados y proponer líneas de acción e intervención diferentes. De esta manera se fomenta y enriquece el aprendizaje teórico y práctico dentro de la Residencia.

Durante el tiempo de formación, se elaboraron los siguientes productos tecnológicos:

1. *Manual y Video sobre los supuestos y técnicas del Modelo Estructural,*
2. *Manual sobre los lineamientos de la Terapia Breve enfocada a Problemas,*
3. *Video sobre la Intervención desde un Modelo Estratégico, y*
4. *Manual Terapia Breve Enfocado a Soluciones.*

Todos estos materiales tuvieron como objetivo mostrar el manejo terapéutico de diferentes problemáticas utilizando un Modelo de Intervención Sistémica en particular. Van dirigidos a estudiantes, docentes y público en general interesados en el aprendizaje de la Terapia Familiar Sistémica.

#### **3.2. Desarrollo de Programas de Intervención Comunitaria.**

Durante el tiempo de formación se desarrollaron y aplicaron los siguientes Programas de Intervención Comunitaria:

1. *CURSO – TALLER: "Alternativas para que su hijo lo escuche..."*

- *LUGAR:* Clínica de Psicología Integral.
- *POBLACIÓN:* 20 padres de familia.
- *DURACIÓN:* 3 horas.
- *OBJETIVO:*

Que los padres aprendieran a utilizar cuatro puntos básicos para comprender los sentimientos de sus hijos: 1) escucharlos con atención, 2) aceptar sus sentimientos, 3) ayudarles a darles un nombre y 4) concederle sus deseos en la imaginación cuando no pudiera ser de otra manera.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

#### 2. *CONFERENCIA: "Manejo de estrés".*

- *LUGAR:* Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla, ISSSTE.
- *POBLACIÓN:* Grupo de 20 personas de la tercera edad, que acude regularmente a la clínica a clases de aeróbicos.
- *DURACIÓN:* Dos horas.
- *OBJETIVO:* Que los participantes obtengan información sobre el estrés y las diferentes formas de erradicarlo.

#### 3. *TALLER PARA ESCOLARES: Temas diversos*

- *LUGAR:* Escuela Primaria "José Vasconcelos". Turno Matutino.
- *POBLACIÓN:* 40 alumnos del sexto grado de primaria, grupo B.
- *OBJETIVO:* Proporcionar a los alumnos información general sobre temas como la familia, la comunicación, el noviazgo y la sexualidad.
- *DURACIÓN:* Cinco sesiones, de 1 hora 30 minutos cada una.

### **3.3. Trabajos de investigación presentados en foros académicos.**

Se desarrollaron y expusieron en diferentes foros académicos los siguientes trabajos de investigación:

#### *1. "ANÁLISIS PSICOLÓGICO-CULTURAL DEL RAZONAMIENTO MORAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES MEXICANOS. UN ESTUDIO EXPLORATORIO".*

*INSTITUCIÓN:* UNAM. FES Iztacala.

*AUTORES:* Olivia Tena, Nadia Olivia Pérez, Anahí Flores Ortíz y Argelia Gómez.

*OBJETIVOS:* Analizar las diferencias y/o similitudes del razonamiento moral de niños y adolescentes mexicanos, comparando su edad y el género, e identificar si existen Conceptos Culturales iguales que justifiquen valoraciones morales diferentes.



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

#### 2. "DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA"

*INSTITUCIÓN:* UNAM. FES Iztacala.

*AUTORES:* Rosario Espinosa, Gregorio Esquivel, Anahí Flores y Argelia Gómez.

*OBJETIVO:* Comparar la funcionalidad familiar en dos grupos de familias: familias que reportan a su interior manifestaciones violentas entre sus integrantes y familias que no reportan este tipo de problemas.

#### 3. "LA TERAPIA EN RED: UNA ALTERNATIVA PARA LA INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS FAMILIARES DERIVADOS EN LA ETAPA DE HIJOS ADOLESCENTES".

*INSTITUCION:* UNAM. FES Iztacala y Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.

*AUTORES:* Rosario Espinosa, Gregorio Esquivel, Anahí Flores, Argelia Gómez, Carolina Rodríguez y Edith Nyffeler

*OBJETIVOS:* Formar una red entre los adolescentes y sus padres que permita a los adultos romper con los estereotipos negativos sobre los adolescentes, y a los adolescentes comprender la razón del comportamiento de sus padres hacia ellos, y descubrir nuevas alternativas de relación entre ellos que posibilite a los adolescentes hacer uso de sus recursos para avanzar personal y académicamente.

#### 4. CINE – DEBATE: "LA MIRADA DEL TERAPEUTA EN EL CINE".

*INSTITUCION:* UNAM. FES Iztacala, Unidad de Seminarios.

*AUTORES:* Maestra Rosario Espinosa y alumnos de la segunda generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

*OBJETIVOS:* Conversar sobre la historias relatadas en las películas "Una vuelta más" e "Inhala", desde la perspectiva Constructivista y Construccionalista Social.

## 4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.

*"El hombre moral no es meramente aquel que desea hacer lo que es correcto y lo hace, ni el hombre sin culpa, sino aquel que es consciente de lo que está haciendo".*

*Hegel (1770-1831).*

### 4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.

En mayor o en menor medida, vivir en sociedad implica ajustarse a una serie de normas que regulan nuestro comportamiento y la forma de relacionarnos con los demás en diferentes ámbitos sociales. El argumento a favor de este estilo de vida es que con ello se busca garantizar la armonía, la convivencia y el orden social. El desarrollo y evolución de tales normas implica numerosas y profundas reflexiones sobre lo bueno y lo malo que los diferentes comportamientos y actitudes observados en el hombre traen para la sociedad. Todo este proceso se relaciona con la ética.

La ética forma parte de la filosofía y se encarga de estudiar los fundamentos de la moralidad de los actos humanos, es decir, aquello en virtud de lo cual éstos pueden ser considerados buenos (si corresponden a lo que debe ser) o malos (en caso contrario). (Enciclopedia Universal Ilustrada, 1980)

La regulación que aquí nos interesa, es la del ejercicio de las profesiones, específicamente la del Psicólogo.

La Sociedad Mexicana de Psicología es el organismo que en este caso se dio a la tarea de elaborar el Código Ético del Psicólogo (2004). Las normas que ahí se exponen, buscan garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos grupos u organizaciones que requieran el servicio del Psicólogo. Por tanto, su trabajo debe adherirse a los siguientes principios: *respeto a los derechos y dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad de las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.*

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Mencionaré un síntesis de lo expuesto en tal Código en relación con estos principios.

#### *A) RESPETO A LOS DERECHOS Y A LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS.*

Este principio ético es el de mayor importancia en el proceso de toma de decisiones éticas, toda vez que hace hincapié en los derechos humanos. Principalmente señala que toda persona tiene el derecho al respeto de los demás por su valor intrínseco como ser humano, ya que ese valor no aumenta ni disminuye en función de las características, condición o estatus personal alguno.

Los psicólogos, en el desempeño de sus actividades, tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia. Se incluye también el derecho a la libertad, la dignidad, el conocimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

#### *B) CUIDADO RESPONSABLE*

En todo momento la prioridad de las acciones del psicólogo debe ser el bienestar de cualquier individuo, familia, grupo o comunidad. En el desempeño de sus actividades, tiene la responsabilidad de desarrollar y emplear métodos que amplíen los beneficios y evitar aquellos que dañen o no ayuden. En otras palabras, debe evitar que por causa de su acción, los individuos pierdan su habilidad para autodeterminarse y tomar sus propias decisiones.

#### *C) INTEGRIDAD EN LAS RELACIONES.*

El psicólogo debe demostrar en su desempeño: precisión y honestidad, apertura y sinceridad, máxima objetividad y mínimo sesgo o prejuicio, y evitar conflictos de interés. Para ello el psicólogo debe comprender y estar consciente de las circunstancias que rodean su actividad, de su propia historia y valores personales, y de la forma en que éstos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamientos, buscando siempre la máxima objetividad.

Harrsch (1994) señala que una opción para que el psicólogo tome conciencia de sus ideas, prejuicios, opiniones y actitudes podría ser plantearse y reflexionar sobre: a) ciertos cuestionamientos éticos y filosóficos, por ejemplo: la concepción del hombre, del mundo, de la

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

sociedad, y de sus principios y jerarquía de valores, y b) sobre su proceso de relación interpersonal.

Para este segundo punto, esta autora sugiere considerar las tres dimensiones que señalan Berman y Lief (1975):

1. PODER: *¿Puedo compartirlo con el otro?*
2. INTIMIDAD: *¿qué tan cerca de la persona puedo trabajar? ¿Cuál es la distancia afectiva en donde me siento a gusto?*
3. INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN: *¿Quién o quienes más pueden o quieren participar en esta relación? ¿Puedo o quiero participar en esta relación?*

Y otras dimensiones que señala Lartigue (1980):

4. *¿Qué tan capaz soy de soltar, de no retener, de permitir que el otro siga su propio camino?*
5. *¿Qué tanto dolor, angustia, alegría y gozo puedo tolerar y acompañar?*
6. *¿Qué tanto conozco y acepto mi patología? ¿Cuáles son mis limitaciones y áreas de conflicto?*
7. *¿Qué recursos tengo disponibles? ¿En que etapa de desarrollo estoy?*
8. *¿Cómo influye mi estilo de intervención y de liderazgo en las respuestas de otros?*

Una segunda opción podría ser asistir a diferentes actividades terapéuticas que fomenten el conocimiento profundo de su persona, por ejemplo talleres y/o terapia.

Biro (1979, citando en Harrsch, 1994) señala que en el ejercicio de esta profesión el psicólogo corre el peligro de usar al otro para cubrir, tapar y/o negar sus propias carencias internas. Por tanto, dice que sería de utilidad que se preguntará que tan satisfechas están sus necesidades básicas.

#### *D) RESPONSABILIDAD HACIA LA SOCIEDAD Y LA HUMANIDAD.*

La psicología como disciplina se desarrolla dentro de un contexto social, por consiguiente, el psicólogo buscará aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos. Asimismo, el psicólogo, en sus acciones, no dañará el medio ambiente, y se asegurará de que el conocimiento psicológico se emplee para fines benéficos. Ante todo, el psicólogo tiene la responsabilidad de dar a conocer los conocimientos y aportaciones de la psicología que benefician a los demás seres humanos.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Atender estos principios éticos puede resultar de gran utilidad para tomar decisiones ante los diversos dilemas a los que el psicólogo, en el ejercicio de su profesión, se ve expuesto.

Tarrago y De Brouwer (1996), refiere que en su mayoría tienen que ver con el manejo de: ideas o prejuicios diferentes a los del terapeuta al no compartir con la familia la religión, la nacionalidad, o el nivel cultural; la confidencialidad de la información; el conocimiento de formas diferentes de ejercer la sexualidad de un individuo cuando la familia o la pareja, implicados en la terapia, lo desconocen; la existencia de relaciones extramaritales por parte de uno o ambos miembros de la pareja siendo información desconocida en la relación; y la definición de las relaciones de pareja, resolución o disolución.

Asimismo, este autor sugiere que, el análisis y reflexión de estos principios éticos permite al psicólogo valorar: la oportunidad de su concepción de qué es y cómo debe funcionar una familia para asegurar el adecuado estado de salud en cada uno de sus miembros, y el uso que esta haciendo del poder y la jerarquía, que su condición de experto le da, para lograr que la familia alcance los objetivos de la terapia.

A mi parecer, las consideraciones éticas derivadas de la experiencia profesional dentro de la Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia familiar, pueden exponerse desde varios niveles de análisis: a) por el manejo terapéutico realizado ante los diferentes dilemas presentados por las familias, b) por el tipo de relación establecido entre el terapeuta y la familia, y c) por la relación entre el terapeuta y la familia derivada o influenciada por las discusiones o relaciones del terapeuta y el equipo de supervisión.

Atender a uno o más de estos niveles de análisis puede obedecer al interés del propio contexto de trabajo, en este caso las diferentes clínicas y sedes de la Residencia, y a las distinciones hechas por el propio terapeuta.

El análisis que presento, si bien tiene la intención de atender los tres niveles de análisis, se dirige principalmente a reportar las situaciones experimentadas en la relación familia – terapeuta – equipo de supervisión. Este interés obedece a dos situaciones. La primera, es que, a mi parecer, las discusiones entre los miembros del equipo de supervisión dentro de las sedes de la Clínica de Terapia Familiar “Tlalnepantla” y el CCH Azcapotzalco, únicas sedes en la que participe como terapeuta y miembro del equipo de supervisión, dan prioridad a la reflexión de las acciones del terapeuta en relación a sus propios dilemas, y la segunda, quizás la de mayor peso, es mi propia experiencia ante la vivencia del cambio del equipo de supervisión.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Hablaré de tres tipos de consideraciones éticas: 1) aquellas relacionados con la vinculación de los dilemas familiares del terapeuta con los de la familia y la manera en que estas situaciones fueron manejadas; 2) aquellas que tienen que ver con la relación establecida entre los miembros del equipo de supervisión y que se reflejan directamente en el manejo terapéutico de las problemáticas familiares, y 3) las que tienen ver con los aspectos prácticos y organización del trabajo.

1) Consideraciones éticas relacionadas con la vinculación personal del terapeuta en el proceso terapéutico.

- *La implicación de la historia familiar del terapeuta y su etapa de vida en el manejo de las situaciones familiares reportadas por los pacientes.*

En el primer semestre como terapeuta observador y observado, especialmente identifique dos experiencias en donde el manejo que hacia el terapeuta de la dinámica familiar más que a las necesidades de la familia obedecía a sus propios requerimientos emocionales. Brevemente describo tales experiencias y su manejo por todos los miembros del equipo de supervisión.

La primera de ellas es protagonizada por una familia en etapa del Ciclo Vital de hijos adolescentes. La madre había solicitado el servicio de Psicología por el mal comportamiento de su hijo adolescente. A la primera sesión solo acudió ella y expuso el motivo de consulta y la situación familiar. El padre vivía separado de la familia, estaba casado y vivía con su primera pareja e hijos. El adolescente tenía conocimiento de la situación familiar de su padre. La relación entre ellos mayormente se daba en la escuela a la cual acudía el adolescente, puesto que éste era el lugar de trabajo de su padre.

En una de las sesiones, en la cual solo acudió el adolescente, se abordó el tema de la relación de él con su padre. Días después al revisar la transcripción de esta sesión, el equipo y supervisora identificaron que la terapeuta, de diferentes maneras, insistió varias veces en la necesidad de invitar al papa a la terapia para que ambos estuvieran más cerca emocionalmente. Esto a pesar de que el adolescente le hacía saber a la terapeuta que para él esto no era necesario.

Días después, al revisar la transcripción de esta sesión directamente se le preguntó a la terapeuta el porqué de su insistencia en invitar al padre a la terapia. La terapeuta argumentó que sólo hasta que leyó la transcripción se dio cuenta de tal insistencia. Se le pidió que reflexionara si en ella había una necesidad de acercarse y hablar con su propio padre. Días

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

después, y como parte de las actividades en la sede, se analizó y trabajó, de manera breve, con su genograma. Se habló particularmente el tema de la relación de ésta con su padre. Al término de la reflexión, se dejó en claro la necesidad de que el equipo estuviera pendiente de el manejo que hacía cada terapeuta cuando las familias que atendía le pudieran reflejar una parte de su historia, esto con la finalidad de hacérselo consiente y darle alternativas para su afrontamiento.

Si tal situación no hubiera sido identificada y la terapeuta hubiera continuado en sesiones siguientes intentando provocar un acercamiento entre padre e hijo, éticamente cabe preguntarse: ¿tal insistencia es verdaderamente de utilidad para la familia, especialmente para el adolescente?; ¿la actitud de la terapeuta no estaría fomentando en el adolescente la resistencia al cambio más que la cooperación?; ¿se sentiría respetado y escuchado el adolescente?; ¿no se estaría poniendo más en evidencia la relación distante entre padre e hijo, agravando con ello el problema?, entre otras.

La segunda experiencia tiene que ver con el manejo que la terapeuta en sesión hace de la descalificación de la paciente hacia su trabajo y el del equipo. Esta experiencia es protagonizada por una mujer que solicita terapia por vivir una mala relación de pareja. Entre otras cosas, en sesión se queja de que su marido no hace las cosas como "deben" de hacerse (como ella cree y dice que deben de hacerse). Según la mujer, a veces lo intenta pero a su parecer no lo hace "correctamente".

Durante el tiempo del mensaje, y considerando sólo la información proporcionada por la señora, el equipo concluye que esta mujer la mayor parte del tiempo esta descalificando al esposo y que es difícil que se le de gusto porque a todo le encuentra detalles negativos. Se acuerda que algunos de los miembros del equipo realicen una escenificación en donde le muestren la forma en como ella y su marido se están relacionando.

La señora y la terapeuta observan la escena en donde ella descalifica a su marido y le dice varias veces que es un inútil y no sirve para nada. Después la terapeuta y la paciente platican de lo observado. La paciente se ríe y refiere que en realidad la situación con su pareja no es de esta manera. Asegura que su marido para agredirla no hace las cosas como ella le dice. Y comenta que el equipo esta equivocado. La terapeuta se muestra confundida y solo le responde, con una voz muy poco audible, que lo reflexione y que en la sesión siguiente lo platicarán con detalle.

Terminada la sesión la supervisora le pregunta a la terapeuta cómo se siente en ese momento. La terapeuta confiesa sentirse confundida y muy impresionada con la intensidad en la

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

escenificación. Dice que en algún momento se olvidó del momento y del lugar en donde se encontraba, y que cuando la paciente hablaba de sus impresiones ella en realidad no la estaba escuchando.

En este caso, inmediatamente la supervisora trabajó con la historia familiar de la terapeuta asociada a su reacción de ese momento. Se le pidió que buscara en su familia algún miembro que ante sus acciones ella se hubiera sentido descalificada. Hablo de su padre y de las altas expectativas y exigencias que mostraba él hacia ella. La terapeuta lloró y reconoció su dificultad de desafiar a aquellas personas que se mostraban autoritarias y desafiantes.

Recuerdo que vivir esta experiencia me llevó a aprender que el no conocer ni afrontar nuestros miedos e inseguridades, pueden obstaculizar y limitar la relación entre el terapeuta y la familia. Incluso la relación terapeuta – paciente puede llegar a isomorfizarse con la relación entre los miembros de la propia familia y estancar así el camino hacia el cambio.

- *Las implicaciones de ser pacientes y terapeutas a la vez: Obligación ética y moral del terapeuta de reflexionar sobre lo que otros (equipo de supervisión) le dicen que es importante reflexionar.*

La forma en como se realiza el trabajo en la Residencia, permite que el terapeuta en formación se viva ante los otros en dos niveles distintos de jerarquía y conocimiento. Vivirse como terapeuta muchas veces implica vivirse como una persona experta que sabe y conoce la solución de los distintos dilemas que se le relatan. Se encuentra así en una posición de solicitar al otro la reflexión de sus propios comportamientos y dilemas.

Exponer su trabajo y su forma de relacionarse con las personas que solicitan su servicio, le permite vivirse en el nivel de experiencia de sus propios pacientes. Los comentarios y precisiones por parte del equipo lo llevan invariablemente a reflexionar sobre sus propias actitudes y dilemas.

Tener la oportunidad (y una oportunidad que además fue escogida) de vivirse en estos dos niveles, a mi parecer, trae consigo una obligación ética fundamental “no exigir a los otros lo que el mismo no esta dispuesto a hacer”.

En el primer semestre, las observaciones hechas por las supervisoras y por los miembros del equipo fueron vividas por nosotros, los terapeutas, con miedo, con recelo, con duda, con limitaciones y reservas, y con desconfianza. En otras palabras, nuestras primeras respuestas



### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

ante los comentarios del equipo no reflejaban la actitud que nosotros requeríamos (o incluso exigíamos) de nuestros pacientes. Éticamente no era una actitud justa.

Recuerdo que muchos de nosotros exponíamos nuestro genograma de manera breve, no contestábamos muchas de las preguntas que los miembros del equipo nos hacían o evitábamos hablar de ciertos temas. La primera pregunta que viene a mi mente es ¿cómo exigir a los otros lo que nosotros no estamos dispuestos a dar?.

Este dilema o dificultad, me parece que se fue enfrentando con las reflexiones diarias que el trabajo en las distintas sedes se promueve.

- *Tener actitudes o actuar de manera similar a la familia y convertirse en parte del problema: tratar al paciente como es tratado por la familia.*

En el tercer semestre, a una de las sesión acudió una adolescente, que inicialmente refería como motivo de consulta su necesidad de desahogarse, de encontrar algo que se le había perdido, ubicarse y dejar de ser rebelde. A través de las sesiones, la paciente expresó su odio y desilusión hacia todos lo hombres. Al escuchar la generalización que hacía la paciente de sus sentimientos hacia este género, el terapeuta, (hombre), cuestionó severamente a la paciente de su actitud generalizadora y el no darse cuenta ni valorar lo que algunos hombres (el padre, el mismo terapeuta y un miembro del equipo de supervisión, también varón) estaban haciendo por ella.

En el tiempo del mensaje, algunos miembros del equipo le hicieron saber al terapeuta que si bien cuestionar los sentimientos e ideas de la paciente con respecto a los hombres tenía una buena intención (ayudarla a reflexionar que no todos los hombres de su alrededor son malos) no era el momento de hacerlo, puesto que se corría el riesgo de que su enojo hacia los hombres aumentará puesto que un hombre le hacía saber que sus sentimientos e ideas hacia los miembros del género masculino eran equivocados.

Se habló de un principio ético fundamental: respetar los sentimientos e ideas de quienes nos consultan. Se le dijo al terapeuta que la adolescente, considerando su historia, tenía en ese momento todo el derecho de sentir tal odio por los hombres. Además se trato de investigar cuáles fueron sus sentimientos ante la crítica que la adolescente hacía a su mismo género.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Otro punto importante es que la adolescente en anteriores ocasiones le había hecho saber al terapeuta sus sentimientos de sentirse todo el tiempo criticada, cuestionada y observada por su familia. Cabe preguntarse si tal intervención del terapeuta no fue semejante a la actitud que la adolescente percibe de su familia.

Tiempo después, el equipo identificó nuevamente otra acción del terapeuta similar a la de la familia, y que a nuestro parecer era parte del problema. Al final de una de las sesiones con esta adolescente, y sin ser previamente consultado con el equipo, el terapeuta le ofreció dinero a la paciente para que se realizará un prueba de embarazo. El equipo se sorprendió, y en el mensaje final fue un punto importante a discutir. Se le hizo saber al terapeuta que la actitud estaba siendo similar a la de los padres de la adolescente, darle el apoyo económico que necesitará sin requerir ningún esfuerzo de su parte para merecérselo. El terapeuta acepto su error y se planificaron formas diferentes de intervención para las siguientes sesiones.

*2) La relación entre los miembros del equipo y su influencia en el manejo terapéutico de las problemáticas familiares.*

- *Permitir que la relación entre los miembros del equipo de supervisión interfiera de manera negativa en el proceso terapéutico de la familia.*

En tercer semestre los cambios en los grupos de trabajo trajeron consigo diferentes inconformidades, alianzas y coaliciones entre sus miembros.

En lo personal, me parece que la mala relación entre mi grupo de trabajo trajo consigo: 1) disminución de sugerencias de trabajo del equipo al terapeuta, 2) comentarios más apegados a la crítica y menos apegados a las sugerencias o reflexiones, 3) enfrentamientos en cuanto a lo que debería hacerse, 4) impuntualidad para llegar a las sedes y en consecuencia retraso para iniciar las sesiones, 5) olvido o desinterés de las responsabilidades prácticas (como traer y conectar los aparatos para grabar las sesiones); 6) no flexibilidad para aceptar los comentarios de los otros, 7) utilizar el silencio para evitar ser "descalificado" y 8) participación por obligación vs, por disposición y deseo.

Si bien directamente no se afectó a la familia, indirectamente sí. Llegar tarde implicaba hacer esperar a la familia, no conectar adecuadamente los aparatos traía como consecuencia no grabar las sesiones y realizar actas no tan precisas, los silencios traían como consecuencia la

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

disminución de ideas y alternativas de trabajo, la falta de retroalimentación no permitía al terapeuta conocer y aprender de sus errores, etc.

Finalmente, cabe preguntarse: si las relaciones entre el grupo están mal y nadie intenta resolverlas ¿con qué autoridad moral intento o llevo a la familia que resuelva los problemas existentes en su relación con los otros?

Al paso del tiempo, y cuando las relaciones entre el grupo eran más intensas, se optó por conversar sobre la relación entre los miembros del equipo. Aunque pocos reconocieron que esto podía interferir en el trabajo con las familias, a partir de este momento se sintió un cambio de actitud, se trató de llegar temprano, ser responsables de conectar el equipo de grabación y ser prudentes en los comentarios.

- *Diferentes posiciones teóricas entre el terapeuta y el equipo y la apertura por parte del primero con la supervisora.*

El conocimiento detallado de los diferentes modelos de intervención en Terapia Familiar y la experiencia clínica que como terapeutas adquirimos durante los semestres anteriores, fueron reflejados en el trabajo realizado en el último semestre en una mayor seguridad y participación en la elección del modelo de tratamiento para abordar los casos, así como en las líneas y temas manejados en las sesiones.

Esta nueva forma de participar del terapeuta dentro del equipo requirió un manejo diferente de la relación supervisor – miembros del equipo de supervisión y terapeuta, por ejemplo: 1) mayor responsabilidad del terapeuta para definir a corto, mediano y largo plazo los objetivos del proceso, 2) justificación clara y precisa de sus intervenciones con la familia, 3) menor participación de la supervisora en las sugerencias de líneas de investigación en el momento en que se llevaban a cabo las sesiones, y 4) flexibilidad y tolerancia por parte del equipo, especialmente por parte de la supervisora, para aceptar propuestas de intervención apegadas a estilos particulares de cada terapeuta, relacionadas principalmente con su concepción particular del origen y tratamiento de los diferentes dilemas humanos.

En mi experiencia llegar a este momento de relación requirió vivir diversas incomodidades en la forma de supervisión.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Una familia solicitó el servicio de Psicología pidiendo orientación en cuanto al trato de su hijo adolescente. En la primera sesión la supervisora no pudo estar presente. En ese momento, las intervenciones con esta familia se apegaron a los lineamientos del Modelo Estructural. Al término de la sesión el equipo comentó que las intervenciones habían sido adecuadas puesto que se dirigían principalmente a atender lo que los padres estaban demandando, mayor comunicación de éstos con su hijo adolescente.

En la siguiente sesión, el equipo sugirió seguir una línea diferente, investigar la relación entre el padre y el hijo adolescente dados los problemas de obesidad y salud que presentaba el adulto. El terapeuta, pese a no estar convencido totalmente de la sugerencia optó por atenderla.

Ante este cambio de tema la familia varias veces manifestó que si bien experimentaban algunos problemas de salud ya estaban tomando las medidas necesarias, como acudir al doctor y cambiar algunos hábitos.

En la discusión final del equipo se comentó que esta vez la actitud y forma de manejar la sesión por parte del terapeuta manifestaba cierta incongruencia con su comunicación no verbal hacia la familia. Y fue solo hasta ese momento que el este comentó que desde un inicio no estaba convencido de la utilidad de incluir el tema de las enfermedades.

La cuestión ética que a aquí se plantea es que con tal actitud, el terapeuta le dio prioridad a la relación terapeuta - equipo de supervisión sobre la relación terapeuta - familia. En otras palabras, le dio prioridad a la necesidad del equipo de conocer el estado de salud de la familia, especialmente del padre dada su obesidad, y dejó en segundo término la necesidad de los padres de hablar de su relación con su hijo adolescente.

#### *3) Aspectos prácticos y organización del trabajo.*

- *Aspectos prácticos: La grabación.*

Para fines prácticos y de aprendizaje, la grabación de las sesiones y la presencia del equipo se describe a la familia como parte característica e indispensable del trabajo terapéutico. Al referir las condiciones de trabajo de manera telefónica, se evita dar la impresión a quién solicita la consulta, que estas condiciones están a su consideración. Sin embargo, una familia manifestó, en la primera sesión su desacuerdo de que las sesiones fueran grabadas.

### III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

Inicialmente, la negativa de la familia desconcertó a la terapeuta. Su primera respuesta fue convencerlos de los beneficios que esta forma de trabajo traía consigo. La familia no lo consideró de esta manera e insistió en participar en el proceso sin que las sesiones fueran grabadas.

En el tiempo del mensaje, miembros del equipo y terapeuta discutimos las posibles soluciones. Se habla de: 1) respetar a la familia y no grabar las sesiones, no obstante las implicaciones que esto podía traer para el terapeuta (dificultad para realizar las actas de sesión, no tener la oportunidad de aprender al observarse a sí mismo y tener menos material que consultar y/o presentar en el examen profesional), 2) convencer a la familia ("obligarla") de trabajar de esta manera, y 3) respetar a la familia y respetar la forma de trabajo de la Residencia, es decir, aceptar su decisión de no ser grabados y explicarles que por razones institucionales y académicas no era posible trabajar bajo condiciones diferentes a las estipuladas en el programa y en consecuencia no se les daría el servicio. En cambio se les podría proporcionar información sobre instituciones o psicólogos particulares en donde no se trabajara de esta manera.

Finalmente, todo el equipo consideró que la tercera opción era la más adecuada.

- Asistencia, estar más afuera que adentro del programa (cuarto semestre)

La aproximación a la conclusión de los estudios de este Progrado, trajo en el equipo de terapeutas sentimientos, planes y actividades que interfirieron, de alguna manera, con la total atención y concentración de las actividades de la Residencia y con la coordinación del trabajo en grupo.

Por ejemplo la mayoría de los miembros, por lo menos una vez, llegaron tarde o no asistieron a las supervisiones. En parte, por buscar oportunidades de trabajo. También se experimentó la dificultad de encontrar un horario común entre los miembros del equipo para atender a las familias de seguimiento.

El dilema ético que expongo en éste punto, es ¿qué hacer cuando las necesidades e intereses de algunos miembros del grupo de trabajo comienzan a distanciarse de los objetivos del trabajo que realizan? ¿es justo obligarlos a permanecer dentro de las actividades realizadas, cuando existe una necesidad real de una búsqueda de actividades laborales fuera de la actividad actual? ¿qué implicaciones trae para la familia el observar cambios y movimientos en la forma de trabajo actual?

### **III. COMPETENCIAS PROFESIONALES**

---

Gracias a la buena relación entre los miembros del equipo de supervisión, se habló de esta situación. Se analizaron las implicaciones en el trabajo con las familias y se llegaron a algunos acuerdos. Entre ellos se señaló que el terapeuta no debería de ver solo a la familia, por lo menos deberían de estar dos miembros del equipo apoyándolo en su trabajo. Y en relación a la no correspondencia para la atención de las familias de seguimiento, el equipo se dividió en dos subgrupos para atender a las familias, atendiendo principalmente la correspondencia de horarios.

El que se haya hablado con honestidad de la dificultad de continuar rutinariamente con el trabajo en las supervisiones, evito conflictos y malos entendidos dentro del grupo, y disminuyó totalmente las implicaciones que esto pudiera haber traído para la familia (iniciar tarde las sesiones, cancelarlas, y que los terapeutas no contarán con el apoyo de su equipo en la atención a las familias).

### IV. CONSIDERACIONES FINALES.

El objetivo general de esta Residencia, capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud, de manera inmediata, tuvo un impacto importante en la comunidad que recibió el servicio de psicoterapia familiar y en los profesionales formados. Los primeros tuvieron la oportunidad de experimentar una forma diferente de atención clínica que les ayudó a superar los diferentes problemas que los aquejaban y los segundos experimentamos una forma novedosa de aprendizaje y formación. Explicaré cada uno de estos puntos.

#### 4.1. La Residencia en Terapia Familiar y el servicio a la comunidad.

Retomando los comentarios de las familias y usuarios, en diferentes momentos del proceso terapéutico, podemos decir que para la comunidad atendida, el servicio de Terapia Familiar:

- Les brindó la oportunidad de recibir una atención especializada a un costo muy accesible.
- Les ofreció atención inmediata para iniciar el tratamiento, además de no tener que esperar meses para acudir a la siguiente sesión.
- Fue breve y eficaz, pues en pocas sesiones los cambios fueron evidentes.
- Atendió todo tipo de demandas de salud mental y no fue necesario ser canalizados con otro tipo de médicos o especialistas.
- Garantizó en todo momento la calidad del trabajo e intervenciones, en parte, porque el terapeuta tenía la oportunidad de revisar las sesiones anteriores y por el trabajo continuo de análisis y reflexión realizado por el grupo de terapeutas.
- Siempre estuvo integrado por especialistas con experiencia en el área de la psicoterapia.
- Representó una forma atractiva de terapia, por ser distinta a la psicoterapia tradicional. Por ejemplo: 1) El terapeuta en ningún momento regañaba a las familias y tampoco les decía que hacer, 2) Al igual que la familia éste también era observado por el equipo, 3) No se realizaron pruebas psicométricas que calificaran al cliente como "enfermo" y 4) El diálogo entre el terapeuta y la familia siempre fue en forma de conversación y no de interrogatorio.

- Favoreció la generación de soluciones, en parte por la oportunidad que tuvieron los usuarios y las familias de escuchar en vivo las ideas del equipo, el cual, en la mayoría de las ocasiones estuvo conformado por hombres y mujeres de diferentes edades y relaciones familiares.

#### **4.2. La Residencia en Terapia Familiar y el terapeuta en formación.**

Hablaré de la formación académica y personal del terapeuta.

##### *Formación académica.*

- A diferencia de otras escuelas, el programa de la Residencia incluye la revisión de la mayoría de los modelos de Intervención dentro de la Terapia Familiar.
- El diseño de trabajo, permite que los modelos sean aprendidos tanto en forma teórica, a través de las clases, y práctica, a través de la práctica supervisada en las distintas sedes.
- El que la revisión de los modelos sea por semestre, permite enfocarse en alguno en particular. Eliminando la posibilidad de confusión. La comprensión total de los Modelos queda plasmada en la elaboración del reporte final, en donde se identificaron categorías de análisis para todos los modelos.

##### *Formación personal.*

Mi desarrollo personal dentro de la Residencia lo puedo describir con las palabras *logro y cambio*.

El logro comenzó desde saberme parte de la segunda generación de Terapia Familiar. El conocer los resultados me brindó un sentimiento de éxito dado que, de ante mano sabía que se competía con muchas personas y eran pocos los lugares. Además tenía en claro, que si bien teóricamente estaba preparada, por los cursos y diplomados que anteriormente había tomado, tenía dos desventajas a mi favor: *la edad y la falta de experiencia en la practica*.

Ya en la Residencia, el trabajo en las sedes me permitió reflexionar sobre mi situación familiar y mis propias limitaciones y temores. En términos generales obtuve:



#### IV. CONSIDERACIONES FINALES

---

- La posibilidad de entender mi situación familiar y realizar cambios en mi comportamiento y actitudes que promovieran relaciones más sanas con mis padres,
- Entender y creer los logros alcanzados a lo largo de mi vida.
- Fortalecerme para dar respuesta a las necesidades de los otros (pacientes)
- Mayor seguridad en mis acciones.
- Mayor confianza en mi misma.
- Comprensión y sensibilidad en las relaciones con los otros. Las dificultades con algunos miembros del equipo me permitieron entenderme como parte de la complejidad de las relaciones humanas. Esto se tradujo en una mayor comprensión para las familias atendidas.

#### **4.3. La Residencia en Terapia familiar y la demanda social.**

La revisión realizada sobre el campo psicosocial del país mostró la siguiente información:

A nivel mundial:

- *Los países con mayor poder imponen sus políticas económicas, sociales, culturales y de relación internacional. Esto trae como consecuencia que la humanidad experimente la desigualdad entre naciones, la destrucción de la autonomía económica, política y territorial de los países con menor poder, las constantes invasiones políticas y militares para imponer un régimen particular y la amenaza constante de la seguridad pública.*

En América Latina:

- Los países que la conforman ven fragmentados sus vínculos económicos y políticos, lo que agrava la situación que esta región vive en torno a la pobreza, el desempleo y la desigualdad.

#### **IV. CONSIDERACIONES FINALES**

---

En México:

- No se satisfacen las necesidades básicas de la población como alimentación, vivienda, salud, educación, y seguridad pública. Esta situación se relaciona con el aumento de familias que viven en condiciones desfavorables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplíen.
- Problemas frecuentes: migración, adicciones, divorcios, suicidios, violencia hacia mujeres y menores, delincuencia.

Los resultados obtenidos con la comunidad atendida por esta generación, permite asegurar que con el paso del tiempo y la expansión del trabajo de la Residencia a más comunidades es posible que:

- Un mayor número de familias cuenten con una atención especializada, antes dirigida a las clases privilegiadas por clínicas privadas.
- Se disminuyan las problemáticas señaladas en la Introducción.
- Las familias establezcan relaciones más armónicas entre sus miembros y se consolide como la principal red de apoyo de sus integrantes.
- Los miembros de las familias realicen de forma eficaz sus tareas hacia el grupo.
- Se cambie la imagen cultural de la terapia, y un mayor número de personas viera en ella una alternativa para el enfrentamiento de los dilemas cotidianos.
- Que al interior de las escuelas de nivel básico y medio superior exista el servicio de Terapia familiar. Lo que mejoraría el desempeño escolar de sus alumnos.

R E F E R E N C I A S

- Andersen, T. (1994). *El equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Argentina. Paidós. Pp. 17-35
- Bertalanffy, L.V. (1995). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 215-232.
- Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman L. y Penn, P. (1987). "*Terapia familiar sistémica de Milán*", Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 19-298
- Bowen, M. (1984). *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. II. Aplicaciones*. Desclée de Brouwer, Biblioteca de Psicología.
- Brizzio de la Hoz, A. (1999). *El maltrato infantil en el marco de los derechos humanos*. En: II Congreso Nacional sobre Maltrato Infantil. Memoria. México, DIF, UNICEF, PGR.
- Castañeda M. (1999). *La experiencia homosexual, para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. México: Paidós. Caps. del 5 al 7.
- Calderón A.; Cárdenas, S.; Coulomb, B.; Eibenschutz H.; Escobar T.; Lavore H.; Moguel V.; Nava C.; Pérez A.; Pradilla C.; San Juan V.; y Santacruz F. (2004). *Un México para todos, construyamos un Proyecto Alternativo. Propuesta para discusión*. Coyuntura. Quinta Epoca (123-124), pp. I-XXXII.
- Carrillo, M.A. (1998). *Hacia una cultura de respeto a los menores*. En: II Congreso Nacional sobre Maltrato Infantil. Memoria. México, DIF, UNICEF, PGR.
- Cecchin, G. (1987). *Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad. Una invitación a la curiosidad*. *Family Process* 26, (4). Pp. 405-413

## REFERENCIAS

---

- Conway, Bourque y Scott (2003). El concepto de género. En: Lamas (comps.), *EL GENERO: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Programa Universitario de Estudios de Género. Pp. 21 – 33
- Corsi, (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós.
- Damián y Boltvinik (2003). Evolución y características de la pobreza en México. *Comercio Exterior*. 53 (6). Pp. 519 - 531.
- Desatnik, O., Franklin, A., y Rubli, D. (2002). Visiones, Re – visiones y Super – visión del Proceso de Supervisión. En: *Terapia y Familia*, Vol. 15, No. 1. Págs. 47- 56
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia breve. Un enfoque ecosistémico*. España: Paidós.
- De Shazer, S. (1991) *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Harsch, Catalina. (1994). *Identidad del Psicólogo*. México: Ed. Alhambra Mexicana. Capítulo 8.
- Eguiluz, R. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México. Universidad Autónoma de Tlaxcala y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Enciclopedia Universal Ilustrada (1980). España: Ed. Ediciones Nauta, S.A. Vol. 1.
- Enríquez R. (2003). El rostro actual de la pobreza urbana en México. *Comercio Exterior*. 53 (6). Pp. 532 - 539.
- Espinosa, S. y González M. (1998) *Terapia Familiar Sistémica: definición y alcances en salud mental*. En: Murueta, M., Arzate, R., Espinosa, R. (comps.), *Psicología de la Familia*. México: UNAM – AMAPSI. Pp. 139 - 158
- Epston, D. (1994) *Obras Escogidas*. Gedisa, España. Capítulo 7
- Espejel, E. (1997). *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*. México: Instituto de la Familia, A.C.
- Fernández, Elena; London, Silvia y Tarragona, Margarita (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En: Licea, Gloria; Paquentin,

## REFERENCIAS

---

- Ivonne y Selicoff Helen (comps.) *El equipo Reflexivo en México*. México: Alinde, Instituto de Psicoterapia. Pp. 3-25
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fortes de Leff. (2002). Nos-otros, Tú y Yo. *Terapia y Familia*. 15, (1). Pp. 33-46.
- Flores, O. A. y Pérez, M. N. (2000) "Análisis psicológico-cultural del razonamiento moral de niños y adolescentes mexicanos: un estudio exploratorio". Tesis de licenciatura. UNAM, FES Iztacala.
- Goldner, V; Peggy, P.; Sheinberg, M.; Walker, G. (1990) Love and violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments. *Family Process*. 29 (4)
- Goodrich, T.; Rampage, C.; Ellman, B., y Halstead, K. (1989) *Terapia familiar feminista*. Argentina: Editorial Paidós. Cap. 1,2 y 3
- Haley, J. (1976). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984) *Terapia de ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman (1992). Una postura reflexiva para la Terapia Familiar. En McNamee, S. y Gergen, K.J., (comps.): *La terapia como construcción social*. España: Paidós. P.p. 26-43.
- Huber, E. (2003). Opciones de política social para América Latina: modelos neoliberales y socialdemócratas. *Comercio Exterior*. 53 (6). Pp. 548 – 554.
- I. Gontero (2005) Desarrollo humano en América Latina. Reflexiones a partir de la propuesta de Amartya Sen. *Comercio Exterior*. 55 (2). Pp. 100 – 112.

## REFERENCIAS

---

- Imber-Black, E. (1988). Motivos rituales en las familias y en la terapia familiar. En Imber-Black, E.; Roberts, J. y Whiting, R. (Comps.) *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. España: Gedisa. Pp. 73-112
- INEGI (1999). *La familia mexicana*. México: autor.
- INEGI (2000). *Mujeres y hombres en México*. México: autor.
- INEGI (2004). *Mujeres y hombres en México*. México: autor.
- INEGI (2005). *Mujeres y hombres en México*. México: autor.
- Johansen, B.O. (1982). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. Limusa, México (2ª. Reimpresión, 1986).
- Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldonado M. (1995). *Familias: Una historia siempre nueva*. México. P.p. 47-59
- Marayuma, M. (1963). The second cybernetics: Desviation-amplifying mutual causal processes. *American Scientist*. 51, Pp. 164-179.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1991). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nelson Thorans, S; Eleuridas Colette y; Rosenthal David M. (1986). La evolución del interrogatorio circular. El entrenamiento de Terapeutas Familiares. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12, (6). Pp. 113-127
- Lagarde Marcela (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

## REFERENCIAS

---

- Lamas (2003). La antropología feminista y la categoría de género. En: Lamas (comps.), *EL GENERO: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Programa Universitario de Estudios de Género. Pp. 97 – 128.
- López Barajas, María de la Paz e Izazola (1994). *El perfil censal de los hogares y las familias en México*. INEGI/IISUNAM. (Monografías Censales de México). México.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder. Pp. 43-58
- O Hanlon, W. y Weiner - Davis. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O Hanlon, W. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas (1993)
- Organización Panamericana de la Salud (1994)
- Penn, P. (1982) Interrogatorio Circular. *Family Process* 21, (3).
- Puig, R. J. (1996). *La construcción de la personalidad moral*. México: Paidós. Pp 156-185
- Roberts, J. (1988). Encuadre: Definición, funciones y tipología de los rituales. En E. Imber-Black, J. Roberts y R. Whiting (comps.) *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. España: Gedisa. Pp. 25-72
- Seidler, V.; (2001). Masculinidad, discurso y vida emocional. En: Figueroa, G. y Nava, R. (editores), *Memorias del seminario-taller "Identidad masculina, sexualidad y salud reproductiva"*. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El colegio de México. P.p. 1-49.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, P.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1990). Hipotetizar – Circularidad – Neutralidad. *El proceso de la familia* 19, (1).

## REFERENCIAS

---

- Selvini, P.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja*. España: Paidós. Capítulos del 1 al 7.
- Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. (2004). Código Etico del Psicólogo. México: Ed. Trillas.*
- Simon, F.B., Stierlin, H & Wynne, L.C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Gedisa, Colec. Terapia Familiar, Argentina (3ª reimpresión, 1990).
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*. Agosto. Pp. 65-69
- Tarragona S. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y Familia*. 16 (1) Pp. 45-54
- Tagorrana S. (1990). La mujer en Terapia Familiar, hacia una terapia sensible al género. *Psicoterapia y familia*. 3(2)
- Tena, G. O. (2002) "Normas morales vinculadas a las prácticas reproductivas de mujeres y varones solteros: trabajo asalariado y religión como dimensiones de análisis". Tesis de doctorado: UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Cap. 2
- Tarrago y De Brouwer (1996). Etica para Psicólogos. Introducción a la Psicoética. Bilbao: Editorial: Biblioteca de Psicología. Págs. 219-233.
- VERTIGO. Análisis y pensamiento de México (2005). Anuario 2004. 198 (4). Pp. 143
- Walters, Carter, Papp y Silverstein. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1993). *Teoría de la comunicación humana*. España: Herder. Pp. 49-71
- Watzlawick, Weakland, y Fisch (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder.



## REFERENCIAS

---

Weeks, Jeffrey (1998). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. El Colegio de México.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.

White (2002). *Rescribir la vida*. España: Gedisa.

White (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa. España.

White (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*.

Winkin, Y. (1984). *La nueva comunicación*. Kairós, Barcelona.

Witzeaele, J. J. y García T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

# **A n e x o s**

CUADRO 1. FAMILIAS ATENDIDAS DESDE EL NIVEL DE TERAPEUTA

Familia	Motivo de consulta	Proceso terapéutico		Escenario- supervisoras	Sesiones
		Baja	Alta		
<b>Familia 1</b>	<b>Depresión e insomnio</b>		<b>X</b>	<b>Tlalnepantla - ISSSTE Rosario Espinosa</b>	<b>7</b>
<b>Familia 2</b>	<b>Deserción escolar</b>		<b>X</b>	<b>Clínica CCH Carolina Rodríguez</b>	<b>9</b>
<b>Familia 3</b>	<b>Deserción escolar</b>		<b>X</b>	<b>Clínica CCH Carolina Rodríguez</b>	<b>13</b>
<i>Familia 4</i>	<i>Depresión</i>	<i>X</i>		<i>Clínica CCH Carolina Rodríguez</i>	<i>2</i>
<b>Familia 5</b>	<b>Orientación a los padres relacionado al manejo de algunos problemas con los adolescentes</b>		<b>X</b>	<b>Tlalnepantla - ISSSTE Rosario Espinosa Susana González</b>	<b>2</b>
<i>Familia 6</i>	<i>Terapia de pareja: Infidelidad</i>	<i>X</i>		<i>Tlalnepantla - ISSSTE Rosario Espinosa Susana González</i>	<i>1</i>
Familia 7	Prevención: drogadicción y reprobación		X	Clínica CCH Carolina Rodríguez	5
Familia 8	Orientación de adolescente		X	Clínica CCH Carolina Rodríguez	8
<i>Familia 9</i>	<i>Comunicación</i>	<i>X</i>		<i>Tlalnepantla - ISSSTE Rosario Espinosa</i>	<i>1</i>
<b>Familia 10</b>	<b>Depresión</b>		<b>X</b>	<b>Tlalnepantla - ISSSTE Rosario Espinosa</b>	<b>6</b>
<i>Familia 11</i>	<i>Depresión</i>	<i>X</i>		<i>Clínica CCH Supervisión Cruzada</i>	<i>2</i>

CUADRO 1. En este cuadro se presenta el motivo de consulta, la forma en como concluyó el proceso, el escenario en donde fueron atendidas y el número de sesiones ofrecidas. Las familias resaltadas con el color gris fueron aquellas que propiciaron la reflexión en torno al tema de género, y de las cuales se presenta el análisis teórico metodológico realizado.

El trabajo realizado con la familia 5, resaltada únicamente con negritas, implicó la Intervención en Crisis. Esto explica porque es señala como ALTA pese a las pocas sesiones. La familia acudió al servicio debido a que en el momento expresar diversas problemáticas con sus tres hijos adolescentes que estaban mermando sus recursos.

Las familias 4, 6, 9 y 11, señaladas con cursivas, fueron aquellas que no concluyeron el proceso. Considero importante compartir mis supuestos de ello.

*La familia 4*, representada por una mujer joven decía no tener claridad en el motivo de consulta. Comentaba que debido a las diversas agresiones sexuales que vivió en su niñez por diferentes hombres y al maltratado de su madre su vida ahora era confusa. Solicito el servicio debido a la presión de una amiga, pero no estaba convencida de que pudiera ayudarle. Entre la primera y la segunda sesión tuvo dos faltas con aviso. Después de la segunda sesión ya no se volvió a presentar.

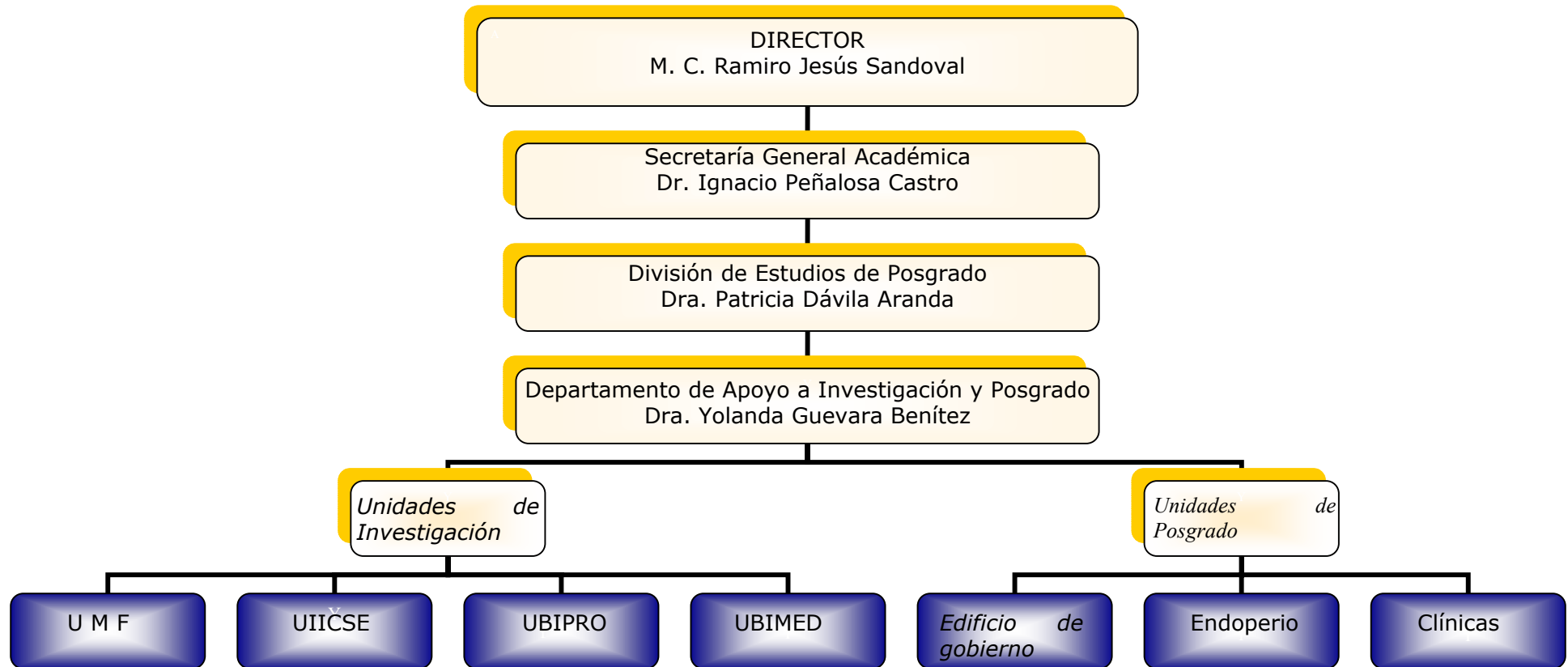
Me parece que su historia personal y familiar llena de situaciones de agresiones extremas le robó, con justificada razón, la confianza en los otros. Sin embargo, meses después al llamarla para evaluar el servicio que se le brindó menciono que fue una lastima que su miedos la hubieran hecho dejar el tratamiento puesto que en esas dos sesiones se sintió desahoga. Reconoció que a nadie le había contado tanto de su vida.

La familia 6 y la 9 eran representadas por las parejas. En ambas, los miembros de las parejas manifestaron un no acuerdo en el motivo de consulta. Mientras las mujeres argumentaban que su prioridad era la atención a sus hijos, los varones hablan de sus problemas de pareja. Pudiera ser que el hecho de no llegar a un acuerdo entre ellos respecto al motivo de consulta derivó a que después de esa primera sesión abandonaran el tratamiento.

En la familia 11, la adolescente fue la que solicito el servicio. El padre había abandonado a la familia y la madre era adicta a las drogas. La adolescente, pese a su corta edad, había asumido el cuidado de su madre y de una hermana menor. Solicitó el servicio en un momento en el que se encontraba muy sobre cargada. Solo se trabajó dos sesiones con ella. Después abandono el tratamiento. Meses después al llamarle para conocer el motivo de su desertión comentó que su mamá había caído gravemente en las manos de la adicción que ella tenía que cuidarla, por lo que no tenía el tiempo para salir de su casa. Dijo que fue una lastima que no pudiera continuar porque en esas sesiones había logrado tomar más fuerza.

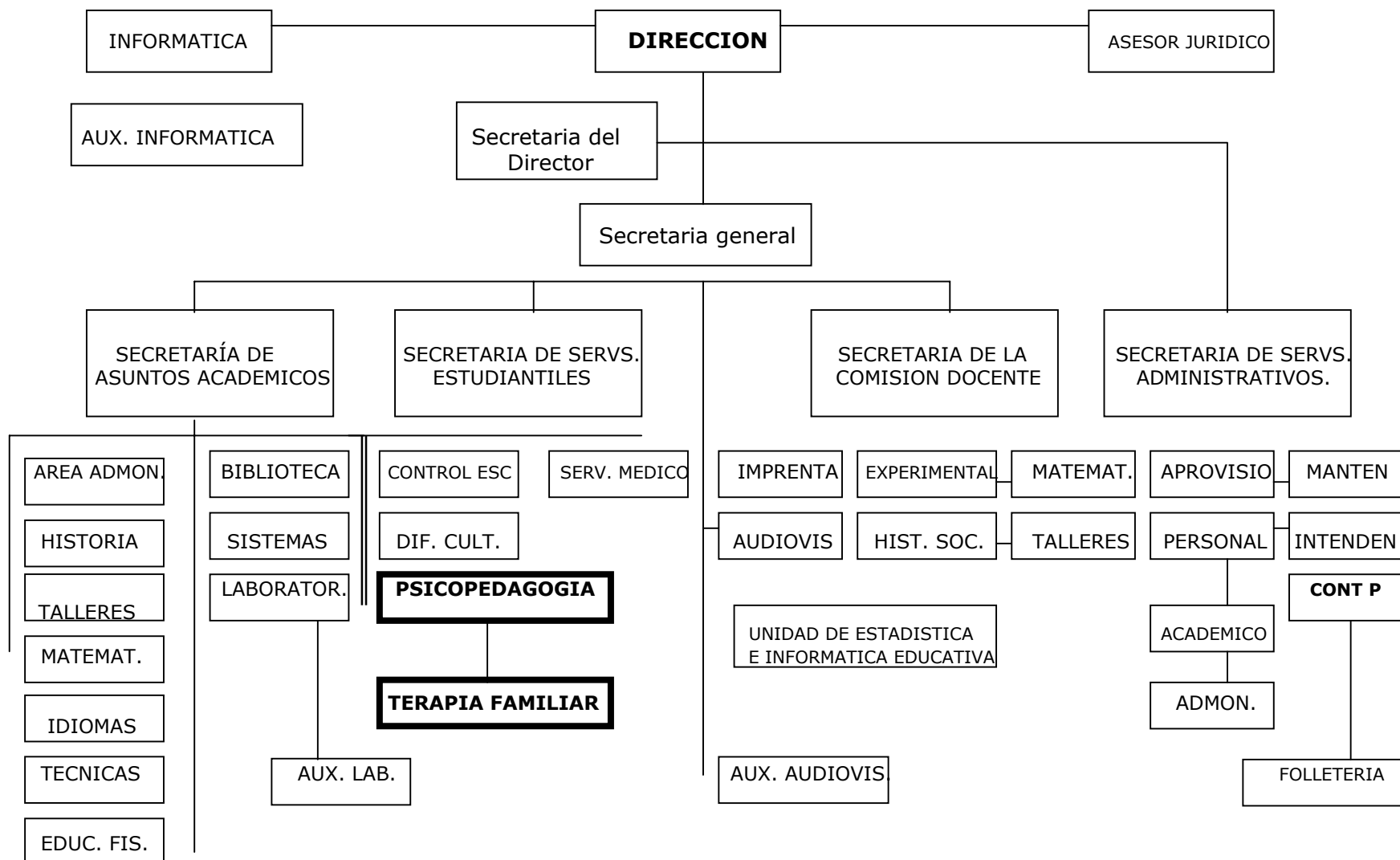
**FIGURA 1. ORGANIGRAMA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



**FIGURA 2. ORGANIGRAMA DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL AZCAPOTZALCO.**



**FIGURA 3. ORGANIGRAMA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA: ISSSTE**

