



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**VIOLENCIA EN LA FAMILIA: AMOR
Y MALTRATO ENTRELAZADOS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARIA OLGA MEJIA ANZURES

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
JURADO DE EXAMEN: TITULAR: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO.
TITULAR: DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO
TITULAR: MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
TITULAR: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
SUPLENTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

México, D. F.

Junio del 2006



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 presente trabajo es el resultado de un sueño personal largamente acariciado y de la suma del esfuerzo, dedicación, entrega y paciencia de varias personas, a quienes de manera especial se los dedico:

A la Maestra Ofelia Desatnik por su guía constante, la retroalimentación a mi trabajo y a mi desempeño durante la maestría.

A la Doctora María Suárez por su confianza, su consejo y el cuidado atento a la realización de este reporte.

A todas y cada una de mis maestras a quienes agradezco profundamente haberme brindado la oportunidad de aprender a aprender a su lado y guiarme con sus consejos y tolerancia en el excitante y reconfortante campo de la Terapia Familiar Sistémica.

A todas mis amigas: gracias por su comprensión, ayuda y paciencia.

A mi familia: mi mamá Queta, Bernardo, Sam, Didí, Samy, Keny, Thabis y a mis chamacos a quienes tanto quiero.

A ti, Josefinita, a donde quiera que estés... Que Dios te acompañe.

Los Reyes Iztacala, Mayo del 2006.

ÍNDICE

1)	ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.	4
1.1	CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	4
1.2	PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS	9
1.3	LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA	10
1.4	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ENTIDAD Y SEDES DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO	12
1.5	EXPLICACION DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS	18
1.6	PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS CLÍNICOS	21
2)	ANÁLISIS TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	23
2.1	LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS	25
2.2	LA TEORÍA CIBERNÉTICA	26
2.3	LA NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	28
2.4	FUNDAMENTOS DE LAS TERAPIAS POSMODERNAS: CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL	30
2.4.1	MODELO ESTRUCTURAL	33
2.4.2	MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS	40
2.4.3	TERAPIA ESTRATÉGICA	44
2.4.4.	MODELO DE MILÁN	50
2.4.5	PERIODO POST MILÁN	54
2.4.6	MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES	55
2.4.7	MODELOS POSMODERNOS Y SUS CARACTERÍSTICAS	61
2.4.8	TERAPIA NARRATIVA	64
2.4.9	EL EQUIPO REFLEXIVO	67
2.4.10	ENFOQUE DE LOS SISTEMAS DE LENGUAJE COLABORATIVOS	70
3)	HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS	74
3.1	INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES Y ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CON FAMILIAS	75
3.2	ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DEL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	115
3.3	ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL	137
3.4	HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	143
3.4.1	REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO METODOLOGÍA <i>CUANTITATIVA</i>	143
3.4..2	REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO METODOLOGÍA <i>CUALITATIVA</i>	145
3.5	HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA	124
3.5.1	PRODUCTOS TECNOLÓGICOS INDIVIDUALES	147
3.5.2	PRODUCTOS TECNOLÓGICOS COLECTIVOS	148
3.5.3.	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNTARIA	150
3.5.4	PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN FOROS ACADÉMICOS	152
3.6	HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL	154
3.6.1	ASPECTOS ÉTICOS Y DE COMPROMISO EN EL TRABAJO CON FAMILIAS	157
	CONSIDERACIONES FINALES	160
	BIBLIOGRAFÍA	164

INTRODUCCIÓN

1) ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

Al iniciar el nuevo milenio, México al igual que muchos otros países en el mundo, enfrenta serios retos derivados de los cambios estructurales en diferentes esferas como las sociales, económicas, políticas y culturales. Aspectos como la salud, la educación y la pobreza extrema continúan siendo temas de debate no sólo entre quienes tienen como tarea legislar acerca de ellas; también las instituciones, la sociedad en general y en particular quienes pertenecen a los niveles socioeconómicos más bajos tienen como preocupación primordial la problemática y condiciones de vida derivadas de éstas. El acceso limitado o inadecuado a las instituciones, especialmente a las políticas, educativas y de salud, se refleja en la marginación, la ignorancia, el analfabetismo, la migración, el desempleo, el aumento en las enfermedades crónico-degenerativas, entre otras. (Programa de Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología 2001).

Esto incide a su vez en otro tipo de problemas como son el crimen organizado y la delincuencia, las adicciones, la violencia de género y en la familia, el abuso infantil, el incremento en las infecciones de transmisión sexual, el índice de reprobación y deserción escolar, el incremento de embarazos en adolescentes, abortos mal practicados, entre otros.

Los costos sociales son bastante altos como puede verse por ejemplo en los procesos de industrialización y globalización con la creciente inserción de las mujeres en el mundo laboral sin una adecuada división de los roles y tareas domésticas que ha derivado en la doble e inclusive triple jornada para éstas con serias consecuencias en su salud y calidad de vida.

La descentralización de las industrias del área urbana deriva ahora en tener que recorrer grandes distancias y utilizar dos o tres horas en el trayecto de ida y vuelta diariamente, lo que genera un incremento del estrés en las personas y un deterioro de las relaciones familiares.

La lucha de diferentes grupos sociales hasta ahora marginados, por un reconocimiento igualitario a nivel social y su presencia en diferentes ámbitos reclamando sus derechos, como es el caso de las diferentes etnias y personas con orientación homosexual y personas con capacidades diferentes, parece en pleno siglo XXI ofender a ciertos sectores de la sociedad, lo que demuestra las carencias en las

estructuras sociales y educativas, formales e informales. Esto genera en dicha población diversas problemáticas.

Las fallas en la estructura social, política y económica del país, principalmente el desempleo, se refleja en el fenómeno de la migración; un gran porcentaje de la población mexicana se ve obligada a abandonar su tierra, sus costumbres, su familia, para emigrar a otros países, entre los que se encuentran principalmente Estados Unidos, en busca de mejores oportunidades para sí y sus respectivas familias. Lo cual se refleja en procesos de reestructuración de la familia.

Existe otro tipo de migración que se da en una población que se considera como no movable en esa etapa de la vida. La migración en la vejez o tercera edad es también un fenómeno de características interesantes, ya que se considera que esta etapa debe ser para vivir en forma tranquila con una pensión digna y decorosa. Esta visión de la vejez como un momento de la vida para el retiro se ve fuertemente influida por la ambivalencia cultural que se vive; por un lado la visión del respeto, el reconocimiento por "la sabiduría y experiencia adquirida a través de los años" y por el otro el desprecio y el maltrato hacia las personas de la tercera edad que se da principalmente en el seno de la familia, lugar que se presume como de seguridad y protección (Tuirán, 1999 en: Partida, 2004).

Esta migración se da dentro del mismo país o intermunicipalmente, en muchas ocasiones es el medio principal para sobrellevar los años posteriores al retiro laboral cuando no existe una pensión de por medio; otros medios son ingresar al sector informal de la economía o en un empleo de baja calificación con el consecuente salario bajo. Por esto la migración se da en muchas de las ocasiones buscando el apoyo necesario en familiares y amigos así como la búsqueda de un entorno menos agitado que el de la vida urbana que les permita vivir más tranquilos aunque esto implique una movilidad de su lugar de origen (Partida, 2004).

El fenómeno que está incidiendo en la estructura social y que requiere de estrategias efectivas para afrontarlo a diferentes niveles es la transición demográfica que vive el país la cual se dirige a un marcado envejecimiento de la población; se considera por adultos mayores a aquellas personas de 60 años en adelante. De acuerdo a datos proporcionados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), aún en el año 2050 en la estructura por edad, se podrá observar el impacto del crecimiento acelerado de las generaciones nacidas durante la segunda mitad del siglo XX, cuyo impacto se estima se detendrá ya entrada la segunda mitad de presente siglo. Factores como la proporción de los decesos sobre los nacimientos, la intensa migración hacia Estados

Unidos, han reducido el crecimiento natural; la reducción de la tasa de fecundidad en la mujer, mientras la esperanza de vida permanece en aumento (72.7 años para hombres y 77.6 para mujeres). Aún más significativa ha sido la disminución de 16 por ciento en la tasa de mortalidad infantil, por lo que los hogares con adultos mayores se incrementa día a día (Partida, 2004b).

Un aspecto no menos inquietante lo constituye la violencia social la cual a través de todas sus manifestaciones: física, sexual, psicológica, emocional, económica, atraviesa diversas capas de la sociedad hasta llegar a la familia, en donde la violencia de género; la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer, generalmente (sin negar que existe violencia de mujer hacia el hombre) o la violencia hacia las personas de orientación homosexual se traduce en una violencia sin límites; ejemplo de ello son los feminicidios que se dan a lo largo de todo el país y las muertes violentas de los homosexuales, que son considerados como crímenes de conciencia.

Resulta inquietante que de acuerdo a datos proporcionados por el Instituto Nacional de las Mujeres, al realizar la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2003 (ENDIREH 2003) en México y América Latina sobre violencia de pareja, por lo que hace a nuestro país la encuesta se levantó en 11 estados a través de un cuestionario a 34 mil 184 mujeres mayores de quince años de edad que viven con su pareja, se encontró que: de las mujeres que viven con su pareja en el mismo hogar, el 44% reportó algún incidente de violencia emocional, física o sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta. De este 44% más de la mitad padece al menos dos tipos de violencia distintos, uno de los cuales es la violencia psicológica. El 35.4% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia emocional. El 27.3% de la mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia económica. El 9.3% viviendo al menos una experiencia de violencia física. El 7.8% viviendo al menos una experiencia de violencia sexual (<http://www.inmujeres.gob.mx/vidasinviolencia/reto.index.htm>).

La violencia hacia otros grupos vulnerables como son l@s niñ@s, las personas con capacidades diferentes y de la tercera edad hace acto de presencia diariamente entre los diferentes estratos sociales, aunque es innegable que los estratos más desprotegidos política y económicamente se ven más afectados. El maltrato por acción u omisión intencional en contra de algún miembro de la familia es algo frecuente en nuestro país. Las estadísticas regionales dan cuenta de la gravedad del caso. De acuerdo a la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999 se informa que en 30 por ciento de los hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, alguno de sus miembros ha estado expuesto a violencia; los estudios llevados a cabo arrojan que en la mayoría de los casos son los hombres quienes agreden, en casi 50 por ciento de los

hogares las agresiones provenían precisamente del considerado jefe de la familia y en 44.9 por ciento las víctimas son las hijas e hijos. (<http://www.conapo.gob.mx./prensa/informes/003.pdf>).

Esto se relaciona con el deterioro de la calidad de vida de las personas en general y de los grupos vulnerables en particular, que genera en los individuos, las familias, los diferentes grupos y la sociedad en general condiciones de riesgo en las redes sociales que afectan el bienestar y la salud física y psicológica de la población, lo que se observa en la incidencia de problemática de salud pública como son el estrés y la depresión en la población adulta e infantil, los intentos de suicidio y los suicidios consumados, el aumento de la presentación de esquizofrenia, la desintegración familiar debido al incremento de divorcios principalmente entre la población en edad productiva y reproductiva, el incremento de hogares dirigidos por adultos y por mujeres, otras causas por viudez y la sobrevida con relación a los hombres, los hogares unipersonales, entre otros.

Baste decir que, a nivel mundial, la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad medido en años de vida perdidos ajustados por discapacidad y muerte prematura y que en pocos años ocupará el segundo lugar, epidemiológicamente a nivel nacional e internacional; la prevalencia de depresión entre mujeres y hombres es de 2 a 1. En nuestro país, la prevalencia de por vida es 10% en mujeres y 5.2% en hombres. Además del sufrimiento la depresión tiene consecuencias sobre la salud física, social y familiar y social (Lara, Navarro y Navarrete, 2005)

Por lo anterior se puede señalar que una problemática tan diversa requiere de un abordaje proveniente de las diferentes disciplinas: sociología, trabajo social, derecho, medicina y psicología entre otras, que tomen en cuenta de forma sistémica la manera en que instituciones como la educación, la salud, la religión se vinculan con la unidad más pequeña pero más significativa como es la familia, al ser considerada como la unidad elemental para asegurar el bienestar de las personas y reconocerse su papel como intermediaria en relación con el contexto socioeconómico más amplio. En consecuencia, los hogares constituyen el ámbito natural de las acciones de diversas políticas públicas.

Tal es el impacto de la familia en nuestra sociedad y la cultura que el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo retoma como punto central en el debate sobre estos mismos rubros y en el diseño de las políticas pertinentes precisamente a la familia, pues es en la convivencia e interacción familiar en donde tiene lugar la socialización primaria de sus miembros.

En la familia (concretamente en los espacios hogareños) "...se despliegan fuertes lazos de afecto y solidaridad; se transmiten los valores que nutren y enriquecen la vida de las personas; se reúnen y asignan los recursos dirigidos a satisfacer las necesidades de sus miembros; se configura la división del trabajo con arreglo a las normas culturales y de acuerdo con la edad, el sexo y el parentesco de sus integrantes; y se toman las decisiones relativas a los eventos vitales de relevancia en el ámbito demográfico que estructuran y marcan la trayectoria de vida de las personas. Sin embargo, también en la familia se construyen relaciones de poder y autoridad, y a menudo la violencia ejercida en contra de alguno de sus miembros permanece oculta al interior del hogar..." (<http://www.conapo.gob.mx./prensa/informes/003.pdf>).

Es importante observar los cambios que ha tenido la familia a lo largo del tiempo, en donde mismo término hace referencia a diferentes arreglos entre sus miembros, aunque sus funciones psicosociales como el cuidado, la atención y satisfacciones básicas alimentarias y educativas de sus miembros, la socialización de éstos, etc., continúan siendo muy similares, no puede negarse que dichas funciones pueden verse obstaculizadas por aspectos de tipo social. La transición demográfica ha contribuido a modificar tanto los escenarios como las composiciones en cuanto a tamaño y composición de los hogares, la estructura del curso de vida y en las relaciones de género y de generación en generación. Tales transformaciones tienen una amplia repercusión no sólo en la estructura de la familia; también el ciclo vital, la dinámica y las relaciones al interior de la familia y al exterior con otros sistemas familiares.

1.2 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

Los cambios sociales, económicos y culturales han tenido un fuerte impacto en la salud y bienestar de la población en general y principalmente en las familias; los grandes movimientos sociales han permitido identificar una serie de problemas que, si bien han existido desde hace mucho tiempo, han venido sufriendo aumentos y variaciones cada vez más difíciles de enfrentar.

A ello ha contribuido la urbanización y la modificación de las relaciones en los ámbitos público y privado; funciones que antes sólo eran desempeñadas por las familias, ahora están siendo asumidas por las instituciones. No obstante, las familias han tenido que adoptar estrategias dirigidas a reducir o mitigar el impacto del desempleo y bajos salarios entre otras, para adaptarse a dichos cambios. Un aspecto en donde todo esto se refleja es en las transformaciones al interior de las familias que han tenido que reorganizarse al interior y exterior de esta (Programa de Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología, 2001).

El abandono del hogar conyugal sin causa justificada por parte de algunos hombres, la negativa a contribuir voluntariamente al sostenimiento de los hijos a través de una pensión y el adulterio como ejemplos, conllevan el detrimento de la salud integral de todos los miembros de las familias, el estrés, la presión y la enfermedad derivado de la falta de apoyo o de redes sociales son cada vez más frecuentes (Lara, et al., 2005).

Estos cambios estructurales y los problemas derivados de éstos pueden observarse en las transformaciones en las configuraciones familiares. Tal fue el caso de las familias con las que se trabajó en los diferentes escenarios y sede clínica. Eran familias monoparentales dirigidas por mujeres, donde ya fuera la madre o la abuela, eran la principal fuente de apoyo económico y emocional. Así también se observaron familias viviendo momentos de transición ya fuera por separación, muerte de algún ser querido o en proceso de divorcio.

Los principales problemas que presentaban estas familias tenían que ver con la etapa del ciclo vital que estaban viviendo. Uno de los más frecuentes era los conflictos generacionales entre padres o madres con hij@s adolescentes, problemas de aprendizaje o de conducta, principalmente el rompimiento de reglas por parte de ést@s últimas y la incapacidad de los padres, debido a la educación recibida, para negociar y establecer una comunicación clara y directa con sus hij@s. La percepción de incapacidad por parte de madres jóvenes para relacionarse con la maternidad y los hi@s. Los problemas de conducta y reprobación escolar, asociados en varios de los

casos al trastorno por déficit de atención en la educación primaria o a la dinámica familiar.

Otro de los problemas fue la violencia intrafamiliar física y emocional que estaba presente casi independientemente de la configuración familiar, el número de integrantes, o la etapa del ciclo vital en que se encontrara la familia. Esta problemática está estrechamente relacionada con las relaciones de género consensuadas socioculturalmente y que afecta a los grupos más vulnerables, lo cual se concretó en las familias que asistían a terapia, en donde principalmente las mujeres y l@s niñ@s eran los más afectados, lo cual concuerda con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de las Mujeres (2005).

La violencia intrafamiliar ha traspasado las barreras de la pareja y los hijos para extenderse a las personas adultas mayores, población que va en aumento debido a que se ha incrementado la esperanza de vida. Generalmente son personas con alguna enfermedad crónica que requieren de cuidados especiales, pero que en ocasiones pueden ser el blanco de abuso y maltrato por parte de hij@s o los familiares con los que viven.

Los problemas derivados de la pérdida de algún ser querido; en caso de divorcio, de la pareja o por muerte de algún ser querido estuvieron presentes en la población con la que se trabajó, depresión, pensamientos suicidas y problemas de comunicación con los padres eran algunas de las consecuencias en las personas con las que se trabajó en consulta.

1.3 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA

La situación económica y política que se vive actualmente a nivel mundial con sus múltiples repercusiones en todos los niveles: cultural, social, familiar e individual requiere, obviamente, de un enfoque multidisciplinario para dar solución a los diversos problemas existentes. Desde el campo de conocimiento que atañe a la Psicología y, particularmente, a la Terapia Familiar en general y en especial a los enfoques sistémicos y posmodernos, se propone abordar a la familia en relación con otros sistemas más amplios como unidad de trabajo. La particularidad de estos enfoques es que conciben a la familia como un sistema en el que sus miembros se relacionan entre sí y forman una unidad frente al medio externo, relacionándose y retroalimentándose continuamente de los demás subsistemas (Ochoa de Alda, 1995).

El enfoque sistémico en el ámbito terapéutico se caracteriza por la posibilidad de brindar atención a problemas psicológicos diversos que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Estas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones y en la comunidad. Existen una amplia gama de modelos teóricos y metodológicos que se desprenden del enfoque sistémico y de los modelos posmodernos: estructural, estratégico, centrado en problemas, centrado en soluciones, Milán, periodo post Milán, narrativa, equipo reflexivo, enfoque colaborativo-conversacional, entre otros.

En nuestro país, existen varias instituciones educativas y de salud que de manera conjunta han dado respuesta a la demanda social a través de poner en práctica programas de prevención e intervención de la problemática desde el campo de la Terapia Familiar. Una de estas instituciones es la Universidad Nacional Autónoma de México, que cuenta con programas para formar profesionales formados para la investigación y para contribuir a la resolución de los problemas de salud integral del país. En especial, en sus programas de posgrado, prepara a hombres y mujeres en las áreas de investigación, docencia y práctica profesional, cuidando los aspectos éticos y de compromiso con la realidad social (Plan de desarrollo de Posgrado en la UNAM).

En la docencia, a través del desarrollo de planes y programas de estudio en Terapia Familiar en diferentes universidades e institutos, cuidando de manera especial los aspectos de actualización e intercambio académico con universidades dentro y fuera del país. En cuanto a la investigación en el campo de la terapia familiar, debido a la amplitud conceptual y clínica, existe un sinnúmero de áreas y problemas que han sido objeto de estudio.

Las áreas objeto de investigación en terapia familiar son: la estructura y funcionamiento de familias y parejas, terapia familiar aplicada en problemas de salud crónicos (VIH-SIDA, lupus, cáncer, diabetes, hipertensión arterial, etcétera). Relación terapeuta-familia, ciclo vital y crisis de transición (pérdidas por separación en casos de divorcio o muerte de algún ser querido, de algún miembro de la familia que migra hacia otro estado de la República o a otro país). El diseño de nuevas estrategias terapéuticas que sean útiles en problemas sociales derivados de nuevas condiciones socioeconómicas y políticas que generan mucho estrés y afectan la calidad de vida de las personas y que desafortunadamente día con día se incrementan, ejemplos de ello son la migración, violencia de género e intrafamiliar, delincuencia y crimen organizados, robos y secuestros, entre otros (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, UNAM).

La terapia familiar tiene en México una larga tradición y un continuo desarrollo, sólo en cuanto a instituciones a nivel licenciatura, existen once oficiales distribuidas a lo largo del país, así también existen escuelas y centros particulares, que brindan formación y atención desde el enfoque sistémico y construccionista, lo que significa que tanto los presupuestos básicos como la diversidad de teorías de estos enfoques son compatibles con la idiosincrasia, ideología y condiciones sociopolíticas de nuestras familias. (Eguiluz, 2004).

1.4 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ENTIDAD Y SEDES DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

El programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica tiene como objetivo principal el generar en los/las estudiantes competencias profesionales especializadas; la mayoría de los programas docentes se encuentran dirigidos al desarrollo de habilidades clínicas para la atención y estudio de problemas psicológicos en el contexto de la práctica clínica supervisada, bajo la modalidad del trabajo en equipo con casos reales, contempla para ello un sistema de formación y supervisión en el servicio que requiere un mínimo de 1600 horas de práctica supervisada durante dos años.

Estas prácticas supervisadas en vivo tienen lugar en los escenarios en donde se imparte la Maestría, como es el caso de la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, así como en sedes externas de consulta. En el caso de la FESI la práctica clínica se llevó a cabo en tres escenarios: La Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tlalnepantla, el Colegio de Ciencias y Humanidades (C.C.H.) plantel Azcapotzalco y en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI.

Debido a la rotación que cada semestre se hace de los equipos de estudiantes para el trabajo y supervisión en los diversos escenarios es que se contemplan estancias cortas en éstos, lo que permite conocer y trabajar con diversos sistemas familiares (individuo, pareja, familia) y abordar diferentes problemáticas psicológicas. A continuación se describen de manera breve la Entidad correspondiente a la FESI y las sedes clínicas en donde llevé a cabo mis prácticas (<http://www.unam.mx/maestrías/psicología>).

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA (FESI)

Está ubicada en Avenida de los Barrios número uno, colonia Los Reyes Ixtacala, Municipio de Tlalnepantla de Baz, en el Estado de México, C. P. 54090.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) que en este año está cumpliendo su 35 aniversario, fue creada en el año de 1975 como parte del programa de descentralización de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el nombre de Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. El área de conocimiento son las ciencias biológicas y de la salud, se integró inicialmente con cuatro licenciaturas: Medicina, Biología, Odontología y Psicología y la carrera de Enfermería a nivel técnico, posteriormente integra los planes de estudios de las Licenciaturas en Optometría y Enfermería respectivamente.

Dentro de la FESI se encuentra la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) en donde los/las estudiantes de la licenciatura realizan sus prácticas y proporcionan servicios a la comunidad como parte de su servicio social. En el caso de la licenciatura en Psicología los servicios corresponden a las áreas de Desarrollo Psiconeurológico, Educación Especial y Rehabilitación y Psicología Clínica respectivamente.

En el caso de los estudios posteriores a la licenciatura, la División de Investigación y Posgrado de la Facultad tiene como función principal apoyar y dar seguimiento a las labores de investigación, para lo cual cuenta con cuatro unidades de investigación: la de Morfología y Función (UMF), la de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE), la de Biología, Tecnología y Prototipos (UBIPRO) y la de Investigación en Biomedicina (UBIMED) en donde se desarrollan proyectos de investigación en las áreas de biología, educación y psicología. Cuenta también con 57 profesores de carrera que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores. En lo que respecta al Posgrado, Iztacala participa en cinco Programas: Ciencias del Mar y Limnología, Ciencias Biológicas, Psicología con residencia en Terapia Familiar, la Maestría en enfermería y la Maestría en Docencia para la Educación Media Superior (MADEMS), así como en dos Especializaciones en Endoperiodontología y Ortodoncia (<http://www.iztacala.unam.mx/posgrado>)

También a nivel de Posgrado en Psicología, la Facultad cuenta con la Clínica de Terapia Familiar, que está ubicada en el primer piso del edificio de Endoperio. La clínica de Terapia Familiar brinda, a partir del mes de marzo del 2002, servicio psicoterapéutico a la comunidad en general como parte del sistema de formación y supervisión en vivo de los/las estudiantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

La clínica está integrada por dos cubículos pequeños, separados por un espejo unidireccional. En uno de los cubículos, el/la terapeuta encargada trabaja con las familias que le han sido asignadas; en el otro cubículo se ubican los equipos

terapéutico y de supervisión respectivamente. La clínica está equipada con una videocámara, una videocasetera, un televisor, una línea telefónica con sistema de comunicación interna, un micrófono y un aparato amplificador.

Como ya se mencionó la población de usuarias/os del servicio son generalmente personas de la comunidad en general y las que provienen de las primarias y secundarias de las diversas colonias cercanas a la escuela, de población estudiantil a nivel licenciatura y posgrado o especialidad y los/las trabajadores/ras de la misma Institución. Al ser una población tan diversa permite al/la terapeuta en formación una visión muy completa de varias problemáticas psicológicas.

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES (CCH) ATZCAPOTZALCO

El C.C.H. Atzacapotzalco está ubicado en la Avenida Aquiles Serdán número 2060 en la Colonia ExHacienda el Rosario en la Delegación Atzacapotzalco, México, Distrito Federal.

El Colegio de Ciencias y Humanidades es uno de los sistemas de bachillerato de la Universidad Nacional Autónoma de México, el otro es la Escuela Nacional Preparatoria. El programa del Colegio se divide a través de semestres y se cursa en tres años.

El Colegio de Ciencias y Humanidades es una institución académica, que ofrece estudios de enseñanza media superior. El proyecto fue aprobado por el Consejo Universitario de la UNAM el 26 de enero de 1971 siendo rector Pablo González Casanova, atendiendo a una gran demanda de ingreso a nivel medio superior y al mismo tiempo resolver la desvinculación existente entre las diversas escuelas y facultades y los institutos y centros de investigación de la UNAM, además de impulsar la transformación académica de la propia Universidad con una nueva perspectiva curricular y nuevos métodos de enseñanza.

Actualmente está conformado por una Dirección General, cinco planteles, y por un Laboratorio Central, con sus instalaciones ubicadas en la Ciudad Universitaria de la UNAM, y atiende a una población estudiantil de 60mil alumnos, con una planta docente de aproximadamente 2 mil 800 profesores. Su plan de estudios sirve de modelo educativo a más de mil sistemas de bachillerato de todo el país incorporados a la UNAM. El organigrama del Colegio lo preside un Director General y nueve secretarías que apoyan su actividad académica y administrativa. Los planteles cuentan con dos turnos, de aproximadamente 55000 alumn@s.

MISIÓN Y FILOSOFÍA DEL C.C.H.

La misión institucional se funda en el modelo de acción educativa distintiva del CCH en donde sus concepciones de educación y de cultura, los enfoques disciplinarios y pedagógicos derivados de éstos han mantenido su vigencia y aceptación generalizada. El Colegio tiene como propósito que sus egresados respondan al perfil determinado por su Plan de Estudios, que sean sujetos y actores de su propia formación y de la cultura de su medio, utilizando instrumentos clásicos y tecnologías actuales, y resolver con ella problemas nuevos, lo que sentará las bases para cursar con éxito sus estudios superiores y ejercer una actitud permanente de formación autónoma.

Desde siempre el CCH ha adoptado los principios de una educación moderna y considera al estudiante como individuo capaz de captar por sí mismo el conocimiento y sus aplicaciones. La visión de aprendizaje se privilegia por encima que el de enseñanza dentro del proceso educativo; el papel del docente consiste en dotarle de los instrumentos metodológicos necesarios para que posea los principios de una cultura científica y humanística. Se pretende formar estudiantes que aprendan a aprender, críticos y participativos <http://www.cchazc.unam.mx>

Al basarse en uno de los objetivos fundamentales del Colegio que es el desarrollo integral de la personalidad de los/las jóvenes (individual y socialmente) y no solamente su formación académica, el C.C.H. Azcapotzalco es pionero al incorporar como parte de sus servicios el que proporcionamos los/las terapeutas en formación, que es el apoyo psicoterapéutico que como parte de la supervisión en vivo del Programa de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de la Maestría en Psicología se proporciona con apoyo del Departamento Psicopedagógico del plantel y cuenta para ello con un espacio creado ex profeso a finales del 2003.

La clínica de Terapia Familiar está ubicada en un espacio del segundo piso del SILADIN, sin embargo resulta importante mencionar que antes se prestaba el servicio en uno de los salones del espacio destinado al Departamento de Recursos audiovisuales del plantel, el que proporcionaba únicamente una videocasetera VHS y un televisor; la videocámara era prestada por los mismos residentes de la maestría. En el mismo lugar trabajaban el equipo de supervisión, terapéutico, el/la terapeuta encargada y la familia.

Actualmente el espacio terapéutico cuenta con dos cubículos amplios separados por un espejo unilateral. En uno de éstos se reúnen el equipo de terapeutas y el de supervisión; en el otro la familia y el/la terapeuta asignada para trabajar con ésta. Los

cubículos están equipados con una línea telefónica con sistema de comunicación interno, un micrófono ambiental, una televisión, una videocámara y la videocasetera.

Las personas usuarias de este servicio pertenecen generalmente a la comunidad estudiantil y sus familias, en menor medida se trabaja también con trabajadores/as del Colegio. Las problemáticas principales que se abordan en esta sede clínica son de tipo emocional o relacionados con la escuela. Son los/las estudiantes mismos quienes directamente solicitan el servicio psicológico en el Departamento de Psicopedagogía o son enviados por los/las docentes del plantel.

CLÍNICA FAMILIAR DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

La Clínica está ubicada en la Calle de Xalpa Número 68 de la Colonia Valle-Ceylán en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

En el año de 1960 que se crea el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSTE) con el propósito de lograr una protección social efectiva para todos los servidores públicos. La Ley del ISSSTE fue la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, beneficiando tanto a trabajadores como a sus familiares con diversos servicios

VISIÓN Y MISIÓN DEL ISSSTE

Su visión consiste en proporcionar a todo/a derechohabiente con los servicios acordes a sus necesidades y expectativas, normados bajo códigos de calidad y calidez que permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida, en las áreas económica, de salud, vivienda, formación y actualización; así como una diversificación de las actividades en materia de deporte, cultura y recreación.

En cuanto a su misión, es la de contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los/las trabajadores/as al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, de vivienda, tiendas y farmacias y servicios turísticos.

Es importante mencionar que en esta Clínica de Medicina Familiar se ha ofrecido servicio de terapia familiar supervisada desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar creado e impartido por algunas de las docentes de la propia Maestría a través de un convenio formal celebrado entre ambas Instituciones para que los/las residentes

de este programa pudieran dar servicio en el turno matutino, dos días a la semana, en el área de Psicología de dicha institución.

La práctica supervisada se lleva a cabo en el consultorio número 12 destinado a Psicología. Cuenta con dos cubículos; uno pequeño destinado a guardar objetos personales y otro amplio en donde tienen lugar las sesiones. Cuenta con una videocámara, una televisión con videocasetera. En este mismo espacio, un consultorio amplio, se reúnen los equipos terapéutico y de supervisión, así como la/el terapeuta asignado para trabajar con la familia. La comunicación entre supervisoras y terapeuta es a través de un pizarrón ubicado al fondo del consultorio de espaldas a la familia, en el extremo opuesto a la terapeuta.

El contacto de los/las consultantes se realiza por medio del personal médico quienes envían directamente al servicio de Psicología a las personas para su atención en donde son por primera vez atendidos por la psicóloga de la Institución, quién a su vez proporciona las hojas de remisión a las supervisoras para la distribución de los/las consultantes a los/las residentes de la Maestría.

Los usuarios/as de este servicio son trabajadores/as de diversas dependencias del gobierno afiliados al Instituto y el servicio se brinda como parte de sus derechos laborales. En general la población se remite con base en un diagnóstico relacionado tanto con la "salud mental" o emocional como es el caso de ansiedad, depresión, intento de suicidio, duelo por pérdida o separación, violencia intrafamiliar, etc., o algún trastorno derivado de problemas de salud física con el objeto de trabajar sus correlatos emocionales y/o psicológicos, por ejemplo estrés asociado a una intervención quirúrgica, estrés postraumático resultante de algún accidente laboral, etc, depresión asociada a procesos de menopausia o andropausia, entre otros.

1.5 EXPLICACION DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS

La práctica clínica supervisada constituye la actividad preponderante de toda maestría profesionalizante, por lo que la Residencia en Terapia Familiar tiene destinada para ésta un promedio de 250 horas reales por semestre. En la práctica se llevan a cabo actividades de observación, supervisión y terapéuticas. A continuación se describe la forma de trabajo de los/las terapeutas en formación de acuerdo al semestre cursado y

a las características del contexto físico, la formación teórico-metodológica de las supervisoras y el estilo propio de la terapeuta entrenada.

Es de hacer notar que tanto el tipo de actividad como el tiempo designado para la práctica supervisada, se van incrementando de acuerdo al avance en los semestres. Es decir, en primer semestre, se forma parte del equipo de terapeutas que tienen como principal actividad la observación y toma de notas de los procesos terapéuticos en donde algún compañero/a del segundo semestre es la persona encargada de trabajar en terapia directamente con la familia; a partir del segundo y hasta el cuarto semestre se trabaja como terapeuta asignado a un sistema en particular: individuo, pareja o familia respectivamente, independientemente de los escenarios clínicos, las cuales se van rotando semestre tras semestre. Es decir, se inicia y se termina el entrenamiento en la misma sede generalmente, a menos que con propósitos de formación se considere pertinente el cambio del/la residente a otra sede aunque ya haya pasado por ésta.

- PRIMER CONTACTO CON EL SISTEMA FAMILIAR

En cualquiera de los escenarios clínicos existe una persona encargada de llevar una lista con los nombres y datos de todas las personas que solicitan el servicio: en el caso de la Clínica de Iztacala es una de las supervisoras la encargada de atender a la gente y recabar la información pertinente. En el Colegio de Ciencias y Humanidades, el personal del Departamento de Psicopedagogía se convierte en el primer punto al que acuden los/las estudiantes o personas en general que solicitan el servicio, mismo que remite las solicitudes a la supervisora encargada de asignar finalmente los casos a los/las residentes. En el caso del ISSTE, como ya se mencionó, el personal médico remite a la psicóloga de la Clínica los expedientes, ésta a su vez se los proporciona a las supervisoras quienes los asignan a las/los residentes.

- PRIMER CONTACTO DEL/ LA TERAPEUTA CON EL SISTEMA FAMILIAR

Los datos que se proporcionan al/la terapeuta en formación son básicamente los siguientes: el nombre de quien solicita el servicio, número telefónico y el motivo por el cual solicita la consulta, se comenta el día y hora en que se llevarán a cabo las sesiones. Ahora bien, el primer contacto terapeuta-familia en todas las ocasiones es a través del teléfono, en donde por medio de una breve entrevista se hace la presentación y se obtiene información general acerca del o los consultantes, a través de esta llamada se obtiene el motivo de consulta con más detalle, sus antecedentes,

impacto en la familia y se empieza a formar el genograma familiar (quienes integran la familia, obteniendo nombres, edad, ocupación, etc., quienes viven en el domicilio).

Se hace saber a la persona que atiende la llamada (y se pide que lo haga saber a quienes acudirán a la clínica) la modalidad de la prestación del servicio: que es una modalidad en donde se trabaja con un equipo terapéutico, incluido el de supervisión y el/la terapeuta, inclusive las características del lugar y del servicio, principalmente que las sesiones se videograban para su seguimiento, el costo y periodicidad de las sesiones que son cada quince días. El/la terapeuta proporciona la ubicación de la clínica así como su nombre, teléfono particular y de la clínica a la familia para el caso de cualquier eventualidad.

- PRIMERA CONSULTA (CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA)

El/la terapeuta tenía como tarea acudir puntualmente a la supervisión y presentar por escrito los datos obtenidos del primer contacto telefónico, daba una copia de su reporte a las supervisoras y a cada uno de los miembros del equipo, el original era agregado al expediente de la familia. Se comentaban además las impresiones acerca de la llamada y el efecto sobre el/la terapeuta.

Una vez con la familia, se informaba a ésta acerca de la forma de trabajo, a través de un contrato terapéutico se solicitaba la autorización para grabar en video las sesiones, previa información de que la grabación era con fines académicos o de enseñanza, principalmente para observar los cambios que se fueran dando sesión tras sesión; la información sería tratada de manera confidencial y guardando el anonimato en caso de ser necesario. Asimismo que durante la sesión el equipo podía comunicarse telefónicamente con la terapeuta para hacer comentarios acerca de lo que estaba sucediendo en ese momento en sesión o en su caso un miembro o miembros del equipo podrían acompañar a la terapeuta y a la familia en un momento de la sesión.

- TODAS LAS SESIONES SE DIVIDEN EN ETAPAS O MOMENTOS:

1.- *Presesión*: consta de 10 a 15 minutos en donde se reúnen el equipo de terapeutas en formación, incluyendo a la terapeuta asignada y las supervisoras. Se da lectura al acta correspondiente (ya sea de la entrevista telefónica o la sesión anterior) la cual contiene generalmente: genograma, geografía familiar, resumen, objetivos e intervenciones terapéuticas, para el caso de la primera sesión la geografía y los objetivos e intervenciones son los que se proponen para trabajar con la familia, en el caso de las sesiones subsecuentes son los que se tuvieron para cada sesión y se llevaron a cabo. En esta etapa intervienen principalmente la terapeuta a cargo y la supervisoras de la sede.

2.- *La sesión:* consta de aproximadamente 40 a 60 minutos según la clínica y los terapeutas, en donde en uno de los cubículos la terapeuta trabajaba con la familia asignada, la unidad terapéutica podía ser una persona, una pareja, una familia, incluyendo a personas cercanas a ésta cuando así se acordaba en sesión. Durante la sesión se recibían llamadas del equipo que servían como guía a la terapeuta o en ocasiones se transmitía tal cual la observación o mensaje del equipo a la familia. En algunas otras algunos miembros del equipo, incluyendo a las supervisoras podían pasar para realizar alguna intervención en particular.

Antes de finalizar la sesión se hacía un corte para que la terapeuta pasara con el equipo para tener una breve discusión sobre lo sucedido, diseñar alguna tarea o enviar un mensaje a la familia; posterior a ello se hacía saber lo comentado a la familia y se daba por terminada la sesión, informando la fecha de la próxima.

3.- *Postsesión:* consta de 10 a 15 minutos en donde nuevamente se reunían terapeuta y equipo, así como las supervisoras para llevar a cabo un análisis de lo sucedido en sesión, haciendo observaciones a la terapeuta encargada en relación a la forma de llevar la sesión (forma de dirigirse a la familia, actitudes, aplicación de técnicas, omisiones), haciendo énfasis en sus recursos y en especial, el diseño de la próxima sesión. En esta etapa intervienen las supervisoras y cada uno de los integrantes del equipo y la terapeuta dando sus propias impresiones acerca de la sesión.

En la Clínica de Terapia Familiar de la FESI se trabaja dos días con un equipo de supervisión distinto. Uno de los equipos está conformado por la Maestra Ofelia Desatnik Miechimsky y la Doctora María Suárez Castillo, el otro por la Doctora Luz de Lourdes Eguilúz Romo y la Doctora Iris Xochitl Galicia Moyeda. En el caso de la Clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades, inicialmente estaba solamente la Maestra Carolina Rodríguez, más tarde se integró la Maestra Juana Bengoa. En el caso de la Clínica de Medicina Familiar del ISTTE el equipo está conformado por la Maestra Maria Rosario Salcido Espinosa y la Maestra Carmen Susana González Montoya. Equipos que de acuerdo a su formación profesional y preferencia teórica guían las intervenciones de l@s residentes.

1.6 PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS CLÍNICOS

Aunque se ha mencionado de manera breve la participación a lo largo de los semestres, resulta necesario abundar más sobre el tema:

Los/las diez residentes de la tercera generación fuimos dividid@s en dos equipos de cinco, ambos equipos estuvimos conformados por un hombre y cuatro mujeres. Los

primeros escenarios clínicos asignados a mi equipo fueron la Clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco y la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Valle-Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México, en donde fungimos como observadoras de los procesos terapéuticos asignados a las/los residentes de segundo semestre; las observaciones versaron grosso modo sobre modelos teóricos, técnicas de intervención, aspectos de la persona del terapeuta, entre otros temas, siempre guiados por el equipo de supervisión correspondiente a cada sede. En el caso del ISSSTE se repartían los roles de observador/a y toma de notas para entregar una minuta en cada sesión. En este momento se fomenta la participación del equipo observador para hacer comentarios acerca del trabajo del terapeuta asignado al término de cada sesión y posterior a que el terapeuta reciba las observaciones de la supervisión y su equipo terapéutico; siempre bajo un marco de respeto hacia él/ella y su trabajo.

Al pasar a segundo semestre se nos asignan dos familias, en mi caso se trabajó en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI los días martes y jueves (con un equipo de supervisión distinto como ya se anotó), en donde se participa ya como terapeuta y como observadora de otros ocho procesos terapéuticos asignados a mis compañeras y compañero. En esta etapa de formación las supervisoras se encuentran muy atentas a nuestro trabajo y es común que el teléfono suene frecuentemente para hacer observaciones pertinentes o sugerir alguna intervención en particular debido a que estamos comenzando nuestro entrenamiento y formación en una postura teórica nueva para much@s de nosotr@s. Es necesario decir que en lo personal me sentí muy cuidada y acompañada por mis supervisoras quienes siempre estuvieron al pendiente de mi desarrollo y trato con las familias haciendo las observaciones necesarias para un mejor desempeño. En este semestre se dio de alta a las familias atendidas.

En tercer semestre cambiaron las sedes al C.C.H. Azcapotzalco y al ISSSTE, nuevamente se nos asignaron dos familias (una en cada clínica). En el caso del C.C.H. la supervisión tuvo dos modalidades: 1) trabajo con una familia y, 2) trabajo con grupo. En el caso de grupo se trabajó la modalidad de Terapia de Red en coterapia, con cinco adolescentes y un familiar significativo (en este caso acudieron las madres y en dos sesiones una de ellas acompañada de su actual pareja que no era el padre de la adolescente), que se llevó a cabo bajo la guía de la supervisora. El trabajo de grupo concluyó satisfactoriamente y en cuanto a la familia se le continuó atendiendo durante el cuarto semestre hasta que se dio de alta.

En el caso del ISSSTE se trabajó con una pareja. Cabe destacar la labor no sólo de supervisión sino de acompañamiento por parte de mis supervisoras quienes estuvieron pendientes de cada una de nosotras y de las familias atendidas. En esta clínica se trabaja en particular la persona del terapeuta. De igual manera se trabaja como terapeuta asignada en un caso y como observadora en los cuatro procesos de mis compañeras. Cabe aclarar que se dio de alta a la pareja con la que se trabajó de forma muy satisfactoria para todos.

En cuarto semestre mi equipo y yo regresamos a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI en donde nuevamente se nos designaron dos familias (días martes y jueves con un equipo de supervisión distinto cada día). La labor del equipo de supervisión toma otro matiz en esta etapa del entrenamiento; presencial aunque con disminución de llamadas durante la sesión, las que sólo tienen lugar en caso de considerarlo necesario o a petición del/la residente por lo que la toma de decisiones corresponde únicamente a la terapeuta asignada.

En el caso del cuarto semestre se continuó trabajando con las familias que no se dieron de alta aún después de concluido el ciclo escolarizado de la residencia. En este caso se trabajó sin equipo de supervisión pero siempre con el equipo de tres terapeutas sirviendo como apoyo a la terapeuta asignada hasta finalmente dar de alta a todas las familias.

MARCO TEÓRICO

2) ANÁLISIS TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

La terapia familiar surge en los años 50 impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Ocurre cuando varios terapeutas, de forma independiente y en lugares distintos, deciden incorporar al grupo familiar dentro de la terapia para poder obtener mayor información sobre lo que en ese tiempo comenzó a conocerse como “el miembro sintomático” o la persona de la familia a la cual se adjudicaba una “enfermedad mental”. Estas observaciones llevan a desplazar tanto el interés como la concepción de las denominadas enfermedades mentales o patología del “adentro de la persona” al “afuera”, a su contexto y en especial a las relaciones o interacciones entre los miembros de la familia. Esto se dio poniendo atención primero en la relación diádica (madre-hij@), después en la triádica (madre-padre-hij@), para incorporar finalmente a todos los miembros del grupo primario (Ochoa de Alda, 1995).

El enfoque de la terapia familiar sistémica hace énfasis en la interacción que se establece entre el individuo y su grupo nuclear, la familia y deja a un lado lo subjetivo-interno del modelo freudiano y lo objetivo-externo del modelo médico y el conductista. Por lo tanto, la intervención terapéutica se considera como un proceso que altera la manera habitual en que funciona una familia (sus interacciones). Su interés se centra en la forma de comunicación de sus miembros, los roles que cada uno juega, las reglas aceptadas dentro del sistema, etc. Se basa en nuevas suposiciones acerca del comportamiento humano y de la interacción humana, que tienen implicaciones importantes para su tratamiento. La terapia familiar sistémica es según, Keeney y Ross (1993) la perspectiva que se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona, con la conducta de otras.

Hablar de “terapia familiar sistémica” no sólo hace referencia a un tipo de intervención terapéutica donde se privilegia al grupo familiar; se utiliza también para hablar de un modelo teórico particular y de una epistemología diferente, lo cual tiene implicaciones importantísimas dentro del proceso terapéutico. Por epistemología se entiende a la manera en que las personas conocen y, especialmente, a la forma como ellos piensan que conocen esa misma realidad (Keeney, 1994). Dentro de la práctica de la terapia familiar, al igual que en cualquier área del conocimiento, se habla de dos tipos de epistemologías: la lineal-progresiva y la sistémica, a la que también se le conoce como circular, ecológica, recursiva o cibernética.

La epistemología lineal-recursiva se puede ver en el modelo médico clásico en donde se habla de una nosología psiquiátrica, en el freudismo y en la terapia de conducta;

desde esta perspectiva, los enfoques mencionados resultan reduccionistas y no toman en cuenta el contexto. Esto se refleja en la forma tradicional de pensar y aprender propia del mundo occidental, surgida en el seno de la familia y la escuela, en donde la causalidad lineal (toda causa tiene un efecto) en general conduce a las personas a encontrar culpables inclusive de su propia conducta.

Una epistemología sistémica, por el contrario, se centra en la interacción, evidentemente tomando en cuenta el contexto en donde ésta ocurre, dejando fuera a los elementos aislados al tratar con una totalidad, la cual incluye tanto a la persona que presenta el problema como a las demás personas que interactúan con ésta, en un momento y lugar preciso (Eguiluz, 2001).

El estudio de la epistemología cobra así gran relevancia dentro del campo de la psicoterapia, pues lleva a reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición y de relación. Es un proceso activo y personal, en donde las relaciones de interdependencia con el contexto cobran especial importancia al asumir su existencia. Al hablar de personas, dentro de un espacio y proceso terapéuticos, es imposible dejar fuera la persona del terapeuta, pues desde esta nueva epistemología, “ya no es posible creer que el terapeuta “causa un efecto” sobre el cliente o la familia por medio de su personalidad, su habilidad o su técnica. El terapeuta no es un agente, y el cliente no es un sujeto. Ambos forman parte de un campo más extenso en que terapeuta, familia y cierto número de elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico”. (Hoffman, 2002, p. 20). Una epistemología sistémica o recursiva forma así parte activa de un campo más extenso al que se está intentando cambiar.

La Teoría General de Sistemas, el estudio de la Cibernética aplicada a estos sistemas humanos y la “nueva Teoría de la Comunicación” son los tres pilares o fundamentos teóricos y filosóficos de los modelos de Terapia Sistémica

2.1 LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

Esta teoría, atribuida a Ludwing von Bertalanffy tal y como se conoce hasta ahora, surge casi a finales de los años 40, al término de la Segunda Guerra Mundial. El concepto de sistema, al no tener un correlato empírico inmediato permite a quien lo emplee definir la amplitud o estrechez del mismo; es así que el concepto "sistema" engloba desde la célula, hasta el ser humano o el universo, por lo que dentro de este concepto se incluirían todos los fenómenos integrados con sus componentes y las interrelaciones que se generan entre ellos. Por sistema se entiende "...un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos..." (Eguiluz, 2001, p. 109). El concepto de sistema se aplica entonces a los componentes interactuantes de un "todo".

En 1954 se crea el proyecto elaborado por científicos provenientes de diferentes disciplinas entre los que se encuentra el mismo Bertalanffy para formar la Sociedad para la Investigación General de Sistemas; entre sus objetivos se encuentra el desarrollo de los sistemas teóricos que se aplican a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento y la Teoría General de Sistemas se reconoce como una alternativa para la investigación científica. Esta teoría estudia las totalidades y las interacciones internas y externas de éstas con su medio, por lo que se convierte en una herramienta muy útil para la explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad y en la predicción del comportamiento futuro de esa realidad; se opone a los postulados epistemológicos existentes en donde la realidad es fragmentada y sus partes son explicadas por diferentes ciencias.

La Teoría General de Sistemas permitió la formulación de modelos transferibles entre diferentes disciplinas en pos del progreso de la ciencia en general. Uno de sus principales objetivos fue el encontrar un lenguaje común que sirviera a dichas disciplinas, que conllevara el intercambio de conocimiento científico. Dentro de los postulados y conceptos importantes a tomar en cuenta de esta teoría que se aplica a la terapia familiar es el de sistema relacional al ir más allá y entrelazar los diversos componentes individuales.

Esta teoría propone tres diferentes tipos de conceptos teóricos para describir y explicar precisamente a los sistemas: 1) clasificación y descripción de los sistemas como abiertos o cerrados, jerárquicos, orgánicos e inorgánicos, subsistemas. 2) los conceptos de regulación y mantenimiento: límites, equilibrio, homeostasis,

retroalimentación, entre otros. 3) la dinámica que lleva al cambio a su desintegración, adaptación, aprendizaje, crisis. (Hoffman, 1998; Eguiluz, 2001).

2.2. LA TEORÍA CIBERNÉTICA

Esta teoría es atribuida principalmente a Norbert Wiener con importantes contribuciones de Arturo Rosenblueth. Se refiere a una teoría de la comunicación y del control en las máquinas y organismos vivientes y una epistemología cibernética experimental basada en la comunicación dentro del observador, así como entre el observador y el medio; la Cibernética tiene como objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales.

El término sistema se utiliza dentro de la Cibernética con el mismo significado dado a éste por Bertalanffy en su teoría. La Teoría Cibernética proporciona un marco abstracto para la observación de las estructuras dinámicas y complejas, considerándose al sistema como un conjunto de componentes; cuenta también con la peculiaridad de comportarse de un modo diferentes a la forma que guardan sus elementos. La Cibernética propone algunos términos que retoma de otras ciencias y les da una connotación distinta. Por su parte, el término cibernética ha sido definida de diversas maneras. Para Weiner: la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina, para McCulloch como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio, y para Gregory Bateson como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización (Sluzki, 1987).

Desde esta postura se propone que los sistemas biológicos y sociales contienen estructuras de control, los cuales permiten su adaptación al medio sin cambiar o cambiando su estructura, que depende de las alteraciones del exterior. El sistema más simple de control de circuito cerrado se conoce como servomecanismo (de un solo circuito de retroalimentación) y los sistemas de circuito múltiple (en donde la retroalimentación se hacen en diversos puntos). Ambos sistemas son desde la Cibernética y la Teoría de la Comunicación considerados como sistemas abiertos, cuando hay un intercambio entre el sistema y el exterior (Eguiluz, 2001).

Los primeros trabajos realizados sobre esta Cibernética se centraron en los procesos de corrección de la desviación (retroalimentación negativa) proponiendo principios acerca de cómo operan los sistemas para mantener su organización. La negentropía (lo contrario a la entropía o la tendencia inevitable al desorden), se convirtió en el principio ordenador, ya que más allá de la entropía positiva la destrucción del sistema era inminente. Por tanto los procesos centrales fueron la homeostasis, en el sentido de “procesos auto-correctivos”. Procesos y conceptos que se trasladaron al sistema familiar, concretamente en reglas familiares, mitos familiares, patrones interactivos, entre otros.

Asimismo la segunda etapa fue conocida como “segunda cibernética; el interés se desplazó a los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva y los procesos sistémicos de cambio. En la terapia familiar esta nueva epistemología se reflejó en el lenguaje y el tipo de intervenciones en las que se privilegiaron las dirigidas a generar crisis, movimientos desequilibrantes para desencadenar cambios cualitativos en la familia. Se le conoce como Cibernética de los sistemas observados, en esta primera etapa el terapeuta se concibe como un observador que registra lo que ocurre afuera, sin involucrarse.

CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

Las aportaciones provenientes de la física cuántica, de la filosofía, neurofisiología, los aportes de McCulloch, Maturana, Varela, y el lógico Heinz Von Foerster y el estudio de los procesos recursivos condujo a incluir a la misma cibernética entre los objetos de estudio. En 1972, Margaret Mead, presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, dictó una conferencia a la que llamó “Cibernética de la Cibernética; por su parte Heinz Von Foerster la llamó Cibernética a la segunda potencia o cibernética de los sistemas observantes. Esto tuvo repercusiones en el papel del/la terapeuta al trabajar con sistemas familiares, pues desde esta postura, el/la observador es parte de lo que observa por lo que lo afecta, y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien hace esa descripción (Sluzki, 1987).

2.3 LA NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Esta teoría se distingue de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver en 1949. Ellos proponen un esquema explicativo como una cadena de elementos, en donde uno sucede al siguiente de forma causal y mecánica, no obstante sus limitaciones se introdujo en diversas disciplinas entre estas la psicología. Fue considerado durante mucho tiempo como el único modelo en la comunicación cuyos elementos básicos son el emisor y receptor (Equiluz, 2001).

Gregory Bateson es considerado, junto con su equipo de Palo Alto California, como los iniciadores de la nueva Teoría de la Comunicación, misma que tuvo su principal repercusión en los campos de la terapia y la patología. Se dice que es el primero quien sentó las bases del enfoque interaccional en los años 50, mientras que Watzlawick y sus colegas lo sistematizaron y enriquecieron en las décadas siguientes. En 1948 Bateson aceptó la propuesta de Jurgen Ruesch, psiquiatra ruso, para estudiar justos la comunicación en psicoterapia, el cual será su primer contacto con la psiquiatría. De esta colaboración surgirá el libro, *La comunicación: matriz social de la psiquiatría*. Por lo que hace a Bateson, intenta aplicar las ideas desarrolladas durante las conferencias sobre Cibernética al mundo de las ciencias humanas (Wittezaele y García, 1994).

Las principales líneas de su investigación son: explicitar los fundamentos epistemológicos del trabajo de los psiquiatras y sus consecuencias sobre la forma de abordar el tratamiento. Preparar el terrero para un enfoque interaccional del comportamiento, para una teoría de la comunicación y someter a prueba la pertinencia de la teoría de los tipos lógicos para el estudio de las relaciones interpersonales. El segundo punto es el de nuestro interés, sin negar su relación con los otros dos.

Aunque el nivel de análisis de los fenómenos humanos casi no permite el uso directo de los conceptos cibernéticos, tuvo mucho cuidado de que las metáforas utilizadas fueran compatibles con los nuevos fundamentos de las ciencias duras, insistiendo en una definición de términos como: información, redundancia, codificación, cercados al sentidos que les atribuían los fundadores de la cibernética y de la teoría matemática de la comunicación.

Para Bateson *la diferencia que crea la diferencia* fue la fórmula para definir la partícula elemental a partir de la que podría construir su teoría de la comunicación y proponer un nuevo enfoque de los fenómenos mentales; al existir una infinidad de diferencias potenciales en el entorno, solamente aquellas que tuvieran un efecto sobre el individuo

se convertirían en información. Las diferencias, tienen que ver tanto con las limitaciones de los órganos de los sentidos, pero no es posible localizarlas en el mundo físico, porque no son más que meras abstracciones, no se sitúan en ningún lugar; es una relación entre las cosas y esta relación, es precisamente la abstracción. Por lo anterior la información consiste en una diferencia que crea una diferencia.

La codificación de la información (derivada de la teoría de Shannon y Weaver), es uno de los puntos clave para poder definir el modo como los acontecimientos del mundo exterior se transforman en informaciones simbólicas transmisibles. El tipo de codificación es el tipo de redundancia que se establece entre dos conjuntos, es lo que distingue y a su vez relaciona el todo con las partes, por lo que las limitaciones y los errores posibles de un sistema dependen del tipo de codificación utilizado (Wittezaele y García, 1994).

Se propone entonces una serie de axiomas de los que se hablará brevemente:

- a) *es imposible no comunicar*: cualquier secuencia de acción y la relación entre personas proporciona información acerca de ello. En el mundo de la organización y la información como es el humano, el cero o total ausencia de todo suceso indicador puede ser un mensaje;
- b) *toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero y es, por ende, una metacomunicación*; el contenido es la información que se incluye en el mensaje, ya que la comunicación no sólo lo transmite sino genera un compromiso e impone conductas entre los participantes en la secuencia interaccional;
- c) *la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes*, esto es que la comunicación no puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, pues quienes participan en dicho intercambio lo observan estableciendo puntuaciones (la forma de organización individual de los hechos de la conducta). El que la puntuación sea distinta de acuerdo al individuo puede generar conflictos entre los participantes;
- d) *los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente*, la comunicación digital se refiere al lenguaje verbal que emplea la palabra para referir al objeto y el analógico guarda mayor semejanza con el objeto, lo analógico se refiere a lo no verbal en una relación;
- e) *todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia*; las relaciones simétricas se

basan en la igualdad entre los participantes, y las complementarias, en la diferencia (Watzlawick, Beaven y Jackson, 1983).

2.4 FUNDAMENTOS DE LAS TERAPIAS POSMODERNAS: CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

La llegada de las ideas constructivistas y socioconstruccionistas a la terapia familiar marca una nueva etapa; hasta entonces, la familia había sido vista a través de las metáforas trasladadas de la Teoría General de Sistemas y de la Cibernética, el individuo y su mundo de significados se perdía en las imágenes de la familia vista como un sistema interinfluyente. Los primeras expresiones de insatisfacción provienen de las ciencias sociales, en el campo de la terapia familiar son las voces de las autoras feministas con las cuestiones de género; el concepto de poder y su abordaje que reflejaba el trabajo de Michael Foucault y otros grupos sociales hasta ese momento marginados. En el campo de la Cibernética el trabajo de Von Foester, de Gadamer en la filosofía hermeneútica, Derrida y Lyotard en la crítica literaria, y Gergen en la Psicología Social. Esta nueva visión del mundo cuestionó muchas de las verdades establecidas, en donde la terapia familiar no podía quedarse atrás (Lax, 1992 en: Fernández Lara y Rodríguez Vega, 2002).

En la década de los 80, Watzlawick, Dell y Keeney se acercaron a las ideas constructivistas. Su trabajo estuvo influido por las ideas del biólogo Humberto Maturana, del científico cognitivo Francisco Varela, el ciberneta Heinz Von Foester y el lingüista Ernst von Glasersfeld. El constructivismo es una teoría del conocimiento que tiene como base el trabajo del historiador Giambattista Vico, en el siglo XVIII y que es a su vez retomado posteriormente por David Hume, Immanuel Kant, George Kelly y Jean Piaget, entre otros. El constructivismo cuestiona el mundo cartesiano y la noción de que el conocimiento es representativo y refleja el mundo real y verdadero; postula que no es posible por ende, conocer una realidad externa objetiva.

Una de sus características es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención, lo que lleva al cuestionamiento de cómo se conoce. Se postula entonces que el conocimiento es un conocimiento del propio acto de conocer, dado que los individuos construyen e interpretan su realidad, pero no tienen conciencia del acto de su invención. El constructivismo, más que negar la existencia de la realidad externa, propone que no son posibles las representaciones objetivas y universales de ésta (Anderson, 1999).

Con la llegada del Constructivismo a la terapia se abandona la búsqueda de una “descripción real” de lo que ocurría en una familia para sustituirla por el concepto de realidades interpretadas “alumbradas por el sistema observante. Se decía que en una sala de terapia había tantas familias como observadores. Porque se pasó de la búsqueda del Universo objetivo a la del Multiverso en donde existen muchas versiones. El terapeuta, entonces, co-crea la realidad terapéutica con la familia” (Fernández Lara y Rodríguez Vega, 2002).

Se dice que existe una realidad, hasta ese momento invisible a los ojos de la familia. El terapeuta ahora propone o hace posibles una de las múltiples alternativas, a fin de favorecer nuevas experiencias para los miembros de la familia. Uno de los puntos centrales de la terapia fue la creación de preguntas y de un medio terapéutico orientado hacia ello. Las preguntas ya no eran sólo la herramienta para obtener información, sino el instrumento para conseguir el cambio.

Los términos constructivismo y construccionismo fueron confundidos en determinado momento por varias razones, probablemente porque en ambos se niega la existencia de una realidad independiente del/la observador. La diferencia es que en el constructivismo las metáforas provienen del campo de la biología cognitiva y mientras que en el construccionismo social se puso énfasis en las interpretaciones sociales y en la influencia intersubjetiva del lenguaje, familia y cultura y mucho menos en el modus operandi del sistema nervioso. El primero es principalmente individualista (se privilegia el proceso de información), el segundo se ocupa de la persona en relación a los demás, se concede importancia al significado y a la interpretación.

El Construccionismo Social o Socioconstruccionismo, se considera una aproximación ecléctica, que desde un principio tomó distancia de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología y representó un frente común en contra de las posturas positivistas predominantes. Su presencia se hizo sentir al principio en las universidades, para posteriormente aparecer en el campo de la terapia familiar, a diferencia de la terapia familiar que se desarrolló inicialmente en instituciones o centros de terapia.

Para el Construccionismo Social, la realidad es algo que se construye a través del consenso social, por lo tanto el sentido de objetividad es un logro social debido entre otras cosas, a que el sistema de creencias de la persona se encuentra permeado por la historia y experiencia personal; para proclamar algo como verdadero se necesita de otros que hayan llegado a la misma conclusión; ya no hay esencias, los términos el yo, depresión, mente, emoción, razón, cognición, entre otros, no reflejan los hechos, no

son algo interno al sujeto, éstos adquieren significado, su sentido de realidad, por la perspectiva que se aporta a los sucesos en la sociedad actual (Gergen, 1992).

El Construccinismo Social, como una perspectiva posmoderna, pone su interés en la verdad, la realidad y el conocimiento como una construcción netamente social y da al lenguaje el papel central en su creación. El lenguaje emerge como la metáfora principal, tiene el poder del descubrimiento y transformación en los sistemas humanos interactuantes. Esta ideología y epistemología tiene importantes implicaciones y constituye un desafío a los constructos del terapeuta (sus pensamientos e interpretaciones de l@s otr@s). Esta visión constituye un desafío a la cultura, tradiciones y práctica en l@s profesionales de la salud en general; en cuanto al campo de la terapia familiar, hace una invitación a reexaminar las tradiciones y práctica derivadas de la misma: la forma de conceptuar los problemas, las relaciones terapeuta-cliente, el proceso mismo de la terapia y el papel del terapeuta como experto e incorpora al proceso a individuos, parejas, familias y grupos sociales (Anderson, 2003).

El/la psicólog@ no es más “el/la expert@”; ha sido desplazad@ y el papel lo tiene ahora la familia, la relación terapéutica es ahora horizontal. Se habla de un yo saturado por múltiples voces, entre las que se incluyen la familia, los otros y los grupos significativos; todas aquellas voces con las que tenemos contacto a través de los medios de comunicación y la tecnología, es un yo (*self*) concebido como una construcción social. El método o los métodos son la hermenéutica o método interpretativo y el construccionismo social “...una indagación busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive (incluyendo su propia participación)” (Gergen, 1985 en: Anderson, 1997).

El conocimiento, incluyendo la narrativa de las personas mismas, es una construcción producto del intercambio social, en donde la relación es el centro del conocimiento, los significados que atribuimos a las personas, a las cosas; son el resultado del diálogo social, del lenguaje, el intercambio y la interacción que se construye socialmente “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” (Gergen, 1992, Anderson, 1997).

2.4.1 MODELO ESTRUCTURAL

Es creado por Salvador Minuchin y sus colaboradores Jay Haley, Braulio Montalvo y Harry Aponte, entre otros, en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, como alternativa a las corrientes psicodinámicas que prevalecían en la época de los años 50. Es un conjunto de teoría y técnica que estudian a los individuos siempre en el contexto sociocultural en que se desenvuelven. Este giro de lo interno a lo externo tiene como consecuencia el desplazamiento de la patología que, hasta ese momento, y como consecuencia de las corrientes psicodinámicas prevalecientes en esa época, se situaba adentro del individuo, como algo inherente y difícil de cambiar; al situar a la patología fuera del individuo, en su exterior o contexto; en la retroalimentación que se establece entre individuo-contexto: el cambio está ubicado en la estructura familiar.

Esta organización se basa en pautas de interacción que reflejan las reglas de la familia, que en su mayoría son implícitas, sobre de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Las familias como sistemas forman parte de un todo más complejo: el vecindario, la comunidad y la sociedad, contienen a su vez sistemas más pequeños como el individuo, la pareja, los hermanos, los hijos.

Se hace énfasis en la modificación de la estructura para producir cambios en sus miembros. La posición que se tiene en la familia conlleva a la modificación de sus experiencias, sus funciones y su realidad, como aspectos interdependientes. El modelo Estructural trabaja sobre la retroalimentación entre las circunstancias y los individuos y se enfoca en el presente del individuo: el pasado más sus circunstancias actuales. Incide sobre la organización familiar, en el aquí y en el ahora, "La terapia familiar estructural convierte las abstracciones de la teoría general de sistemas en descripciones de la vida cotidiana de la familia y en prescripciones para la intervención terapéutica" (Umbarger, 1999, p.38).

AXIOMAS: Son tres principalmente: 1) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. 2) La modificación en una estructura provoca cambios en la conducta y la psique de los otros. 3) El terapeuta se incluye en el contexto de la familia con la que trabaja (Minuchin, 1989).

CONCEPTOS BÁSICOS: La familia es un grupo natural social; un sistema o conjunto organizado e interdependiente de elementos interrelacionados con capacidad de ejecución, en particular en su adaptación al ambiente. Su estructura y organización matiza y califica la experiencia de sus miembros. Tiene como funciones: Interna.- la

protección de los cambios psicosociales a sus miembros. Externa.- La transmisión y adaptación a la cultura de todos sus miembros. Desde esta postura se clasifica a las familias como normales o disfuncionales.

El hombre es un ser social que forma parte de un todo o sistema, los cambios en la familia se generan a partir de los cambios en la sociedad, aunque puede existir un desfase entre estos cambios y los valores que se promueven alrededor de la familia. La familia se constituye así en la matriz de la identidad que a su vez se compone del sentimiento de individuación y de separación. La familia al formar parte de la sociedad requiere de reglas flexibles y de una capacidad de adaptación a ésta; cuando las reglas se rigidizan se habla de disfuncionalidad o anormalidad, aunque cabe destacar que “la normalidad” no está determinada por la ausencia de problemas en una familia (Minuchin, 1989).

El síntoma es la manifestación de la disfunción de la familia, cuando es algo externo, la familia lo atrapa, refuerza y lo incorpora, el síntoma cumple una función y una conexión con el sistema. Se dice que el síntoma es la expresión de la dificultad de la familia para poder pasar de una etapa a otra, se considera también como un recurso para el funcionamiento de la familia. El cambio en las pautas de interacción disfuncionales de una familia tiene el fin de cuestionar la percepción de la realidad construida por la familia, sirve también para proponer alternativas de solución viables y genera una transformación de la estructura y las funciones del sistema.

El sistema familiar, como un todo, forma parte de subsistemas más amplios como la comunidad, la sociedad y la cultura a la que pertenece. Contiene a su vez a varios subsistemas también llamados holones; el término holón proviene de *holos* (todo) y el subfijo *on*; su creador Koestler, lo utiliza para designar entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía, un holón es un todo y una parte al mismo tiempo. Es también la unidad de intervención en la terapia. Puede ser el individuo, la familia nuclear, la extensa y la comunidad. Dentro del holón de la familia existen 4 unidades particularmente significativas: el individual, el conyugal, el parental y el fraterno (Minuchin y Fishman, 2002):

El cambio y desarrollo; se refiere a las continuas demandas de cambio de adentro y fuera del sistema (muerte de un abuelo, despido laboral de alguno de los padres); el cambio, es la norma pues las familias revelan flexibilidad, fluctuación constante y probablemente, más desequilibrio que equilibrio. El sistema tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. El desarrollo es la evolución de los miembros de una familia, se divide por etapas a lo largo del ciclo vital. La adaptación, se refiere a la flexibilidad en cuanto a continuidad y crecimiento en la estructura familiar para poder

pasar de una etapa del desarrollo a otra y enfrentar los diferentes tipos de stress que el sistema como tal puede enfrentar.

El ciclo vital se divide por etapas: formación de la pareja; familia con hijos pequeños; familia con hijos en edad escolar o adolescentes y familia con hijos adultos. Estas etapas de acuerdo imponen ciertas tareas a cumplir para lograr un funcionamiento adecuado, las que comúnmente implican un cambio en la estructura familiar establecida.

La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia (Minuchin y Fishman, 2002), se sustenta en las pautas de interacción que reflejan las reglas de éste grupo, la mayoría de las veces implícitas, sobre de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Estas 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 y por la otra, están 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. La estructura familiar se conforma a través de jerarquías, alianzas, coaliciones, límites, territorio y geografía, mismas que a continuación se describen.

LÍMITES: Son las reglas que definen quiénes y de qué manera se realizan las actividades en casa, estas reglas se formulan de manera consciente o inconsciente. Para un buen funcionamiento familiar, los límites entre subsistemas deben ser claros y flexibles, ello permitirá el desarrollo de las funciones entre subsistemas y el contacto entre éstos y otros subsistemas. Existen cuatro tipos de Límites: claros, flexibles, difusos y rígidos.

- Claros
- _____ Flexibles
- Difusos
- _____ Rígidos

SIMBOLOGÍA

ALIANZAS: Es la unión de varios miembros para obtener algún beneficio, tiene la característica de que las acciones están encaminadas en un sentido positivo (no molestar a nadie). De acuerdo a Tarragona (1990) son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros de la familia y que deben corresponder, en mayor medida, entre los miembros de la misma generación.

COALICIÓN: Es la unión de varios miembros de la familia para dañar a un tercero. Generalmente involucran miembros de diferentes generaciones o de una misma generación en contra de alguien y son encubiertos.

JERARQUÍA: Hace referencia al poder y al ejercicio llevado a cabo por algunos de los miembros de la familia. En la mayoría de las familias se ocupa un lugar jerárquico que puede ir de mayor a menor.

TERRITORIO: Es el espacio emocional que se ocupa dentro de la familia. A mayor espacio, mayor centralidad de un miembro, en caso contrario se habla de periferia. El miembro central es aquél alrededor del cual gira la mayoría de las relaciones familiares (en sentido positivo o negativo). Cada miembro de la familia debe ocupar un espacio emocional que permita tanto el sentido de pertenencia como de individuación.

GEOGRAFÍA: Es el espacio físico que ocupan los miembros de una familia en las diversas interacciones entre sí.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL:

Es una terapia de acción que modifica el presente, tiene como objetivo el sistema familiar, por eso se confía en algunas propiedades del sistema como son: el que un cambio en la estructura permite la posibilidad de un cambio; con la intervención se pretende que el desarrollo de funciones sea mejor, la familia tiene propiedades de autorregulación y autoperpetuación, partiendo de un modelo de normalidad.

Cuando una familia acude a terapia, es debido a que presenta problemas al no poder enfrentar las presiones internas o externas a las que se ve sometida, como desempleo de alguno de los miembros, pérdidas familiares, cambios de residencia, etc., lo cual implica dificultades en su capacidad adaptativa y presenta diversas patologías. Patología hace referencia a la dificultad de la familia cuando frente a las tensiones, el sistema incrementa la rigidez de sus pautas transaccionales y límites y evita toda exploración de soluciones. Pueden presentar crisis o falta de adaptación a los cambios a lo largo del ciclo vital.

EL PROCESO TERAPÉUTICO SE PUEDE RESUMIR EN VARIOS MOMENTOS:

A) Conocimiento y asociación del terapeuta con la familia Su papel es el de facilitador del cambio en la familia, al introducirse en el sistema y aliarse con la familia a través de la unión (relacionarse con alguno de sus miembros) y acomodación (adaptación a los miembros para producir alianzas, sin dejar de lado su papel para preservar la individuación y promover la autonomía en la terapia.

B) Establecimiento de hipótesis al observar e identificar la estructura familiar previa; al ser una terapia de acción durante la evaluación se proponen las hipótesis que van a guiar el diseño de sus intervenciones cuyo principal objetivo es modificar las estructuras disfuncionales por otras más normativas. Se parte de la premisa que las estructuras disfuncionales están relacionadas con la aparición y mantenimiento del síntoma.

C) El trabajo y aplicación de las técnicas e intervenciones conllevan a la transformación de la estructura disfuncional.

TÉCNICAS UTILIZADAS:

Estas técnicas están diseñadas para reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización. Existen tres estrategias principales para ello: cuestionamiento del síntoma, de la estructura y la realidad familiar (Minuchin y Fishman, 2002).

TÉCNICAS PARA EL CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA:

El objetivo principal 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 el logro de la intensidad.

1) ESCENIFICACIÓN: Es la técnica a través de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe (dance) en su presencia, de esta manera pone en marcha una secuencia interpersonal en donde puede observar en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia en el contexto de la sesión, en el aquí y en el ahora y en relación con el terapeuta. Este hecho permite al terapeuta la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia se comunican. Se complementa observando las interacciones espontáneas iluminándolas (haciéndola notar a sus miembros); asimismo mediante la provocación de interacciones usuales y alternativas.

2) ENFOQUE: Consiste en centrarse en un solo aspecto de los muchos y diversos que las familias traen a terapia sesión tras sesión y elaborar un tema para trabajar sobre él; se seleccionan y organizan los datos proporcionados por la familia dentro de un esquema o tema que les confiera sentido. El terapeuta puede centrarse por ejemplo en el motivo de consulta, en donde realiza preguntas para clarificar; todo ello sirve al propósito de observar a la familia y poder conocer la estructura familiar: límites, geografía, alianzas, coaliciones, territorio: centralidad, aspectos contextuales, etapas del desarrollo.

3) INTENSIDAD: Se utiliza para vencer la resistencia de la familia, vencer “el umbral de sordera” de la familia ante diversas situaciones y lograr pautas nuevas de interacción que sean más funcionales a todos los miembros de la familia. Se lleva a cabo a través de repeticiones del mismo mensaje a lo largo de la sesión, repitiendo mensajes diferentes en la forma pero idénticos en el proceso a modificar, acortando o alargando interacciones, haciendo cambios en las relaciones, se utiliza la repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del tiempo, cambio en la distancia y oponiendo resistencia a la familia.

TÉCNICAS PARA EL CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA:

El aumento o reducción de la proximidad entre los miembros de los holones o subsistemas (cuestionamiento de la estructura familiar), puede dar lugar, por su parte, a diferentes modos de pensar, sentir y actuar. Las técnicas de que dispone el terapeuta son: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

1) FRONTERAS O LÍMITES: Las técnicas de fijación de fronteras se dirigen a modificar tanto la distancia psicológica entre los miembros de una familia como la duración de la interacción de un subsistema. Consiste en observar quién hace qué y cómo lo hace y, cuáles son sus consecuencias en los diferentes subsistemas a fin de actualizar alternativas potenciales cuando uno de los miembros empieza a actuar en otro subsistema o si cambia la naturaleza de participación en un subsistema determinado. Se delimitan fronteras cuando existen interacciones disfuncionales generadas a través de la intervención, en una diada, de un tercero aliado. Estas técnicas se dirigen a la distancia psicológica de los miembros y a la duración de la interacción dentro de un subsistema.

2) DESEQUILIBRAMIENTO: Su objetivo es el de cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un sistema; de acuerdo al contrato terapéutico en donde se define al

terapeuta como expert@ y líder, el solo hecho de que ést@ se encuentre como parte del sistema terapéutico contribuye a modificar la estructura de poder en la familia, debido a que su sola presencia desequilibra dicha estructura. Presenta las siguientes variantes: ignorar a algunos miembros de la familia, coalitarse en contra de algunos otros, aliarse con alguno de ellos o alternar la alianza entre los miembros del sistema.

3) COMPLEMENTARIEDAD: Esta técnica tiende a modificar la relación de jerarquía entre los miembros de los diferentes subsistemas. Pretende que los integrantes se vean y experimenten como parte de un sistema más amplio; la familia. Esta percepción implica el hecho de creer que el comportamiento de los demás ocasiona algún efecto sobre ellos, sin aceptar el hecho de que algo se ha hecho para elicitarse dicho comportamiento. La tarea del/la terapeuta es cuestionar y promover formas diferentes de pensar y conocer en la familia. Se lleva a cabo a través del cuestionamiento del problema, del control lineal y del modo de recortar sucesos en la familia.

TÉCNICAS PARA EL CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD:

Se parte de la premisa de que la realidad construida por los miembros del sistema (visión del mundo) ya no resulta funcional como antes y es necesario cambiarla. Las técnicas utilizadas para ello son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia. Estas técnicas hacen referencia a un mismo aspecto: el reencuadre, que en cuanto al síntoma proporciona una visión diferente; de la estructura que promueve el movimiento de los lugares físicos y psicológicos, y de la realidad de la familia, que hace a sus miembros repensarse. Se trabaja la elaboración de constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y rescatar lados fuertes.

1) ELABORACIÓN DE CONSTRUCTOS COGNITIVOS: Existen varias técnicas para transmitir el mensaje de que la familia tiene formas alternativas de interacción diferentes a las habituales. Su propósito es llevar a la familia a una concepción diferente del mundo en donde el síntoma no sea necesario, ello conlleva a una visión más flexible de la realidad. Las técnicas para modificar la realidad familiar son: utilización de símbolos universales, recurrir a las verdades familiares y el consejo especializado.

2) INTERVENCIONES PARADÓJICAS: Estas técnicas buscan transmitir el mensaje de que la familia tiene formas alternativas de interacción diferentes a las habituales. Su propósito es llevar a la familia a una concepción diferente. Para ello se utiliza la connotación positiva derivada del Modelo de Milán y aspectos de la terapia breve.

3) LADOS FUERTES: Esta técnica se refiere a hacer notar los lados fuertes de los miembros de la familia, sus recursos, aquello que hacen bien, el hecho y disposición de acudir a terapia, estos recursos pasan generalmente desapercibidos o se toman como si fuera una obligación desplegar por parte de los miembros del sistema.

2.4.2 MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS

La Terapia Breve centrada en problemas o Modelo de Terapia Breve del MRI, es el principal exponente de las ideas de los pioneros del Mental Research Institute quienes desarrollaron diversas técnicas para el tratamiento de problemáticas tales como la ansiedad, la depresión, problemas de pareja, disfunciones sexuales, conflictos familiares, enfermedades psicosomáticas y la dependencia a las drogas y al alcohol. Más que una breve psicoterapia, como su nombre parece indicar, el rubro de terapia breve se refiere a una terapia realizada en poco tiempo, con importantes implicaciones para la solución de problemas, por el simple hecho de que, en todos los casos, impulsa deliberadamente al cambio (Fish, Weakland y Segal, 1994).

El Centro de Terapia Breve se creó hace más de treinta años en el Mental Research Institute en Palo Alto, California por Don D. Jackson, entre sus fundadores se encuentran Gregory Bateson, Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se les unirían Jay Haley, Jon Weakland y Paul Watzlawick. Si bien al inicio de este apartado se menciona que tiene como base las ideas pioneras de sus fundadores, el centro de Terapia Breve fue creado para comprobar, de alguna manera, qué era lo que podía conseguirse en un período de tiempo, estrictamente limitado, centrándose en el problema principal presentado en ese momento por las personas, utilizando para ello todo tipo de intervención conocidas para generar el cambio, teniendo como base las técnicas desarrolladas por Erickson, Jackson y Haley. Su principal interés ha sido buscar y encontrar el cambio mínimo para la solución de la problemática en lugar de pretender reestructurar familias enteras, objetivo de la intervención de otros modelos de Terapia Familiar Sistémica (Fish, *et al.*, 1994).

CARACTERÍSTICAS Y CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA BREVE DEL MRI:

El modelo de Terapia Breve practicado en el MRI es una terapia de tiempo limitado, generalmente diez sesiones, es pragmática, ya que se atribuye poca importancia a los factores que subyacen (de forma hipotética) en el problema, es ahistórica, puesto que lo que se pretende modificar es la conducta indeseable en la actualidad, por lo tanto no se explora el pasado de las personas y, finalmente, es una estrategia planeada paso a paso teniendo como base que la mayoría de los problemas humanos se

desarrollan cuando las personas no pueden manejar las dificultades normales de la vida.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Los problemas se consideran conductas indeseadas, siempre en el presente, y especialmente para que estas conductas puedan ser concebidas precisamente como problemas es necesario que se realicen repetidamente, puesto que un acontecimiento único puede tener consecuencias negativas inesperadas, pero por sí mismo no implica necesariamente un problema, debido a que éste, como característica definitoria es una dificultad que persiste a través del tiempo.

CONCEPCIÓN ACERCA DE LA REALIDAD: La realidad que se percibe y con la que nos relacionamos es construida en el curso de la interacción entre el punto de observación que se asume, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos; no existe “una realidad verdadera”, existen tantas realidades como interacciones entre la persona y la realidad.

CAMBIO: Los cambios se conciben como de tipo 1 y tipo 2, en el primer caso los cambios que se presentan en la familia generalmente conducen a más de lo mismo. En el caso de los cambios de tipo 2 o cambios de segundo orden, éstos se dan a un nivel que incluya un cambio de clase, para ello se identifican las pautas interaccionales que lo conforman e incidir en “la realidad” de las personas (Watzlawick y Nardone, 2000).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS:

Se entiende por intervención al medio utilizado para interrumpir la solución al problema previamente ensayado por las personas y que por supuesto no han tenido el efecto adecuado. Incluyen un conjunto de estrategias que tienen el propósito de persuadir a la persona o miembros de la familia para que lleven a cabo las prescripciones del terapeuta. Para esto es sumamente importante definir quién es el cliente y quién el paciente (o si es la misma persona) y conocer la solución intentada. En la Terapia Breve centrada en Problemas existen dos grandes tipos de técnicas: las Intervenciones Principales y las Intervenciones Generales (Fisch, *et al.*, 1994).

A) INTERVENCIONES PRINCIPALES:

se utilizan después de haber obtenido la información necesaria para llevar a cabo el diseño del caso, es importante adecuar el diseño a las necesidades específicas de cada persona; este tipo de intervenciones se relaciona con los cinco intentos básicos de solución que las personas han utilizado para solucionar su problema y son los siguientes:

1.- INTENTO DE FORZAR ALGO QUE SÓLO PUEDE OCURRIR DE MODO ESPONTÁNEO: En esta categoría se encuentran las personas que padecen una dolencia relativa a ellas mismas. La mayoría de los problemas que presentan son de funcionamiento corporal o de rendimiento físico, sexual, urinario, intestinales, problemas de alimentación, tartamudeo, insomnio, compulsiones. La solución se relaciona con renunciar a los intentos de esforzarse demasiado. Cuando se definen como problemas, 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 de la persona 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.- EL INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO: consiste en prepararse para un evento temido al considerarse que no se está en condiciones ya no de dominarlo sino tan solo de manejarlo. Para ello la persona aplaza “el enfrentamiento” con la situación o evento temido en un intento de prepararse para dominarlo, pero por supuesto que no lo hace. Aquello que evita hacer le produce ansiedad generalmente, por lo que su aprensión concluye en lo que se denomina la profecía autocumplida. El tipo de problema, su génesis y mantenimiento tienen que ver únicamente con el cliente. Se utiliza en casos de fobias, bloqueos en la escritura u otras áreas creativas, timidez, bloqueos en el rendimiento como el miedo a hablar en público. La estrategia global sería el uso de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio o un dominio incompleto en algunos casos.

3.- EL INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN: En esta categoría se encuentran problemas relacionados a conflictos en las relaciones interpersonales centrados en temas que requieren de mutua colaboración, ejemplos de ello son los problemas conyugales, los que se dan entre padres e hijos o compañer@s de trabajo. Generalmente, la persona que asiste a consulta es el cliente, es decir, la persona que tiene problemas con la conducta del otro, ya que piensa que la otra persona amenaza o niega la legitimidad de su posición; evidentemente el otro no tiene problemas por ello.

La solución intentada aquí asume la forma de exigencia hacia la otra parte para que los trate como si fueran superiores; un modo de impedir esto es hacer que el cliente se coloque en una actitud de inferioridad (establecer una relación complementaria) sin que parezca que la adopta.

4.- INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN A TRAVÉS DE LA LIBRE ACEPTACIÓN: Pretende conseguir espontaneidad mediante la premeditación, se considera que pedir lo que uno desea es considerado como dictatorial o como una intromisión dañina para la integridad de otra persona, ya que puede verse a ésta como alguien vulnerable e incapaz de determinar su propio nivel de docilidad, alguien que no sabe decir que no. En consecuencia su libertad tiene que ser defendida por otra persona. El tipo de problemas tratados con este intento son problemas que involucran un conflicto en una relación interpersonal se trabaja en problemas de pareja, dificultades en la crianza de los hijos, conductas esquizofrénicas. La estrategia global es lograr que la persona que solicita algo, lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de manera arbitraria.

5.- LA CONFIRMACIÓN DE LAS SOSPECHAS DEL ACUSADOR MEDIANTE LA AUTODEFENSA: Es común que entre dos personas: A y B, la persona A haga acusaciones en contra de la persona B, y que ésta responda mediante una negación y una autodefensa, que lo único que provoca es una confirmación parte de la persona A. En estos problemas hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes creen equivocado y son comunes entre intento de solución: problemas como beber en exceso, la infidelidad, la delincuencia, falta de honradez. La estrategia global es lograr que las partes abandonen su papel repetitivo para romper el círculo vicioso en el que han caído.

B) INTERVENCIONES GENERALES:

Estas tienen un campo de aplicación más amplio que las principales y en algunas ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente. También pueden emplearse en prácticamente cualquier momento de la terapia, y son lo bastante generales como para utilizarse en una gran diversidad de problemas. Pueden aplicarse en cualquier momento del tratamiento y casi en cualquier problema. Su utilidad puede extenderse hasta para preparar el terreno para una intervención posterior más específica:

NO APRESURARSE: Se usan especialmente con personas con problemas cuya solución consiste en esforzarse demasiado, se diseñan para hacerles notar que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que se avance con lentitud.

HABLAR DE LAS DESVENTAJAS DEL CAMBIO: Esta se refiere básicamente a hacerles saber los peligros de una mejoría y se les pregunta a las personas si se encuentran en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.

UN CAMBIO DE DIRECCIÓN: En estos casos l@ terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Estas intervenciones son convenientes cuando l@ terapeuta de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente sin darse cuenta o cuando sugiere algo a lo que el cliente accede pero más tarde se muestra renuente a hacerlo. Cuando más pronto se de cuenta de la necesidad de un cambio de dirección, más fácil será llevarlo a cabo (Fisch, *et al.*, 1994).

2.4.3 TERAPIA ESTRATÉGICA

El enfoque estratégico aplicado al campo de la psicoterapia, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto, dirigido por Bateson y Jackson y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevado a cabo por Milton Erickson. Uno de los miembros de este equipo, Jay Haley, tiene un papel relevante en el desarrollo del enfoque estratégico dentro de la terapia familiar sistémica. Fue un miembro clave en el proyecto de investigación acerca de la comunicación y la esquizofrenia de Gregory Bateson en los años 50 y contribuyó a crear el concepto de doble vínculo. Bateson estaba interesado en el significado teórico de los conceptos, como una descripción de interacción, y no en los aspectos clínicos de la influencia interpersonal dentro de una familia (Nardone & Watzlawick, 2000).

En 1953, cuando Haley junto con John Weakland, comienzan a interesarse en la comprensión de la comunicación que ocurre en un estado hipnótico entre el terapeuta y el sujeto y, bajo los auspicios de Bateson, empiezan a observar sistemáticamente el trabajo de Milton Erickson. Para esto llevan a cabo visitas al consultorio de Erickson, en Phoenix, Arizona durante varios años. La influencia de Erickson sobre muchas de las asunciones y subsecuentes técnicas terapéuticas de la terapia estratégica es muy importante; Haley considera a Erickson como el creador de la aproximación general a la Terapia Familiar Estratégica (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Uno de los aspectos menos conocido del trabajo de Milton Erickson, era el enfoque estratégico que elaboró para el tratamiento de pacientes, parejas y familias, sin utilizar el recurso del uso formal de la hipnosis. Sin embargo, su estilo estaba evidentemente

vinculado a su concepción de la hipnosis como fenómeno relacional y psicosocial; esta concepción se expresa en un estilo peculiar de comunicación terapéutica basado en refinadas formas de lenguaje verbal y no verbal.

La forma de hacer terapia propia de Erickson representó para el grupo fundador de la perspectiva sistémica un material clínico fundamental, al observar que, de manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson había formalizado como modelos.

Fue precisamente Haley quien previó sus aplicaciones clínicas, habló de la posición que, de manera implícita, existe en cada interacción interpersonal como un esfuerzo de control por la definición de la relación. Consideraba a la conducta sintomática como una parte de una inadecuada estrategia de control, en donde en una situación de terapia, es el terapeuta y no el cliente quien debe mantener el control, para que el cliente no perpetúe sus dificultades, en orden de continuar gobernando con sus métodos sintomáticos.

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA ESTRATÉGICA:

La terapia estratégica es una intervención terapéutica generalmente breve (debe durar en promedio menos de veinte sesiones), orientada a la supresión de los síntomas y a la resolución del problema. La terapia es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del cliente.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Los problemas o síntomas son vividos como modalidades comunicativas entre individuos al interior de un determinado contexto social y los sistemas psicológicos son descritos en términos de jerarquías disfuncionales que deben reorganizarse en un orden funcional. Las consecuencias disfuncionales de los actos se pueden ver en alianzas y juegos de poder entre los miembros de una familia, por lo que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que constriñen a la persona a respuestas disfuncionales (Nardone & Watzlawick, 2001).

EL SÍNTOMA es considerado una metáfora del problema, y a la vez, representa la solución, insatisfactoria, que el sujeto ha dado. La terapia se centra en la gestión del poder (los síntomas mismos se consideran instrumentos de poder) mediante la reorganización de las jerarquías en el interior del sistema familiar. El terapeuta se

inscribe directamente en el interior del juego de poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional. (Haley, 1990).

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA:

En este modelo desde la primera entrevista es considerada ya como parte de la intervención. Se pretende que todas las personas involucradas en el problema estén presentes en sesión de manera que se pueda observar las pautas de interacciones entre los miembros para involucrarlos de manera activa en el proceso. La entrevista tiene varias etapas:

ETAPA SOCIAL: En la primera entrevista se establece el contrato terapéutico (con uno o varios miembros del sistema familiar); esta fase da pauta al planteamiento del problema. Se pasa a una etapa de interacción en donde es muy importante que se fijen las metas deseadas por el o los miembros de la familia. Esta entrevista proporciona la base para comenzar a perfilar el diagnóstico o la definición del problema, considerando las relaciones sociales de los clientes. La labor del terapeuta es ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan a través de las diferentes etapas del ciclo vital.

ETAPA DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: A través de preguntas realizadas a todos l@s asistentes a la sesión, el/la terapeuta trata de esclarecer el problema e identificar la secuencia de conductas que lo constituyen en la familia.

ETAPA DE INTERACCIÓN: En ésta l@ terapeuta permite que tod@s l@s integrantes discutan sobre el problema, interviniendo activamente para que tod@s participen. Le permite identificar la interacción familiar.

ETAPA DE FIJACIÓN DE METAS: Como su nombre lo indica, en ésta se llega junto con la familia a la identificación de los cambios a los que se requiere, como objetivo de la terapia. Deben plantearse en términos resolubles (Haley, 1990).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS:

El estilo terapéutico es marcadamente directivo; considera fundamental la superación de las crisis de paso situadas en diferentes estadios de la vida familiar (ciclo vital). Resulta de particular interés el momento en que se abandona o debe abandonarse la casa paterna, ya que los graves fenómenos psicológicos (esquizofrenia, delincuencia, adicciones), que frecuentemente ocurren en esta fase, son fruto de las dificultades que se pueden hallar en el momento en que considera cerrado un estadio del ciclo de la propia existencia. Todas las categorías diagnósticas tradicionales, consideradas en el

contexto de la situación familiar del individuo, pueden redefinirse en términos de las dificultades que se tienen en el paso de una fase a otra del ciclo vital (Madanes, 1990).

El recurso que deviene de informaciones acerca del pasado o a la “historia clínica” representa sólo un medio para poder disponer de las mejores estrategias de resolución de los problemas actuales. El terapeuta centra su interés y valoración en: a) qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo; b) cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional; c) cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas); d) cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Después de haber construido una o más hipótesis sobre los puntos citados y después de haber puesto de acuerdo con el paciente respecto del objetivo de la terapia se determinan y aplican las estrategias para la resolución del problema. Las técnicas derivadas del Modelo Estratégico son de manera breve las siguientes:

DIRECTIVAS: Estas indicaciones se diseñan a fin de modificar de forma deliberada, la manera en que las personas se relacionan entre sí, incluyendo al terapeuta. Existen dos formas de impartirlas; diciéndole a la persona lo que debe hacer, con el propósito de que lo cumpla o, con el propósito de que no lo cumpla y cambie por lo que conoce como la vía de la rebelión. La forma de cumplirlas brinda información sobre cómo responden las personas a las instrucciones (Madanes, 1990).

Las directivas pueden ser directas o paradójicas, involucran a uno, varios o a todos los miembros de un sistema. En el caso de las directivas directas resulta necesario tener una gran influencia sobre los clientes y una muy buena relación con ellos para lograr que éstos dejen atrás su comportamiento al pedírsele que lo hagan. Por lo que hace a las directivas paradójicas, el terapeuta expresa su deseo del cambio a una familia pero a la vez le pide que no lo haga, que no cambie. En la base de las directivas paradójicas se encuentra la idea de que algunas familias buscan ayuda y expresar explícitamente su deseo de cambiar pero se resisten tanto a ser ayudadas como al cambio. Al identificar esto, el terapeuta maneja dicha resistencia para producir el cambio, como ya se dijo, rebelándose en contra de los deseos del terapeuta.

FOMENTAR LA RESISTENCIA: Esta técnica, se debe a su creador Milton Erickson quien la utilizó tanto en sus intervenciones con hipnosis como sin ésta. El fomentar la resistencia para el cambio se considera la base del desarrollo de las directivas impartidas de forma paradójica.

OFRECIMIENTO DE UNA ALTERNATIVA PEOR: Esta técnica consistente en “ofrecer” a los clientes algo que no les guste y peor de lo que les sucede en ese momento con el propósito de que ellos decidan hacer otra cosa con el fin de evitar algo peor de lo que les está pasando. A veces se utiliza la ilusión de alternativas, que, como su nombre lo indica, ofrece al cliente dos propuestas en ocasiones diferentes o parecidas, dirigidas a fin que el terapeuta desea: que el cliente haga lo que éste le pide, sólo retrasando el momento en algunas ocasiones.

DETERMINACIÓN DE UN CAMBIO MEDIANTE COMUNICACIONES METAFÓRICAS: Se utiliza un lenguaje metafórico cuando los clientes se resisten a las directivas, sean éstas de cualquier tipo. Las metáforas o analogías son también formas indirectas de propiciar un cambio, contando historias quizá en donde el cliente se ve reflejado y trabaja para el cambio.

ALENTAR UNA RECAÍDA: Esta técnica que pretende ocasionar aquello que en general se trata de evitar. En terapia se utiliza con personas que presentan una mejoría rápida, demasiado cooperadoras y que si presentaran una recaída es probable que sintieran frustrados con ello. En esta técnica el terapeuta acepta la mejoría pero a su vez prescribe una recaída, el cliente se resiste y sigue mejorando.

EL EMPLEO DEL ESPACIO Y LA POSICIÓN: Tiene como premisa principal el que las personas se ubican en los espacios en términos de señales visuales, auditivas y kinestésicas; al modificar estas señales se altera su orientación (especialmente su conducta). La conducta de un miembro hacia otro se logra modificar, por ejemplo, con un cambio de lugar que de forma metafórica le está indicando su lugar en la familia, como un movimiento de sillas o colocación de los miembros de la familia por holones o subsistemas.

ÉNFASIS EN LO POSITIVO: Tiene su origen en la idea de que las personas desean, de forma natural, el crecimiento personal y responden por tanto cuando se privilegian los aspectos positivos de sí mismo. El papel del terapeuta consiste en tratar de encontrar los aspectos positivos de la vivencia de los clientes con el objetivo de encontrar alguno de éstos que pudiese aprovecharse para mejorar las relaciones de la persona con el resto de los subsistemas.

SIEMBRA DE IDEAS: Se utiliza principalmente durante la primera etapa de la entrevista o de la terapia; al estar obteniendo información se introducen sobre la marcha o se subrayan ideas que posteriormente, en caso de ser conveniente, estas ideas sirven para diseñar intervenciones sobre éstas.

AMPLIACIÓN DE UNA DESVIACIÓN: Hace referencia a la desviación de la conducta llevada a cabo sin éxito. Se intenta alcanzar una respuesta pequeña para construir sobre ella, esto es, ampliándola hasta lograr la meta deseada. Aquí se busca un cambio pequeño que se amplía para lograr cambios importantes.

DESPERTAR Y ENGANCHE: El despertar y enganche se utiliza con personas muy involucradas entre sí, su propósito es llevarlas a lograr una vida propia, aquí se promueve la autonomía por parte de los miembros del subsistema.

EVITACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DE SÍ MISMO: Tiene como objetivo producir o promover un cambio a través del impacto interpersonal del terapeuta, para lo cual se incluyen dentro de la comunicación las metáforas. Este enfoque considera innecesaria la comprensión personal acerca de los actos propios para lograr el cambio terapéutico.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA: Si bien no es considerada una técnica como tal, la consideración del ciclo vital es una parte importante del enfoque estratégico. El ciclo vital da cuenta de los procesos normales en la vida de las familias. Independientemente de la etapa en que se encuentre, el paso de esa etapa a la siguiente en el ciclo evolutivo se constituye en un momento clave para el desarrollo de los subsistemas de un sistema. Las crisis que pueden surgir al pasar de una etapa a otra del desarrollo son tomadas muy en cuenta para el diagnóstico.

El planteamiento estratégico se ha consolidado gradualmente como una perspectiva teórico-práctica específica que viene a ser una evolución de la terapia familiar. Se diferencia de otros modelos de terapia familiar debido a que se presta una mayor atención sobre el problema que se presenta, sobre cuánto lo sostiene y la manera de modificar rápidamente la situación, más que sobre la interacción familiar y la reorganización de su sistema relacional, aunque mediante la resolución del problema se modifica la interacción familiar, así como modificando el sistema relacional puede llegar a resolverse el problema específico.

La pregunta fundamental que se hace el terapeuta estratégico es: ¿qué estrategia funciona mejor para este problema concreto? A partir de ella, y tras haber comprendido el funcionamiento de todo el sistema, decidir si ha de tratar al paciente individual o más bien a la familia, si ha de intervenir directamente sobre el sistema o con el sujeto

2.4.4 MODELO DE MILAN

El Modelo de Terapia de Milán, se refiere a la contribución de Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata al campo de la terapia familiar. Los cuatro fueron conocidos como el Grupo de Milán; cuatro psiquiatras con formación psicoanalítica que en las décadas de los 60 y 70 emprendieron en Italia un interesante trabajo con familias de niños psicóticos, término que se utilizaba como sinónimo de trastorno mental grave y con niños con algún síndrome de anorexia o bulimia. Como la mayoría de los terapeutas de la época, recibieron noticias y quedaron impresionados por el trabajo e investigación de familias realizado en Estados Unidos, concretamente en el Instituto de Investigaciones Mentales en Palo Alto, California, bajo la dirección de Gregory Bateson (Keeney & Ross, 1993).

En 1967 el Centro para el Estudio de la Familia inicia sus actividades en Milán, Italia, cuyo trabajo tuvo como antecedente un largo período de estudio de la literatura que sobre el tema existía entonces, además de un breve viaje informativo realizado por Selvini-Palazzoli al MRI, el cual tuvo como resultado las visitas posteriores de Paul Watzlawick a Milán, convirtiéndose así en el consultor del grupo (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

El trabajo con familias con miembros con psicosis y problemas alimenticios se exponen por primera vez en la obra del grupo titulada Paradoja y Contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica (Selvini Palazzoli, *et al.*, 1994). De esta manera fue como llamaron a su población objetivo y en donde muestran la fuerte influencia del pensamiento estratégico de Jay Haley, especialmente en el uso de las prescripciones paradójicas para intentar “deshacer” dichas transacciones. Ellos propusieron que este tipo de familias participen en ciertos juegos familiares no reconocidos, en donde sus miembros se esfuerzan cada uno por separado por lograr el control de la conducta del otro y, principalmente, donde la labor del terapeuta es poner estos juegos sobre la mesa interrumpiéndolos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Las familias con transacciones esquizofrénicas se encuentran atrapadas en sus propias reglas del juego y, de seguir así, no tienen posibilidad de cambio, estas reglas definen y sustentan sus relaciones las cuales permanecen paradójicamente debido a que aunque la familia aparentemente busca el cambio, en el fondo continúa en un juego para prevenir que dicho cambio tenga lugar.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA TERAPIA:

Con base en la influencia del MRI al principio trabajaban sólo diez sesiones con las familias; posteriormente extendieron a un mes el tiempo entre sesiones, en primer lugar debido a que las familias consultantes provenían de puntos muy distantes de

Italia por lo que no podían acudir cada semana y, en segundo, debido a que se dieron cuenta de que este intervalo correspondía al tiempo que una familia requería para mostrar los cambios. El grupo de Milán se reunía dos veces por semana viendo a un promedio de dos familias por día. El diseño de las sesiones se dividía en cinco partes:

REUNIÓN PREVIA O PRESESIÓN: el grupo discutía la información obtenida del contacto telefónico previo que se hacía con la familia por el médico que la remitía o por alguno de los miembros del grupo.

ENTREVISTA CON LA FAMILIA: realizada durante la sesión con la familia, en donde se observaban principalmente: las pautas y estilos de comunicación e interacción entre sus miembros. Durante la sesión, el equipo detrás del espejo el equipo terapéutico podían interrumpir para hacer observaciones a l@s terapeutas a cargo.

INTERVALO O PAUSA: en donde se llevaba a cabo el debate al reunirse el equipo de terapeutas con el equipo detrás del espejo para diseñar la intervención final con la familia (diversas tareas a realizar por ésta).

LA CONCLUSIÓN DE LA SESIÓN: L@s terapeutas a cargo volvían con la familia llevando el mensaje del equipo y la tarea a realizar.

El equipo completo hacía un debate final posterior a que la familia dejara el consultorio. Generalmente dos terapeutas, un hombre y una mujer trabajaban con la familia mientras los otros dos permanecían detrás del espejo unidireccional observando el desarrollo de la sesión. Sin embargo más tarde fue sólo un terapeuta el que trabajaba con la familia teniendo como equipo a los tres restantes.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS:

Principalmente en este aspecto el grupo retoma y amplía algunos de los métodos introducidos por el MRI (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

PARADOJAS: Se llevaba a cabo con familias con las que no era posible intervenir directamente, generalmente con familias con interacciones esquizofrénicas, por lo que se prescribían tareas paradójicas; tal es el caso del doble vínculo terapéutico, denominado por el grupo de Milán como contraparadoja, el cual se convirtió en el centro de su terapia. La familia era prevenida en contra de un cambio prematuro al tiempo que se connotaba positivamente el síntoma, asumiendo que éste tenía en la familia la función de ayudar a la homeostasis.

CONNOTACIÓN POSITIVA: Esta formaba parte como mencionó en el párrafo anterior de la contraparadoja. La connotación positiva tuvo su origen en la técnica aplicada por los terapeutas del MRI para prescribir el síntoma, aunque el grupo de Milán se dio

cuenta que al apoyar el síntoma, connotaban negativamente lo que contrariamente pensara el resto de la familia. Esto es, si se quitaba la culpa al miembro sintomático (que era de acuerdo a la visión de la familia quien la tenía), entonces eran otros integrantes de la familia los que se sentían culpables; por ello que decidieron connotar positivamente tanto la conducta del denominado paciente designado, así como el comportamiento, sintomático también, de los demás miembros de la familia.

De esta manera todos los miembros de la familia se encontraban vinculados como participantes de un sistema, el sistema familiar, debido a que la connotación positiva era presentada por los terapeutas como algo positivo más que reprochable; la familia no era rechazada sino al contrario confirmada en sus relaciones. Como resultado de ello la conducta sintomática era vista entonces como voluntaria y posibilitaba grandemente el cambio. Sin embargo la connotación positiva ponía de manera implícita a la familia en una paradoja como lo era el hecho de que para tener un mejor funcionamiento familiar se requería de un miembro sintomático en ella.

RITUALES TERAPÉUTICOS: Fueron diseñados para intervenir en los patrones establecidos en la familia, promoviendo nuevas maneras de hacer cosas que a su vez pudieran modificar pensamientos, creencias y nuevas formas de relaciones en la familia. Generalmente consisten en actos o ceremonias propuestas por los terapeutas como sugerencias o experimentos familiares. Más que ofrecer una prescripción directa en donde la familia se resista al pedimento del terapeuta, la realización de un ritual ofrece un nuevo contexto y es más probable que la familia lo lleve a cabo. Los rituales forman parte de una prescripción paradójica describiendo en detalle qué es lo que se va a hacer, por quién o quienes, en dónde, cómo se tiene que hacer, la familia tiene que cumplir con cada detalle de la prescripción. Generalmente los rituales toman la forma de alguna regla oculta de la familia.

En el año de 1980 el trabajo de Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata comienza a tomar un giro diferente. Dejan de usar las paradojas y en el artículo Hipotetizando-Circularidad-Neutralidad: Tres guías para la Conducción de la sesión, se observa una postura más sistémica y un alejamiento del pensamiento y trabajo estratégico. Esta nueva forma de trabajo que surge de la investigación en su trabajo terapéutico tiene como objetivo principal individualizar y proponer principios fundamentales para la conducción de entrevistas coherente con una epistemología sistémica (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

HIPOTETIZAR: Se refiere a la formulación que hace el terapeuta basándose en la información que posee acerca de la familia que está entrevistando. La hipótesis se

constituye en un punto de inicio para verificar dicha información a través de la entrevista o negarla en su caso y proponer una nueva hipótesis. La hipótesis inicial proporciona información relevante acerca de la función del síntoma aún cuando sea una hipótesis falsa, su función principal es proporcionar una guía para obtener nueva información por medio de la cual se puede confirmar, refutar o modificar.

CIRCULARIDAD: Es la capacidad que tiene el terapeuta para llevar a cabo su investigación con base en la información o retroalimentación proporcionada por la familia entrevistada, en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones, diferencias y de cambio. Para el grupo de Milán ello exige que los terapeutas “se liberen” de lo que denominan como condicionamiento lingüístico y cultural que los hace pensar en términos de cosas. Por neutralidad se entiende una postura en donde el terapeuta se interesa y acepta cada percepción única que del problema tiene cada miembro de la familia. El instrumento creado para evaluar el juego familiar es el Interrogatorio circular, una herramienta que se considera esencial en el entrenamiento a terapeutas. Consiste en una serie de preguntas que se hacen a cada miembro de la familia para que surjan las diferencias o para definir una relación entre dos o más miembros de la misma. Las diferencias muestran los patrones familiares recurrentes. Se basa en los principios de hipótesis, circularidad y neutralidad.

NEUTRALIDAD: El tomar una posición neutral ante la familia tenía que ver con que el terapeuta asumiera una postura que evitara realizar coaliciones o alianzas con alguno de los miembros de la familia, tarea en ocasiones no muy sencilla pues tiene que ver con que la familia lo percibiera como alguien neutral, que no estaba del lado de ninguno de ellos (Selvini Palazzoli, *et al.*, 1980).

2.4.5 PERIODO POST MILAN

En 1980 el grupo original de Milán se escinde; Boscolo y Cecchin se separan de Selvini y Prata y conforman los Asociados de Milán. En tanto Selvini y Prata se dedicaron a la investigación (separándose finalmente en 1982); los Asociados de Milán continuaron centrándose en la formación de terapeutas.

Selvini y Prata encaminaron su trabajo hacia la investigación de los sistemas familiares, desarrollando técnicas para interrumpir los juegos destructivos mostrados por individuos con psicosis y sus familias. De acuerdo a Simon (1987 en: Goldenberg y Goldenberg, 2000) dicho trabajo representa un regreso al pensamiento estratégico. Ellas propusieron lo que se conoce como prescripción universal o invariable, que tiene

como base el que las anteriores alianzas y coaliciones intergeneracionales se rompen por la redundancia de la unión entre los padres. De acuerdo a Selvinni Palazzoli más que una técnica es un procedimiento para "...investigar los juegos de embrollo e instigación que parecen presidir las relaciones en las familias psicóticas, por lo que también tiene como finalidad buscar las estrategias específicas del juego de cada familia particular..." (Ochoa de Alda, 1995, p.91).

Boscolo y Cecchin por su parte, dirigieron sus esfuerzos al entrenamiento de terapeutas familiares alrededor del mundo; en sus seminarios de entrenamiento se han avocado también a desarrollar formas de introducir nuevas ideas y patrones de pensamiento en los miembros de la familia. Propusieron la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, la cual sirve al terapeuta para confirmar o negar las hipótesis iniciales que se elaboran para cada familia en particular. Deben tener en cuenta el tipo de relaciones familiares (alianzas y exclusiones), en ocasiones para potencializar el cambio que se ha inducido ya en la sesión, se prescriben algunos rituales (Ochoa de Alda, 1995).

Desarrollaron un estilo de intervención terapéutica de corte colaborativo basado en el proceso mismo de la entrevista a través del interrogatorio circular. En concordancia con este punto de vista, utilizaron técnicas de interrogatorio a fin de ayudar a que los miembros de la familia se escuchen entre sí y traten de entender el contexto relacional de la familia. En la búsqueda de una nueva perspectiva sistémica, su trabajo representa un importante papel en el desarrollo de una aproximación de corte constructivista en la terapia familia. El trabajo de los Asociados de Milán ha sido bien recibido por algunos miembros del Instituto Ackerman de la Familia en Nueva York, entre los que se encuentran Lynn Hoffman y Peggy Pen (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Es interesante mencionar que Cecchin realizó posteriormente una revisión sobre el concepto de neutralidad que venía ya trabajando desde el Modelo de Milán, debido a la dificultad del terapeuta de mantenerse neutral especialmente con sistemas o subsistemas muy absorbentes. Sustituye el término de neutralidad por el de curiosidad que le permite una posición más cómoda para conocer a la familia. No obstante la substitución del término, para él ambos están estrechamente relacionados, pues ambos ayudan a construir un contexto de curiosidad y neutralidad (Cecchin, 1989).

2.4.6 MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES

Con muy poco interés en conocer el *por qué* de los problemas, la terapia breve y los terapeutas orientados hacia la solución dirigen sus esfuerzos hacia la forma en que las personas describen sus problemas, y bajo la guía del terapeuta pero dirigidos por sus propias metas, son los clientes quienes construyen posibles soluciones para alcanzar estas metas.

En lugar de hablar acerca del problema (su génesis y desarrollo por ejemplo), los terapeutas que trabajan el modelo de terapia breve centrado en soluciones, guían a las personas a hablar precisamente acerca de la solución, por lo que terapeuta y cliente discuten acerca de las soluciones que desean construir juntos. El terapeuta más que indagar sobre “los problemas” hablará sobre cómo se puede hacer para cambiar la situación.

PRINCIPALES REPRESENTANTES:

Entre los terapeutas de esta escuela están Steve DeShazer, un trabajador social, Insoo-Kim Berg, Eve Lipchik y Michelle Weiner-Davis. El modelo fue desarrollado en The Brief Family Center (El Centro de Terapia Familiar Breve) de Milwaukee, que se funda en 1978.

En los primeros trabajos de De Shazer se observa la influencia del Mental Research Institute (MRI) y las técnicas indirectas de Milton Erickson. Más recientemente DeShazer retomó nuevamente las ideas del filósofo y lingüista Ludwig Wittgenstein, particularmente las nociones relativas a “los juegos del lenguaje”, o conversaciones con los otros a través de las que se determina la realidad. Actualmente, en la Terapia Centrada en Soluciones se observa claramente la influencia del Construccionismo Social, enfatizando el papel central del lenguaje, en cómo las personas nos vemos a nosotras mismas y a nuestros problemas (Goldenger & Goldenberg, 2000).

TERAPIA FAMILIAR CENTRADA A LAS SOLUCIONES

William Hudson O'Hanlon, Michelle Weiner-Davis y Matthew Selekman se han sumado a la labor de DeShazer y sus colaboradores, contribuyendo a la difusión del modelo de terapia centrada en soluciones, es decir, en las soluciones eficaces que las personas emplean para resolver sus problemas (Ochoa de Alda, 1995).

La aproximación centrada a las soluciones desarrollado por O'Hanlon y Weiner-Davis, tiene como principales influencias el trabajo de Milton Erickson, el modelo de Terapia Breve centrado en soluciones desarrollado por DeShazer y sus colegas, y el trabajo desarrollado en el Centro de Terapia Breve de Palo Alto, California, conocido como

Modelo Centrado en Problemas. Ello debido a que O'Hanlon fue discípulo de Erickson y Weiner-Davis se formó e integró en el equipo de Milwaukee.

SUPUESTOS BÁSICOS:

LA RESISTENCIA ES UN CONCEPTO INÚTIL: De Shazer y sus colaboradores, rechazan el concepto clásico de resistencia; las personas que acuden a terapia realmente quieren cambiar, por lo que la resistencia se concibe como una forma de cooperación y proporciona pistas claras sobre la forma en que resulta más útil trabajar con las personas.

EL CAMBIO ES INEVITABLE: Por ello desde la primera sesión se construye con el cliente dicha perspectiva, empleando preguntas presuposicionales para generar la sensación de que el cambio ha comenzado mucho antes de la primera sesión.

SÓLO ES NECESARIO INTRODUCIR UN CAMBIO PEQUEÑO: Al entender el valor de un cambio mínimo (siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema), comenzarán a trabajar en lograr grandes cambios, actuando sobre los iniciales pequeños cambios para amplificarlos en diversas situaciones y contextos.

LOS CLIENTES TIENEN LA FUERZA Y LOS RECURSOS NECESARIOS PARA EL CAMBIO: Se considera que las personas tienen un gran potencial natural para el cambio; el terapeuta refuerza y apoya esos aspectos siempre hacia el cambio.

LOS PROBLEMAS SON INTENTOS DESAFORTUNADOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS: Son precisamente los intentos repetidos y fallidos para resolver los problemas lo que mantiene “el problema”, Hay que salir del círculo vicioso de “más de lo mismo” para encontrar la solución.

NO SE NECESITA SABER MUCHO ACERCA DE LOS PROBLEMAS PARA PODER RESOLVERLOS: Las excepciones (cuando no ocurre el problema) son utilizadas como “bloques de construcción” para co-construir las soluciones sin que sea necesario ahondar sobre las causas “subyacentes”.

EXISTEN MÚLTIPLES PERSPECTIVAS: NO HAY UNA FORMA FINAL “CORRECTA” O UNA ÚNICA REALIDAD: existen muchas formas de ver una situación y más de una manera para encontrar la solución (Selekman, 1993 en: Goldenberg & Goldenberg, 2000). La Terapia está enfocada al presente y a un futuro sin problemas.

LA SESIÓN COMO INTERVENCIÓN (COMPONENTES DE LA ENTREVISTA)

Desde el primer contacto entre terapeuta y cliente y casi desde las primeras preguntas, está habiendo ya una intervención traducida en una modificación en la forma de pensar de las personas que se traduce, a su vez, en forma de reflexión o de interrogación hacia sí misma. Para O’Hanlon y Weiner-Davis (1993) cada persona y cada encuentro son algo único, por lo que la terapia debe adaptarse a la persona, la

situación, la ocasión, el momento y de acuerdo al entrenamiento, pericia y experiencia del terapeuta.

DEFINICIÓN DEL CONTEXTO DE TRABAJO: El espacio terapéutico es un espacio de reflexión y para la co-construcción de realidades alternativas a la planteada hasta ahora como la única y en donde existe el problema. Se explica la forma de trabajo: el espejo unidireccional, el equipo terapéutico, la pausa durante la sesión y se solicita la autorización para el uso del equipo de videograbación.

Se recogen o completan los datos personales de los clientes y se pregunta sobre el motivo de consulta: Trás una breve exposición acerca del motivo, se sabe si la terapia es viable, obteniendo información acerca de las excepciones al problema; los momentos y situaciones en que las cosas van bien, la forma en que se han solucionado problemas anteriores y la situación actual, así como las fuerzas y sus recursos.

EMPLEO DE PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES: Éstas funcionan como intervenciones y los clientes parecen sorprenderse, ya que por tradición, la terapia es para hablar de los problemas. Aquí se pregunta acerca del cambio que ocurre entre la primera llamada hecha por el cliente y la primera sesión.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS: El papel del/la terapeuta es muy activo en este punto; los objetivos deben hacerse en términos de descripciones de acciones alcanzables y lo bastante concretos para poder saber que se han alcanzado. Una regla para definir objetivos es comenzar con cosas pequeñas y se hace a través de preguntas como “¿cuál será la primera señal que te indicará que te estás convirtiendo en una mejor persona? ¿Qué estarás haciendo entonces, cómo se darán cuenta los demás?” a fin de que la descripción se haga en términos de conducta.

LA PAUSA: Antes de concluir la sesión el terapeuta consulta con el equipo, generalmente detrás del espejo. Lo cual permite que el terapeuta y el equipo reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. Permite al terapeuta volver a subrayar comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se vayan. La pausa también puede hacerse cuando se trabaja solo para poder en orden las ideas.

ELOGIOS: Para este tipo de retroalimentación conviene tomar nota (escrita o mentalmente) sobre algo positivo que ha hecho o dicho el cliente para aprovechar cualquier ocasión y hacerlo notar o felicitarlo por ello; sirve como indicador a los clientes de que ya han hecho algo o lo están haciendo para comenzar a resolver “su problema” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Se utiliza una “serie de preguntas terapéuticas” basadas en el trabajo inicial de De-Shazer, diseñadas para interrumpir los patrones de conducta que mantienen el problema y cambiar a su vez modelos de creencias familiares inadecuados que llevan a la gente a hacer “más de lo mismo”, cambiarlos y ampliar las excepciones al problema. Existen tres tipos de preguntas, las que generalmente se hacen en la primera sesión, lo más pronto que se pueda y son la base del Modelo de Terapia Breve centrado en las Soluciones: La Pregunta del Milagro (que forma parte de las técnicas de Orientación al Futuro); Las preguntas para encontrar Excepciones; y las Preguntas de Escala.

Las técnicas de proyección al futuro tienen su origen en el trabajo desarrollado por Erickson y De Shazer, y son básicamente dos: La Técnica de la Bola de Cristal (también llamada fantasías guiadas) y la Pregunta del Milagro.

LA PREGUNTA DEL MILAGRO: Más que una pregunta se refiere a un marco de referencia para toda una serie de preguntas que se realizan en casi toda primera sesión; permite al terapeuta y al cliente describir qué características tendrá una solución, funcionan debido a la poca habilidad que la mayoría de las personas tienen para describir dichas características, primordialmente cuando se pregunta directamente. Se pregunta de forma indirecta acerca de los objetivos utilizando la secuencia del milagro, se obtienen descripciones de conductas específicas y concretas que de otra manera resultará más difícil hacerlo. Para Weakland (1987, en: de Shazer, 1992), el marco de referencia o secuencia del milagro se conecta así con lo que las personas esperan al acudir con el terapeuta: “llegan a la terapia con la esperanza de que se produzca un milagro”.

Al utilizarla, terapeuta y cliente se colocan en condiciones de lograr una imagen lo más clara posible de las características que tendrá una solución sin importar que el problema sea vago, confuso o no se describa claramente. La pregunta o secuencia de preguntas “del milagro” se realizan en la primera sesión como una forma de empezar a establecer objetivos. Esta es una manera de empezar a construir un puente entre el terapeuta y el cliente sobre la base del éxito (futuro) de la terapia.

LA TÉCNICA DE LA BOLA DE CRISTAL: En ésta se emplean la hipnosis y una técnica de orientación hacia el futuro que permite lograr una mirada “distanciada, disociada, objetiva y subjetiva al mismo tiempo...” de aquello que las personas creen en ese

momento que ya lograron sin notar que tales logros son la expresión en nuestra fantasía de nuestros deseos y esperanzas.

Existe el supuesto de que en la situación terapéutica el solo hecho de describir a detalle un futuro en donde el problema ha sido resuelto, ayuda a las personas a construir la expectativa de que el problema será resuelto también y esta misma expectativa puede ayudarles a pensar y a comportarse de modo tal que lleguen a cumplirla. Las soluciones no necesitan estar directamente relacionadas con los problemas para los que fueron pensadas, aunque la dificultad no se resuelve como parte de la solución, pero hacerlo con éxito no significa que el problema tenga que ser explorado con detalle o definido exactamente o, incluso, largamente conversado.

PREGUNTAS PARA ENCONTRAR EXCEPCIONES: Las excepciones son las conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen el potencial para llevar a una solución cuando son adecuadamente amplificadas. Son también aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se presenta el comportamiento considerado como problema. La búsqueda de excepciones es por lo tanto un aspecto fundamental en el Modelo de TBCS.

Los pasos en el trabajo con excepciones con cinco: ELICITAR (suscitar el tema de las excepciones). MARCAR (Señalarlas para que no pasen desapercibidas). AMPLIAR (Provocar el que los clientes hablen acerca de las excepciones el mayor tiempo posible, lo más detalladamente que puedan hacerlo). ATRIBUIR CONTROL (Identificar las cosas que hizo la persona y señalárselas como deliberadas, hechas a propósito con el objetivo de empoderarla. SEGUIR (Preguntas por otras excepciones que han tenido lugar.

PREGUNTAS DE ESCALA: Forman parte de las preguntas presuposicionales, pueden emplearse durante todo el proceso terapéutico, al inicio –durante la evaluación- y al final del tratamiento. Se emplean para ampliar y mantener el cambio. Las escalas permiten al terapeuta y al cliente construir juntos una línea de comunicación para hablar de las cosas que resultan difíciles de describir, en donde no requieren mayor información que establecer las relaciones –mayor que y menor que- en relación a la situación que los ha llevado a terapia.

El uso de las escalas facilita a las personas a hablar de situaciones que le son difíciles o dolorosas y que en muchas ocasiones son más de una. Las escalas sirven para colocar en orden de importancia aquello que le sucede y que le parece más importante resolver en relación con otras cosas que lo han llevado al consultorio, ya que es importante recordar que las personas llevan a la terapia lo que les sucede a diario, con

diferentes personas, diversas situaciones. Facilita el conocer el grado de importancia o perturbación que una situación tiene en su vida. Al terapeuta le permite conocer la percepción de los clientes acerca de sus metas y cambios de una forma sencilla, puede plantearse de forma ascendente o descendente según sea el caso. Se plantean al inicio, durante el proceso o al cierre de la terapia.

Es importante recordar que la gente lleva a terapia patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes que son susceptibles de cambiar en terapia a través de diferentes estrategias de intervención como son: 1.- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja: 2.- Cambiar el tiempo de ejecución de la queja. 3.- Cambiar la duración. 4.- Cambiar el lugar en el que se produce. 5.- Añadir un elemento nuevo al patrón. 6.- Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón. 7.- Descomponer el patrón de la queja en partes o elementos más pequeños. 8.- Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

2.4.7 MODELOS POSMODERNOS Y SUS CARACTERÍSTICAS

Hablar de modernidad y posmodernidad es hablar de formas de pensamiento prevaletentes en diferentes momentos históricos, caracterizados entre muchas otras cosas, por una forma especial de concebir “la realidad y lo verdadero”; estos dos conceptos, sujetos a modificaciones, se asocian a una serie de prácticas sociales y a una “actitud epistemológica que integra la experiencia” (Gergen, 1991b en: Limón, 2005). Lo anterior tiene que ver con los diferentes conocimientos o formas de entendimiento del ser humano sobre sí mismo. La modernidad y posmodernidad son formas de pensamiento que surgen en el mundo occidental, y se encuentran presentes tanto en las estructuras sociales como en la vida diaria de las personas; su influencia se puede observar en todas las áreas del conocimiento, en donde la psicología y la práctica terapéutica no pueden ser la excepción (Limón, 2005).

Se entiende por Modernidad el momento histórico que retoma el movimiento ilustrado del siglo XVII, particularmente rescata el poder de la razón y la observación como estandartes de lo que supone como conocimiento verdadero; su influencia puede verse a finales del siglo XIX y alcanza su apogeo a lo largo de la primera mitad del siglo XX. La modernidad da pauta a una forma de pensar realista que ve sus frutos en un mundo industrializado con el apoyo de los avances en la tecnología, desarrolladas en alguna medida por las demandas de las dos guerras mundiales. La base del pensamiento moderno es su adhesión a todo aquello que sea objetivo y cognoscible (Gergen, 1992).

Por ello, para acceder a “ésta única verdad” existe un método, único por supuesto, como lo es el método científico-experimental, el cual permite obtener el conocimiento y la comprensión de los seres humanos, de su esencia o naturaleza humana. La realidad (única y universal) es algo independiente del observador, por tanto el sujeto que conoce se aleja de aquello que observa, lo cual puede describir y explicar de “manera objetiva”. El lenguaje aquí es un medio para obtener conocimiento, el conocimiento se comunica a través del lenguaje; la función del lenguaje a su vez es presentar un cuadro que represente el mundo y nuestras experiencias en este (Anderson, 1997).

La modernidad y todo lo relacionado con ésta, cede su papel preponderante a lo que se conoce como Posmodernidad; ésta es para autores como Limón (2005) un movimiento histórico que se caracteriza por el surgimiento de nuevas concepciones acerca del hombre y el mundo y una actitud crítica hacia las cosas; la posmodernidad ve la luz a partir de la segunda mitad del siglo XX; es una nueva forma de conocimiento, de indagación, propuesta desde diferentes disciplinas que cuestionan aquello de una única realidad, las verdades inmutables y acabadas del modernismo y es, también, para autoras como Anderson, más que una época o momento histórico, una crítica, una ruptura en una orientación filosófica, cuya influencia puede verse a partir de los 70s en todos los ámbitos del conocimiento y la vida cotidiana. El pensamiento posmoderno cuestiona “los discursos únicos”, “las verdades universales”. “la realidad objetiva”, se caracteriza por “...la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido. El cambio se acepta y se da por supuesto” (Anderson, 1997, p.70). Sin embargo, esta actitud crítica y dicho cuestionamiento no implican adoptar una postura de “todo se vale”; esta postura promueve la crítica social en todas las esferas, incluyendo al propio posmodernismo.

Ambos tipos de pensamiento, el modernismo y el posmodernismo, concebidos como momentos históricos o como crítica y cuestionamiento (por lo que hace al segundo), han tenido fuertes implicaciones para las disciplinas artísticas y científicas (Antropología, Sociología, Psicología); así también en las artes, la arquitectura, en las prácticas sociales, etc., en donde el efecto de los conceptos de “verdad” y “realidad” juegan un papel diferente, en el primero como algo único, fijo e inmutable y en el segundo como aquello que surge y se crea a través de las interacciones entre las personas, como una construcción social.

En la Psicología, la visión modernista de la realidad, la razón, la naturaleza humana, dio pauta a un concepto de hombre con una esencia racional, puesto que si la ciencia enseña que el mundo se compone de entidades fijas que evidentemente son

reconocibles, esto mismo debe ser válido para las personas, éstas pueden ser conocidas a través de la razón y la observación.

Esta posición esencialista llevó al concepto del yo como algo básico y a considerar al hombre (término genérico) equiparable con una máquina que podía ser reparada por el experto, independientemente de lo que hubiera en sus estructuras cognitivas, en su aparato intrapsíquico, en alguna fase de su desarrollo psicológico o lo que fuera y, este experto, desde afuera, con su saber objetivo y racional, sabía que era lo que ocurría “adentro” y tenía o creía tener el conocimiento y el poder para repararla, muchas de las veces sin la completa autorización de dicho hombre, justificándose en su saber, en su conocimiento que le otorgaba poder sobre el otro. El Modernismo y su influencia en la postura tradicional de la psicología favorece una forma de culpa personal, “ciega” a las condiciones sociales en las que se desarrollan los problemas, insensible u opresivo al abordar cuestiones de género, particularmente en el trabajo con mujeres y a las minorías, reifica el trastorno mental que conlleve a generar y sostener el déficit cultural (Anderson, 1997).

La visión posmodernista de la Psicología, en otro sentido, promueve múltiples visiones, la realidad es algo que se construye a través del consenso social, por lo tanto el sentido de objetividad es un logro social debido, entre otras cosas, a que el sistema de creencias de la persona se encuentra permeado por la historia y experiencia personal; para proclamar algo como verdadero se necesita de otros que hayan llegado a la misma conclusión; ya no hay esencias, los términos el yo, depresión, mente, emoción, razón, cognición, entre otros, no reflejan los hechos, no son algo interno al sujeto; éstos adquieren significado, su sentido de realidad (Gergen, 1992), por la perspectiva que se aporta a los sucesos en la sociedad actual. Es así que el psicólogo no es más “el experto”; éste ha sido desplazado.

Se habla de un yo saturado por múltiples voces, entre las que se incluyen la familia, los otros y los grupos significativos; todas aquellas voces con las que tenemos contacto a través de los medios de comunicación y la tecnología, es un yo (*self*) concebido como una construcción social. El método o los métodos son la hermenéutica o método interpretativo y el construccionismo social “...una indagación busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive (incluyendo su propia participación) (Gergen, 1985 en: Anderson, 1997).

El conocimiento, incluyendo la narrativa de las personas mismas, es una construcción producto del intercambio social, en donde la relación es el centro del conocimiento, los

significados que atribuimos a las personas, a las cosas; son el resultado del diálogo social, del lenguaje el intercambio y la interacción que se construye socialmente “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” (Gergen, 1992, Anderson, 1997).

Las terapias y los terapeutas que adoptan esta postura rechazan la idea modernista del papel jerárquico del terapeuta en relación al cliente. Asumen por tanto una postura igualitaria y concentran sus esfuerzos en enganchar a la familia en conversaciones para conocer sus puntos de vista, sin imponer “la verdad y lo objetivo”. Al conocer las historias que cada persona se cuenta acerca de sí misma, terapeuta y cliente, juntos, construyen nuevas maneras de ver y resolver los problemas de los clientes.

El lenguaje –la conversación- se constituye así en el vehículo terapéutico para cambiar viejas conductas al considerar nuevas explicaciones que guían hacia nuevas soluciones. Este lenguaje (la comunicación) con los otros, moldea los pensamientos y sentimientos y es a su vez moldeado por las relaciones humanas.

2.4.8 TERAPIA NARRATIVA

La Terapia Narrativa es creada por Michael White y David Epston; en esta terapia se utilizan indistintamente los términos narrativa y relato que se refieren a secuencias escogidas de vida que las personas materializan a través del acto de contarlas. El –relato del yo- o narrativa en primera persona define la identidad de la persona a través de sus recuerdos y juicios acerca de su vida actual.

De acuerdo a esta visión de la terapia, lo que puede conocerse es la experiencia concreta y cotidiana de las personas expresada por medio de las narrativas que nos contamos unos a otros o incluso a sí mismos. Existe una estrecha relación entre lo que nos contamos en un momento dado, la forma en la que los vivimos y los relatos que contamos cuando pasó el momento (Payne, 2002).

CONCEPTOS BÁSICOS:

Las personas no conocen al mundo en sí mismo (ya que no existe per se); lo hacen a través de presupuestos acerca de él, que surgen de su experiencia subjetiva previa creada e influida por el contexto social; es a través de los relatos que se cuentan y que cuentan a los demás que se da sentido a la experiencia y están influidos por factores sociales y culturales aunque generalmente no se es consciente de ello. Aunque es posible ponerlos a la luz, identificarlos y descubrir cómo afectan. Los individuos son

seres “interpretantes” a través del lenguaje, que cobra sentido como mediador en todo este proceso interpretativo (White & Epston, 1993).

El poder es un concepto importante dentro de la obra de Michael White, quien se vio fuertemente influido por el trabajo del filósofo e historiador francés Michael Foucault, quien escribió extensamente acerca del poder inmerso en las relaciones; veía al lenguaje como un instrumento de poder. Ciertas historias o narrativas acerca de la vida se perpetúan a través de “verdades objetivas” integradas al discurso personal por la influencia de la sociedad y la cultura, lo que contribuye a mantener la estructura dominante, la estructura de poder, anulando narrativas alternativas acerca de los mismos eventos. Epston, por su parte, adoptando también la metáfora narrativa, introdujo la tradición escrita en la terapia a través de cartas, escritos, etc., lo cual tiene un fuerte impacto y contribuye a generar historias alternativas en la vida de las personas. (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

La terapia narrativa contribuye a ayudar a las personas a reexaminar sus historias o narrativas, los terapeutas narrativos ven esas historias a través de unos lentes políticos, a través de éstos reexaminan aspectos que, particularmente, contribuyen a oprimir la vida de los individuos.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO TERAPÉUTICO:

Dentro del proceso de la terapia y como punto de inicio se encuentra la externalización: consiste en un abordaje terapéutico que invita a las personas a “sacar fuera de sí” el problema, a cosificarlo, a personificarlo y concebirlo como algo externo, separado de la persona. Esta manera de sacarlo fuera de la persona, contradice el esquema personal en donde –el problema- es el individuo mismo, al comportarse de una manera en particular que le ocasiona dificultades en la relación con los otros. Esta postura internalizante condujo al fracaso y culpabilización de las personas.

La externalización de los problemas se trabajó primeramente con niños; ésta permite que la persona y su familia se describan, se narren, a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva diferente y abre posibilidades para el cambio, ya que permite a las personas enfrentarse de otra manera, más ligera, con problemas que antes lo rebasaban. Ofrece además posibilidad de diálogo, más que de monólogo, sobre el problema (White & Epston, 1993).

Debido a que las historias que las personas se cuentan sobre sí mismas determinan el significado y generan selecciones de aspectos de la experiencia que han de contarse y vivirse de acuerdo a estas historias, retomando la analogía del texto o narrativa, dichas narrativas se encuentran saturadas de lo que se conoce como relato dominante. La

externalización posibilita el que las personas se separen de sus relatos dominantes (que han dado forma a sus relaciones) y a través de la deconstrucción (análisis en detalle) logran identificar aspectos anteriormente negados o ignorados, se les llama a estos –acontecimientos extraordinarios- que contribuyen a construir una nueva historia al crear nuevos significados a través de contar y re-contar historias.

Otro aspecto importante de la terapia narrativa, son las preguntas de influencia relativa, que a decir de White (1994), constituyen un proceso. Se llevan a cabo desde el primer contacto con la persona o la familia. Se componen de dos tipos de preguntas: “el primero anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. El segundo las insta a describir su propia influencia sobre la – vida- del problema”...esto las arranca de un mundo fijo y estático...en el que los problemas son intrínsecos a las personas y las relaciones...” (White & Epston, 1993, p. 57). De esta manera se abren nuevas opciones para actuar de forma más flexible.

El encontrar acontecimientos extraordinarios pasados es un aspecto relevante de la terapia narrativa, debido a que las personas llegan con historias saturadas del problema, en donde no ven solución ni salida alguna a sus problemas. Estos acontecimientos extraordinarios se identifican a través de una revisión histórica de la influencia que sobre las personas sobre el problema, recordando cosas que contradigan los efectos que el problema ha tenido sobre sus vidas.

Los acontecimientos extraordinarios actuales son aquellos que puedan identificarse durante el transcurso de la sesión y son puestos a la luz por las preguntas del terapeuta. Al encontrarse disponibles estos acontecimientos, permiten construir nuevos significados tomándolos como base. Asimismo se encuentran los acontecimientos extraordinarios futuros, que como su nombre lo dice, pueden identificarse a través de los planes de la persona para escapar de la influencia de la persona. Resulta interesante hacer notar el papel que la imaginación puede tener durante este proceso, tanto en la externalización del problema como en la influencia de las preguntas sobre la vida de las personas.

Aunque la externalización permite a las personas separarse de los problemas, sin embargo no les quita su responsabilidad en el mantenimiento de éstos, ya que al contrario, en la medida en que contribuye a su concientización y la descripción de su relación con el problema, les permite asumir su responsabilidad con respecto al problema, lo cual antes no estaba a su alcance. De igual manera, a través de la deconstrucción se posibilita observar la influencia que en la conformación del problema tienen las tácticas de poder que permean a través de las prácticas sociales y

culturales la vida de las personas. El revisar las prácticas culturales y su influencia en las personas lleva a considerar el efecto del poder y sus múltiples formas.

Es de reconocerse el impacto que los medios escritos como las cartas, invitaciones, despedidas, contratos y hasta diplomas por los avances logrados en terapia, tienen sobre la vida de las personas. A través de éstas, como una forma más de diálogo, se construyen nuevas narraciones que liberan a las personas de las viejas cadenas de las historias saturadas del problema.

El modelo propone que es posible escuchar “más voces” aún, precisamente a través de estos medios escritos, la voz del terapeuta, de las personas significativas en su vida, “traer” a través del diálogo a personas significativas al espacio terapéutico, y cuando es posible hacerlo en persona para escuchar las nuevas historias que se han construido.

2.4.9 EL EQUIPO REFLEXIVO

Esta propuesta derivada de la perspectiva posmoderna también refleja la idea de las múltiples realidades, acorde con el Construccinismo Social como forma de indagación. Es creado por el noruego Tom Andersen quien realizó estudios de medicina en la Ciudad de Oslo, Noruega su práctica se planteó algunas preguntas acerca de las personas que posteriormente se reflejó en su trabajo dentro de la terapia familiar. En este modelo la conversación de los otros ocupa también el lugar central.

Al igual que otros modelos en la terapia familiar, el Equipo Reflexivo surge del contacto de Andersen con el trabajo de Minuchin, Haley y Watzlawick y al entrar en contacto con Cecchin y Boscolo. A finales de la década de los 70 y principios de los 80 formó un equipo con personas cuyo trabajo estaba relacionado con el ámbito psiquiátrico, para entonces adoptar una postura sistémica (Andersen 1994).

El equipo reflexivo derivado de los modelos de terapias basados en la postura de reflexión, surge propiamente en 1985 y es producto de varios años de dudas e incertidumbre por parte de los terapeutas. Después de ofrecer varias alternativas a un terapeuta que trabajaba con una familia, se les preguntó si querían escuchar al equipo detrás del espejo debiendo permanecer familia y terapeuta en su lugar con la luz apagada. Entonces se encendió la luz al otro lado y pudo escucharse a los terapeutas que tímidamente comenzaban uno a uno a hablar desde su experiencia acerca de las vivencias de la familia. Al finalizar se observó diferente a la familia, “el revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya

no éramos los únicos responsables, sólo éramos una de las dos partes. Esta nueva forma es lo que se llamó grupo reflexivo” (Andersen, 1994, p.34).

En voz de Andersen (1994, p.15), el equipo reflexivo no es una nueva escuela de terapia familiar ni tampoco un nuevo método, “...Pertenece a un nivel de abstracción más general, un nivel de valores y posición terapéuticos...”. Esta definición del equipo reflexivo refleja el trabajo llevado a cabo por Andersen y sus colaboradores; una forma diferente de escucha atenta y respetuosa que invita a l@s profesionales a “quitarse la bata o levantarse del sillón de expert@” de alguien que sabe más que el otro, que oculta información en aras de su no comprensión. Esta postura le permite al/la terapeuta una posición más cómoda, más ligera, al permitirle poner su conocimiento con el conocimiento del otro, del experto, del cliente.

En esta postura se habla de un espejo de doble cara que reemplaza al tradicional (de una sola cara), durante las sesiones tanto clientes como terapeutas tiene la oportunidad de cambiar los lugares y observar a los otros lo cual ofrece nuevas perspectivas. Es una postura igualitaria, en donde los clientes, terapeutas y equipo se abren y conforman equipos de diálogo (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO TERAPÉUTICO:

Esta nueva forma ofrece también al equipo su propia reflexión acerca de cómo todo eso les afectaba también a ellos. La palabra reflexivo equivale a decir que algo es oído, que se aprehende y se piensa antes de dar una respuesta. Debe decirse que tiene influencia del trabajo de Anderson y Goolishian como el mismo Andersen (1994) lo comenta, principalmente en cuanto a las preguntas que sobre sí mismo y el sistema de significados de las familias son necesario hacerse desde esta postura.

La cualidad del equipo reflexivo es que las personas y las familias lo viven, lo experimentan como algo que les da poder, además el escuchar las conversaciones de los demás, los diálogos de los profesionistas sobre sus propios diálogos y los de la familia es algo que generalmente nunca antes han experimentado. Otra cualidad es que los antes expertos, los profesionistas, se ven “expuestos” ante la familia en una forma totalmente nueva.

Una de las reglas principales del equipo reflexivo es el utilizar descripciones positivas para con la familia, que ofrecen y permiten nuevas descripciones, evitando emitir crítica alguna sobre lo que la familia lleva a consulta.

Otra regla es evitar dar consejos y descripciones negativas. Los miembros del equipo hablan entre sí y no establecen contacto ocular con lo que se denomina parte del sistema de entrevista, básicamente la familia que acude a consulta.

El equipo reflexivo concibe dos tipos de sistemas: un sistema estancado y un sistema de ayuda el cual a su vez se divide en un sistema terapéutico fijo (el terapeuta que entrevista a la familia) y el equipo reflexivo detrás del espejo (que tampoco siempre se encuentra detrás de éste). Se considera al sistema de entrevista como autónomo que proporciona su propia guía sobre lo que se habla y de qué. En tanto los miembros del equipo reflexivo escuchan en silencio la conversación hablándose a sí mismos y haciéndose preguntas acerca de las formas en que la situación o los temas que presenta el sistema de entrevista pueden ser descritos, además de la descripción presentada o de qué otra manera pueden explicarse las situaciones o temas explicados de determinada manera por la familia.

Posteriormente, si el sistema de entrevista lo solicita, el equipo reflexivo expone sus ideas. Estos hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre lo hablado por el sistema de entrevista, mientras éstos escuchan, lo que permite un diálogo interno conforme van escuchando diferentes visiones en las voces de los miembros del equipo.

Andersen y sus colaboradores ofrecen una guía para la práctica en donde definen que hacer de acuerdo a los miembros que integran el equipo, incluyendo el que una persona funja como equipo reflexivo acudiendo al consultorio del profesional que así lo solicite y proponen también una guía de preguntas principales, los temas de discusión. Las preguntas incluyen preguntas poco usuales, las que crean mayor cantidad de nuevas aperturas, preguntas sobre descripciones, para obtener explicaciones y acerca de las distintas conversaciones.

Algo importante de rescatar es la posibilidad de propiciar y generar a través de la conversación, los diferentes diálogos y los diálogos sobre los diálogos; múltiples voces con discursos diferentes, que a través de la escucha atenta y respetuosa, particularmente igualitaria, propicia narrativas alternativas en las personas (Andersen, 1994).

2.4.10 ENFOQUE DE LOS SISTEMAS DE LENGUAJE COLABORATIVOS

Surge como parte de la historia del Grupo Galveston o el Huston Galveston Institute creado por Anderson, Goolishian, Pulliam y Winderman; tiene como origen la llamada

terapia de impacto múltiple. Se trata de una organización privada, sin fines de lucro, dedicada a la práctica terapéutica, la investigación y la educación, las personas con las que trabajan son en su mayoría enviados por Instituciones jurídicas, albergues para personas víctimas de violencia intrafamiliar y otras instituciones que trabajan con personas con problemas de tipo legal, por lo que no llegan de forma voluntaria a la organización (Anderson, 1997).

El llamado enfoque de los sistemas de lenguaje colaborativo o terapia colaborativa, refleja las ideas de Harlene Anderson y Harold Goolishian. Tiene como planteamiento principal, si pudiera así decirse, que el significado que las personas atribuimos a las cosas y a las personas es creado y experimentado a través de las conversaciones con los otros y con nosotros mismos. A través de la construcción social de las diversas narrativas damos significado y organizamos nuestra experiencia, aún la propia identidad (el self) en el curso de dichas interacciones. Desde este enfoque se considera que las personas “existimos” en la relación con el otro y el lenguaje ayuda a negociar y construir nuestros valores, sistemas de creencias y nuestra conducta, por ello la terapia se organiza alrededor de la conversación terapéutica para buscar la comprensión y co-construcción de nuevos significados, colocan su interés en la forma en que la familia se organiza, a través del lenguaje y sus significados, alrededor del *dilema* para con esto desorganizarlo a través del diálogo (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Los sistemas humanos son, principalmente, sistemas de lenguaje y significado, por lo que la terapia no es la excepción; si bien es cierto que no se habla de técnicas o intervenciones como tal, es a través del diálogo, de la conversación en donde cliente y terapeuta “se enganchan” de manera espontánea en éste. Tan es así, que no hay estructura más que en la conversación, la cual está determinada y es cambiante, momento a momento por diálogos que se entrecruzan y se entrelazan, sin guión predeterminado; es un proceso natural debido a que se está *dentro* y no fuera del proceso que se co-crea. Para alguien no experto, la conversación puede parecerle desorganizada, puede parecer que el terapeuta no tiene control sobre la entrevista, porque efectivamente no la tiene, no se sabe qué va a surgir de ese intercambio. Sin embargo la terapeuta –conversa- con todos y cada uno de los miembros de la familia, uno a uno, escuchando sus historias en un proceso dialógico que permite a los demás escuchar estas historias a la par de las suyas propias, se propicia una escucha reflexiva de los diálogos y sobre los diálogos (internos, con los otros, y fuera del consultorio).

Más que hablarse de *problemas* y *soluciones*, se prefiere hablar de *dilema* o *situación vital*, la premisa para ello es la concepción de Harlene Anderson de no creer que los problemas se resuelvan, sino que se disuelven en el diálogo, debido a que los problemas son asuntos a tratar, precisamente en el discurso dialógico. "...Un problema y el significado que le atribuimos no son sino realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje...un problema es una posición que alguien toma. Es un sentido que alguien atribuye, una narrativa que alguien ha desarrollado. Creo que cada problema es específico de la matriz comunicacional y de lenguaje en la que surge." (Anderson, 1997, pp.113-114).

El papel del terapeuta colaborativo es activo, de facilitador del diálogo, y si en algo es experto es precisamente en la conversación, la tarea consiste en hacer que el cliente cuente su propia historia, cuyo objetivo es resolver el dilema o situación vital inmerso en la narrativa de la persona y deconstruir dicha narrativa para construir una nueva.

El terapeuta, en la conversación, "resignifica" historias que están *en, alrededor, entre, la situación vital o el dilema* y encontrar nuevas historias o narrativas en donde signifiquen algo diferente (Anderson, 1997).

Finalmente, puede decirse que las terapias socioconstruccionistas como la Terapia Narrativa, El Equipo Reflexivo (o equipo reflejante dada su traducción de reflecting team) y los Sistemas o Enfoque Colaborativo devienen del pensamiento posmoderno, el cual en voz de Anderson (1997) es ligado a menudo con el posestructuralismo tal y como lo menciona Hoffman (en: McNamee y Gergen, 1992). Este tipo de terapias tiene como base el cuestionamiento y alejamiento de lo que se conoce como metarranativas fijas o viejos discursos que privilegian la verdad y la ciencia positivista por encima de todo (así como su consecuente "realidad objetiva"), rechazan también el dualismo sujeto-objeto, mundo real o externo-mundo mental o interno.

Este tipo de terapias se perfila hacia un conocimiento como práctica discursiva, da importancia a las narrativas, hacia diversos enfoques que analizan temas como el propio conocimiento, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Aquí no existen las grandes narraciones o discursos legitimizantes, coexisten una pluralidad de narraciones locales.

**DESARROLLO Y APLICACIÓN
DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES**

3) HABILIDADES CLÍNICAS-TERAPÉUTICAS

CUADRO DE FAMILIAS ATENDIDAS*

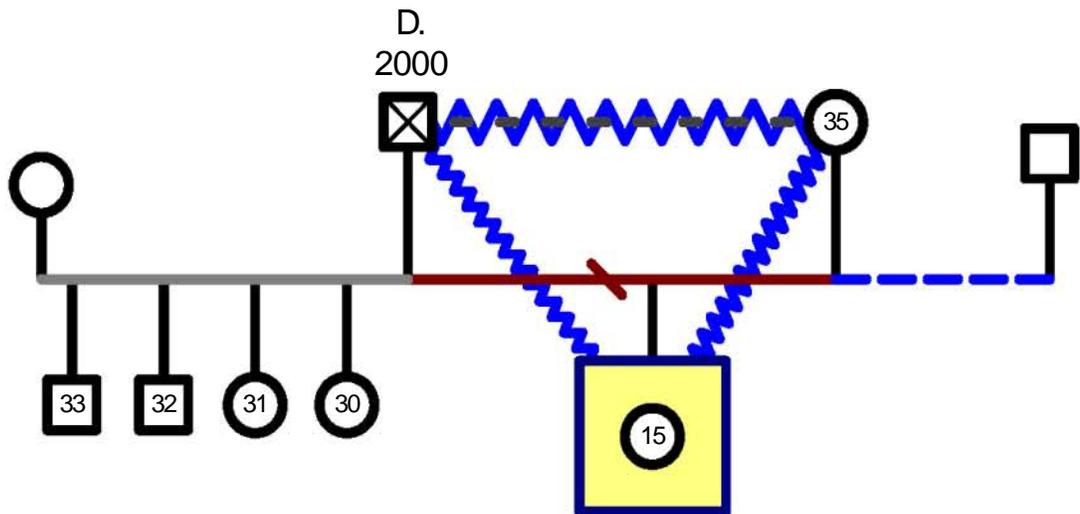
SEM.	SEDE	EQUIPO DE SUPERVISIÓN	FAMILIAS ATENDIDAS: PERSONAS QUE ACUDIERON	MOTIVO DE CONSULTA	SESIONES Y ALTAS	MODELO DE INTERVENCIÓN
2º.	FESI	Mtra.Ofelia Desatnik Miechimski y Dra. María Suárez Castillo	<u>Salas Fuentes:</u> madre e hija	Los síntomas que presentaba la hija por haber sufrido un asalto	4 sesiones La familia dejó de asistir	Modelo Estructural y Enfoque de Género
2º.	FESI	Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda	Montes Rivera: madre e hija	Problemas de pareja, depresión y abuso emocional	2 sesiones: la consultante dejó de asistir	Modelo de Soluciones y Enfoque de Género
2º.	FESI	Mtra.Ofelia Desatnik Miechimski y Dra. María Suárez Castillo	Olea Soriano: la esposa	Problemas de pareja y depresión	4 sesiones. Dejó de asistir por problemas laborales	Modelo Estructural y Enfoque de Género
3º	FESI	Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda	Correa Bautista: Madre e hijo	Problemas de inseguridad y autoestima en el hijo relacionados con violencia en la familia	3 sesiones: Dejó de asistir por problemas de horario escolar	Modelo Estructural y Enfoque de género
3º.	ISSSTE	Mtra. María Rosario Espinosa Salcido y Mtra. Carmen Susana González Montoya	<u>Hernández Lora:</u> la madre y el padre	La violencia física y psicológica en la pareja y abuso emocional hacia las hijas	9 sesiones: se dio de alta a la pareja	Modelo de Soluciones, Terapia Narrativa y Enfoque de Género
3º.	CCH	Mtra.Carolina Rodríguez	Morales Rubio: la hija adolescente	Depresión e intento de suicidio posterior a la muerte del padre	8 sesiones: Se le dio de alta	Modelo de Milán
3º.	CCH	Mtra. Carolina Rodríguez y Equipo Terapéutico	5 adolescentes sus madres (4 mujeres y 1 hombre)	Problemas de conducta, reprobación escolar y baja autoestima	6 sesiones se dio de alta al grupo	Terapia de Red
4º.	FESI	Mtra.Ofelia Desatnik Miechimiski y Dra. María Suárez Castillo	<u>Márquez Rocha:</u> la esposa	Intento de suicidio y depresión y problemas de pareja	6 sesiones: se dio de alta a la consultante	Modelo Estructural y Enfoque de Género
4º.	FESI	Ofelia Desatnik Miechimiski y María Suárez Castillo	<u>Ríos Castellanos:</u> la madre y el hijo adolescente	Trabajar la reestructuración familiar (madre e hijo), posterior a la separación de los padres	7 sesiones: La consultante dejó de asistir	Modelo Estructural y Enfoque de Género

*Los nombres y apellidos fueron modificados para guardar la confidencialidad de las personas con las que se trabajó.

3.1 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES Y ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CON FAMILIAS.^Ψ

1) FAMILIA SALAS FUENTES.

FAMILIOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA:

Se trata de una familia nuclear integrada por la madre Ernestina Fuentes y su hija Alicia, el señor Raúl Salas, padre de Alicia había fallecido cinco años atrás. El señor Raúl había estado casado anteriormente y procreó cuatro hijos: dos hombres y dos mujeres, a quienes tanto Ernestina como Alicia conocían y con quienes ambas tenían una buena relación que incluía a la madre de éstos. En ese tiempo la señora Ernestina tenía una relación de pareja con el señor Osiel Chávez.

MOTIVO DE CONSULTA:

La señora Ernestina Rosas solicitó el servicio para su hija Alicia, debido a que ésta, a partir de lo sucedido meses atrás comenzó a cambiar mucho; frecuentemente la notaba triste y llorosa, con muchos temores, tenía dudas en cuanto a su valía personal y había bajado notoriamente en sus calificaciones. Martha presentaba características de estrés postraumático como dificultad para mantener el sueño, miedo de salir a la calle, por lo que había sido atendida por la psicóloga de la escuela.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y DEL PROBLEMA:

^Ψ Este análisis corresponde al tema que será presentado en el Examen de Competencias Profesionales para obtener el grado de Maestra en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica: Violencia en la familia: Amor y maltrato entrelazados.

La señora Ernestina y su hija trabajaban en una empresa, Alicia estudiaba también el tercer año de secundaria. Meses atrás sufrió un asalto por varios hombres cuando viajaba en un camión; desviaron la ruta y atacaron a varias mujeres, entre ellas Alicia, a quien desnudaron y tocaron. Este suceso hizo que la señora Ernestina decidiera en un principio que su hija ya no fuera a trabajar, pero algunos compañeros del trabajo le dijeron que eso haría que su miedo se incrementara por lo que Alicia continuó laborando. La hija experimentaba mucha pena ya que creía que todos sabían lo que le había pasado y fue el asesor de la secundaria quien solicitó el servicio psicológico al Centro de una colonia cercana para que vieran a todo el grupo y a Alicia de manera individual y posteriormente solicitaron el servicio a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, a donde refirieron a la familia.

HIPÓTESIS:

La hipótesis inicial era que la familia estaba atravesando por un momento crítico, que en el contexto de la transición de la etapa de una familia con una hija pequeña a la de hija adolescente cobró características estresantes asociadas a la situación de violencia vivida por la hija.

OBJETIVO INICIAL:

El objetivo inicial fue conocer el impacto que había tenido el episodio de violencia en el sistema familiar madre-hija, sin embargo, una vez en consulta, se observó que el suceso estaba siendo afrontado por la hija de manera adecuada, al reportar que poco a poco se iba integrando de nuevo a sus actividades anteriores tanto en casa como en la escuela. A lo largo de las sesiones este objetivo se fue modificando debido a la dinámica de conflicto entre la madre y su hija.

DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR:

Durante las sesiones la señora Ernestina dijo que tenía problemas con su hija porque se encontraba en “la edad de la rebeldía” y la desobedecía, ella pensaba que era secuela de haber presenciado la violencia que ella sufrió por parte de su esposo con quien vivió una relación de maltrato físico y emocional. El señor Raúl, tenía serios problemas con su manera de beber lo que le ocasionó cirrosis hepática y finalmente la muerte.

La situación vivida motivaba que la hija reprochara a la madre el que hubiera permitido el maltrato de su padre, que no se defendiera y, sobre todo, que hubiera continuado viviendo con él a pesar de la violencia. Esta situación continuaba siendo motivo de conflicto y enfrentamiento entre ambas aún después de muerto el padre.

Otro aspecto motivo de conflicto entre ambas era que después de quedarse viuda, la señora Ernestina inició una relación de pareja con una persona que tenía problemas de adicción a varias sustancias entre ellas el cemento. La señora comentó que debido al dolor por la pérdida de su esposo comenzó a drogarse y a descuidar a su hija; en ese tiempo Alicia tenía aproximadamente diez años y se quedaba en la casa a cargo de una niña pequeña que le habían dejado a Ernestina y a la que posteriormente le quitaron legalmente debido a su adicción. En el momento de la terapia Ernestina tenía una nueva relación con el señor Osiel, que era aprobado por Alicia. Esta última, por su parte, había comenzado una relación de noviazgo.

Alicia reprochaba su madre que el descuido hacia ella se había convertido en sobreprotección y en un deseo de cuidarla la mayor parte del tiempo siendo ya adolescente, cuando pensaba que ya no requería de ello y le extrañaba que su madre temiera perderla cuando “antes parecía no preocuparle” y pensaba que eran “celos como mamá” y que debería entender que ella y su novio o amigos son cariños distintos.

El comportamiento de Alicia era vivido por la madre como sentimientos de coraje y resentimiento hacia ella, lo que la llevaba a evitarla al ver que en ocasiones lloraba o la veía muy triste “para que se desahogara sola”, experimentando a su vez tristeza e impotencia. Todo esto contribuía a crear más distancia entre ellas.

Eran varios más los motivos de discusión: principalmente por el tiempo que la hija pasaba afuera de la casa después de llegar de la escuela, al excederse del tiempo permitido por la madre. El enojo y coraje de la hija en contra de su madre se debía, de acuerdo a la misma Alicia, a que hubiera permitido la violencia de su padre, a que se hubiera involucrado con una persona que no le convenía y volverse adicta, y el abandono en que las había dejado a ella y a la niña pequeña a quien finalmente les quitaron.

La madre decía que su hija la retaba mucho y se desesperaba porque pensaba que no tenía autoridad sobre ella y temía perderla, pensando que “alguna persona le podía quitar el amor de su hija”, lo cual la hacía sentirse más culpable y no se cansaba de pedirle perdón a Alicia por su vida pasada; temía que su hija “se fuera con un muchachito” por tratar de buscar una salida y sufriera.

HIPÓTESIS SISTÉMICA:

Se tenían varias hipótesis: 1) la dinámica de conflicto entre madre e hija manifestada en la rebeldía y enojo de la hija en contra de la madre y la dificultad de ésta última

para relacionarse y poner límites a la hija, estaba asociada con la violencia que el señor Raúl ejerció física y psicológicamente en contra de Ernestina, victimizando a su vez a Alicia al exponerla a tal situación. 2) existía una identificación negativa de Alicia con su padre muerto que obstaculizaba la relación actual entre madre e hija. 3) Dificultad en el proceso de individuación y diferenciación entre los holones agudizada por la fase de transición de la hija hacia la adolescencia. 4) Los conflictos entre la madre y la hija estaban mediados por la estructura familiar.

OBJETIVOS:

Destriangular a la hija a fin de crear una alianza entre madre e hija, al mismo tiempo facilitar el proceso de individuación y diferenciación entre ambas. Trabajar sobre la estructura familiar por medio del empoderamiento de la madre y recursos personales de madre e hija que permitieran, entre otras cosas, la posibilidad de negociar límites y reglas familiares.

MODELO DE TRABAJO:

Se consideró oportuno trabajar con el Modelo Estructural principalmente porque este modelo se ubica en el presente en conexión con los procesos familiares y el contexto, así como las transiciones y las etapas del ciclo vital; para Minuchin y Fishman (2002) el presente es el pasado más sus circunstancias actuales y el cambio se ubica en la estructura familiar -conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia-.

La organización familiar se basa en pautas de interacción que reflejan las reglas de la familia, que en su mayoría son implícitas. Se propone que al modificar la estructura se producen cambios en sus miembros, en la posición que tienen en la familia, lo que conduce a la modificación de sus experiencias, sus funciones y su realidad, los que son aspectos interdependientes. La estructura se compone de jerarquía, límites, alianzas, coaliciones, centralidad, territorio, geografía. En esta familia la jerarquía estaba invertida ya que la hija cumplía funciones parentales, lo que se interponía en la posibilidad de negociar límites claros entre ambas.

La familia es la base de la identidad la que a su vez se compone del sentimiento de identidad y del sentido de separación. Esto se adquiere a través de la existencia de reglas flexibles y de una capacidad de adaptación a éstas. Sus funciones internas se refieren a la protección de los cambios psicosociales de sus integrantes y las externas a la transmisión y adaptación de todos sus miembros a la cultura.

Otro aspecto fundamental de este modelo es el concepto de síntoma: el síntoma es la manifestación de la disfunción de la familia, cumple una función y una conexión con el

sistema. Se dice que el síntoma es la expresión de la dificultad de la familia para poder pasar de una etapa a otra, también se concibe como un recurso para el funcionamiento de la familia y para mantener su equilibrio.

El cambio en las pautas de interacción disfuncionales de una familia tiene el fin de cuestionar la percepción de la realidad construida por la familia, sirve también para proponer alternativas de solución viables y genera una transformación de la estructura y las funciones del sistema.

El sistema familiar, como un todo, forma parte de subsistemas más amplios como la comunidad, la sociedad y la cultura a la que pertenece y se compone a su vez de subsistemas también llamados holones que son un todo y una parte al mismo tiempo. Se entiende como holón al propio individuo, la familia nuclear, la extensa y la comunidad. Desde este modelo se propone también un proceso de ciclo vital de la familia que abarca del nacimiento a la muerte.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y TÉCNICAS EMPLEADAS:

Al principio del proceso y durante varios momentos de las sesiones se trató de establecer *joining* intermedio (posición intermedia del/la terapeuta llamada también rastreo, Minuchin y Fisman, 2002) con el propósito de coparticipar como una escucha activa y se procuró mantenerse “neutral” al discurso de la madre y la hija. Se cuidó que la atención de la terapeuta se dirigiera, además del contenido del discurso, al tipo de interacciones que se estaban dando entre madre e hija.

Se intervino cuestionando al síntoma (reencuadre) para modificar la concepción de la familia acerca del problema e incidir a su vez en los sentimientos, pensamientos y comportamientos de la madre y la hija utilizando la técnica de escenificación: se iluminaron interacciones espontáneas, se provocaron interacciones y se propusieron interacciones alternativas entre ambas.

Otra técnica empleada con esta familia para el cuestionamiento del síntoma fue el enfoque, al centrarse en uno de los muchos y diversos temas que la familia llevó a terapia para trabajar con él y en especial para conocer la estructura familiar.

También se usaron técnicas de reestructuración para trabajar el cuestionamiento de la estructura familiar, debido a que la jerarquía en este sistema se había invertido independientemente de la etapa del ciclo vital (la jerarquía estaba fuertemente invertida desde que la hija era pequeña hasta el momento en que se llevaba a cabo el proceso); se utilizaron técnicas de fijación de fronteras para modificar la distancia psicológica entre madre e hija y facilitar la interacción del subsistema.

A fin de cumplir con estos objetivos se utilizó la técnica de disequilibrio para cambiar el vínculo jerárquico, utilizándose la terapeuta como parte del sistema para ayudar a modificar la estructura de poder tratando de que ambas experimentaran roles y funciones adecuados a su posición en la familia. Esta se llevó a cabo procurando establecer alianza con alguna de ellas, alianza que se alternó en momentos decisivos.

Fue necesario devolver una visión de circularidad (complementariedad) pues en la terapia familiar es sumamente importante favorecer que los miembros de la familia se vean a sí mismas como parte de una entidad que va más allá de ellas mismas. Este tipo de maniobra se utilizó para que se vivieran en un contexto más amplio y tiende a modificar la relación de jerarquía entre los miembros de los diferentes subsistemas para que percibieran la realidad de un modo nuevo. La antigua percepción implica creer que el comportamiento de los demás ocasiona algún efecto sobre ellos, sin aceptar que algo se ha hecho para promover dicho comportamiento. Es entonces que la tarea del terapeuta es cuestionar y promover formas diferentes de pensar y conocer en la familia.

En cuanto a la identificación negativa de la hija con el padre ya fallecido; que no permitía el establecimiento de un vínculo entre ésta y la madre y que se observaba en los constantes reproches hacia la madre por haber permitido la violencia de su esposo y en quitar la responsabilidad al padre por ello y justificarlo inclusive, se trabajó en especial con el uso de constructos cognitivos para crear además de fronteras nuevas entre el subsistema padre-hija, una alianza en el subsistema madre-hija.

La elaboración de constructos forma parte del cuestionamiento de la realidad familiar; se trabajó con símbolos universales y verdades familiares, así como en rescatar los recursos de ambas como sistema. Esta técnica se refiere a hacer notar los lados fuertes de los miembros de la familia, principalmente en la madre, a quien fue importante reforzar por el hecho de haber dejado las drogas, y fortalecer otros aspectos que les llevaron a una posible jerarquía disminuida .

Se utilizaron técnicas para cuestionar la realidad (la concepción del mundo de la familia) concretamente lo que se conoce como verdades familiares al hablar de las características de esta familia; se rescataron los lados fuertes que consiste en hacer notar los recursos familiares, aquello que han hecho bien, pero generalmente pasan desapercibidos o se toman como si fuera una obligación de algún miembro para ponerlos en práctica. En el caso de esta madre e hija se les hicieron notar el valor y la unión para salir adelante después de haber vivido experiencias tan dolorosas.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CLÍNICO CON LA FAMILIA:

Se trata de una familia nuclear, uniparental encabezada por una mujer. Esta familia se encontraba en la etapa de familia con una hija en edad adolescente; características de esta etapa es el que debido al crecimiento de l@s hij@s, el sistema se interrelaciona con otros sistemas, introduciéndose nuevos elementos en el primero (nueva escuela, nuevos amigos), ante lo cual esta familia presentaba problemas para negociar y modificar reglas (disciplina de la hija). El síntoma era la rebeldía y el constante enojo y desobediencia de Alicia. La familia era disfuncional de acuerdo a Minuchin y Fishman (2002), ya que las funciones del holón parental no estaban bien asignadas y los límites eran difusos. Existía una hija parental por lo que la jerarquía se invertía, lo cual al parecer era una constante en la relación madre-hija a partir de que falleció el padre, pues la hija se hizo cargo de la niña pequeña que consideraba su hermana y en varias ocasiones se había hecho cargo de su madre cuando ésta se drogaba. Existía un sobreinvolucramiento y conflictos entre sus miembros. Esta familia también tenía problemas en el establecimiento de nuevos límites madre-hija que permitieran el contacto entre ellas y a su vez dejar en libertad a la hija para crear otras relaciones como por ejemplo tener novio.

Acudieron a terapia por los problemas para enfrentar las presiones internas y externas; en el caso particular existían dos fuentes de estrés (Minuchin, 1989): contacto estresante de toda la familia con fuerzas extrafamiliares (la muerte del padre, la pérdida de la hija adoptiva y la adicción de la madre al alcohol y otras drogas) y debido a la evolución de la familia (dificultades para pasar de una etapa de desarrollo a la siguiente).

Se observaban dificultades en el proceso de individuación de la hija, aspecto en el que el papel de la terapeuta fue esencial para preservar la individuación y promover la autonomía en la madre y la hija, área en la que esta familia presentaba dificultades. La hija al no aceptar la relación de su madre con su primera pareja (cuando fallece el padre) y la madre al tener una postura ambivalente en cuanto a las relaciones de amistad y noviazgo de su hija.

Además la identificación negativa de la hija con el padre, reflejada en los reproches constantes de ésta hacia la madre por permitir el maltrato y abuso de su padre, lo que la convirtió en testigo de dicha violencia, le llevaba a justificarlo, diciendo que su mal carácter y su comportamiento se debían a que ya estaba grande y enfermo. Esta vinculación emocional de la hija con el padre muerto es característica de cierto patrón disfuncional derivado de la interrupción de la relación padre-hija debido al fallecimiento del primero, en donde mientras más temprana sea la muerte del padre, es más

probable que continué ejerciendo una influencia importante en la vida de la hija a través de la fantasía.

En esta relación idealizada (imposiblemente perfecta) no existe un justo lugar para la madre, por lo que las relaciones entre madre e hija tienen una carga afectiva negativa; en particular esto ocurrió cuando la madre se vincula emocional y sexualmente con otro u otros hombres, como lo hizo Ernestina.

Aunado a esto existía “un elemento” muy importante que en ocasiones contribuía a hacer más grande el distanciamiento entre ellas y sobre todo a exacerbar el conflicto; ambas mantenían una relación cercana con la primera esposa y los hijos del señor Raúl, en especial Alicia quien acudía a ellos cuando Ernestina salía con el hombre con quien tuvo su primer relación de pareja posterior a la muerte de su esposo y la dejaba sola. Al parecer los hermanos hablaban mal de Ernestina, haciéndole notar a Alicia que “no era una buena madre” por no cuidarla y estar con ella en lugar de un hombre “como debería”.

Los reproches y enojo constantes de la hija hacia la madre se debían entonces a que no hubiera “cumplido con sus funciones como madre” tales como cuidar de sus necesidades básicas, brindarle apoyo y protección ante la pérdida de su padre. Ello ocasionaba en la madre sentimientos omnipresentes de culpa relacionada en gran medida, primero, por haber permitido el abuso físico y emocional de su esposo, y en segundo por “fallarle a su hija y fallarse a sí misma” como madre y mujer, en ese orden. Estos sentimientos se traducían entonces en la infracción frecuente de las reglas establecidas por la madre, lo que ocasionaba fricciones entre ambas (Walters en: Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1996)

En el caso de la madre, trataba de “reparar sus errores” a través de varias vías como el cuidado y sobreprotección ocasional, ya que vivía con el miedo a perder a su hija. Otros elementos “reparadores” eran el haber dejado las drogas y su actual relación con Osiel, de quien podría decirse era un modelo parental positivo para Alicia, pues era un buen hombre y respetaba a su madre (lo contrario a su padre quien la violentaba y tenía sojuzgada).

Todo ello se connotó positivamente durante el proceso; en el caso de Alicia se le reconoció el rol de cuidadora y madre de su propia madre, diciendo que ahora debería tomar su lugar como hija, pues ya era innecesario convertirse en “la madre de su madre, lo cual en el pasado le sirvió para no sufrir, para protegerse”. Con ella se trabajó el que diera una nueva oportunidad a su madre y se dejara cuidar y “apapachar por ésta”; en cuanto a Ernestina, se le felicitó por haber dejado las drogas, pues

independientemente de las situaciones por las que se atraviere, mucha gente no sale de ellas y ella sí; ahora podía asumir nuevamente el papel de madre, se trabajó con ella la forma de poner reglas y límites claros que las unieran en lugar de distanciarlas (Minuchin y Fishman, 2002).

Se trabajaron las construcciones de la realidad incluyendo lo que *significa y debe ser* una madre; anteponiendo la maternidad al propio ser, que tiene como piedra angular los símbolos y en ocasiones mitos apoyados en el contexto sociocultural que sobre ser mujer y se madre se han creado, y por ende las relaciones madre-hij@s se crean y perpetúan a través de las prácticas sociales que se reproducen de forma casi automática. Es precisamente debido al papel central asignado a la mujer dentro de las relaciones de pareja y de la familia misma que, casi cualquier cosa que pase a cualquiera de sus miembros, tiene que ver con algo que la madre no haya sabido o no haya querido hacer.

En este orden de ideas, Walters (et al., 1996) mencionan que las relaciones madre-hija están cargadas de mensajes contradictorios: en tanto que a la madre se le mitifica e idealiza, al mismo tiempo se la culpa de casi cualquier problema emocional que presenten cualquiera de sus hijos, independientemente del número de éstos y de la clase de ocupación a la que se dedique.

El amor materno, dicen, no debe ser excesivo ni insuficiente. Estos conceptos que mitifican la maternidad y el ser madre son deshumanizantes y tienen como función el obstruir que las mujeres se hagan cargo de su propia maternidad. Esta inculpación puede ser directa y explícita por cualquiera de los miembros de una familia, en particular l@s hij@s como el caso de Alicia con sus reproches, enojos y descalificaciones hacia su madre, o bien, asumir una variedad de formas tácitas (a través “del humor”, las pláticas, los discursos oficiales, las “verdades familiares”).

Deben mencionarse también y destacar la influencia y el papel que las premisas de género tienen en las relaciones familiares, en el caso particular en las relaciones madre-hija cuando provienen de una familia en donde el padre ha violentado a la madre. Al respecto Goldner, Penn, Sheinberg y Walker (1990), se refieren a la construcción de género y a las diferencias de género no sólo como un proceso psicológico o un rol social; para estas autoras, *son principios universales* de la vida cultural que se manifiestan en la mente individual y en la estructura e ideología social.

Al hablar de la conformación de la identidad en hombres y mujeres, mencionan en cuanto a las segundas que su identidad se conforma en un contexto relacional femenino, por lo que en cierto sentido, las mujeres forman parte y permanecen

“dentro” del espacio psicológico materno. Este lazo femenino crea las condiciones para una empatía entre mujeres y a separar sus dificultades de sus relaciones. Por lo que en tanto las experiencias de las hijas están vinculadas, enlazadas y algunas veces son virtualmente parte de una persona de rango social subordinado o inferior (en este caso la madre), luchan por obtener algo que ésta no puede darles porque a ella misma le fue negado: *una voz, una mente y una vida propias*. Así, no es su identidad de género la que está en riesgo al tener un lazo de identidad con su madre, pero sí su sentido de poder y agencia personal.

Las hijas cuyas madres han sido sometidas y dominadas se encuentran en un doloroso dilema: a fin de mantener una conexión positiva con sus madres, tienen que comenzar a ser como ellas, con la aceptación tácita de las premisas acerca de ser mujer que hacen de sus madres unas víctimas y como consecuencia de la relación de su madre con un padre abusador física y verbalmente es que la hija frecuentemente considere a su madre como alguien devaluado, depresivo y privado de poder. Esto en ocasiones, desafortunadamente se convierte en un patrón transmitido intergeneracionalmente.

Las hijas como Alicia se encuentran dentro de un triángulo complejo: en lugar de identificarse con su madre (quien ocupaba una posición inferior en la relación con su padre), se identificaba con el padre al defenderlo y preferirlo, de alguna manera sobre la madre, sin darse cuenta que al preferirlo, se estaba sujetando también a su dominio.

Alicia se encontraba también envuelta en una lealtad imposible: la lealtad a su madre encerraba en sí misma una forma de dominación personal y social, mientras que al elegir abiertamente a su padre significaba traicionar a su madre y en cierta forma, traicionarse a sí misma (Goldner et al.,1990).

En el caso de esta familia puede verse que madre e hija estaban muy lastimadas, ambas estaban unidas en el dolor, la tristeza y la culpa. Existía un pasado que no podía negarse y en éste había una madre que como pudo se defendió del maltrato de su esposo y una hija que fue testigo de dicha violencia, con todo lo que ello conlleva. Sin embargo pudo verse que también son una familia con muchos recursos; ambas tienen mucha fortaleza y si bien es cierto que el padre no tuvo una segunda oportunidad para reparar el daño causado a ambas (a la hija de manera indirecta, pero finalmente la victimizó emocionalmente) ahora tanto la hija como la madre si la tenían y que podían hablar de lo sucedido y hacer algo al respecto cuando otras familias no lo hacen.

Es necesario hablar finalmente, de la forma y el momento en que esta familia de *pas de deux* se dio de alta, que se dio cuando se consideraba necesario hablar más allá del abuso de la hija, aparentemente bastante bien manejado por ella, pero que exacerbó su rebeldía y ver de qué manera todo lo que ello representaba se vinculaba con el propio abuso del que, ambas fueron víctimas de su padre. Tal pareciera que el episodio de violencia vivido por la hija en el camión conectó a esta familia con la violencia que ambas vivieron al lado del padre. Tal vez éste tema era la antesala para hablar de aquello que era vital abordar y que la familia no supo como enfrentarlo como fue la adicción de la madre al alcohol y otras drogas como una secuela del maltrato y abuso vivido, la cual puede considerarse como una forma de autoagresión y autodestrucción que pueden presentarse en mujeres que han sido víctimas de un maltrato físico y psicológico que no necesariamente aparecen temporalmente asociados con la situación vivida, como era, al parecer, el caso de Ernestina.

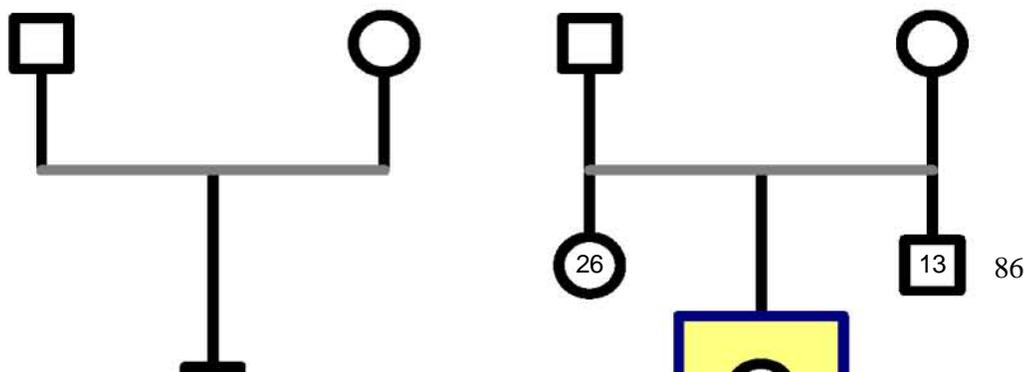
OBSERVACIONES:

La familia dejó de asistir a las sesiones argumentando que Alicia se había quedado sin trabajo y estaba consiguiendo otro. En una llamada telefónica la madre dijo que su hija ya tenía trabajo y que iban a continuar asistiendo a terapia pero finalmente no lo hicieron.

Durante el proceso una de las supervisoras que hizo contacto con la fuente de referencia, comentó que cuando esta familia solicitó la consulta se debía al problema de la madre con su manera de beber. Después de que la familia dejó de asistir a terapia, dicha supervisora se enteró que la hija pretendía nuevamente solicitar el servicio debido a que la madre continuaba bebiendo alcohol. Sin embargo es necesario mencionar que a lo largo de las sesiones en ningún momento se hizo mención a ello por la madre o la hija, inclusive cuando en la última sesión se trató el tema de la adicción de la madre a otras drogas y se le reconoció el hecho de haberlas dejado, ninguna de ellas mencionó algo.

2) FAMILIA MARQUEZ ROCHA

FAMILIOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA:

Se trata de una pareja joven: Natalia Rocha y Fernando Márquez, quienes iban a cumplir dos años de casados, sin hijos, actualmente se encuentran separados.

MOTIVO DE CONSULTA:

Natalia fue quien solicitó el servicio debido a que a los cinco meses de casada había intentado suicidarse, motivo por el que estuvo hospitalizada unos días y continuaba tomando medicamentos por prescripción del psiquiatra de la clínica a donde en ese tiempo acudía periódicamente. En el momento de solicitar consulta estaba pasando por un período depresivo; experimentaba nerviosismo, tristeza, ansiedad, decaimiento; mencionó que a veces no tenía ni ganas de levantarse. Refirió que había solicitado anteriormente el servicio y en esa ocasión pretendía acudir con su esposo.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y DEL PROBLEMA:

Natalia tiene estudios de laboratorista a nivel técnico y trabajaba en un Centro de Salud del Distrito Federal, aunque en ese tiempo se encontraba incapacitada. Su esposo Fernando se dedicaba a componer aparatos electrodomésticos. Ellos se habían separado un mes antes de solicitar la consulta, cuatro meses antes de cumplir dos años de casados; Natalia se fue a vivir a casa de sus padres. Ella proviene de una familia nuclear integrada por su madre, su padre, una hermana mayor y un hermano que es el más pequeño. Es importante mencionar que tanto los padres como la hermana mayor no aprobaban dicha relación.

En cuanto al intento de suicidio de Natalia, a los cinco o seis meses de casados comenzaron a tener problemas y fue cuando tomó una mezcla de un medicamento con alcohol porque “se sentía desesperada debido a que él no llegó a la casa y estaba tomando afuera en la tienda”. Natalia intentó primero suicidarse abriendo las llaves del gas, aunque algo falló; después pensó en aventarse por la ventana, pero finalmente decidió comprar las pastillas y se las tomó con tequila, su suegra pensó que sólo

estaba tomada pero como no reaccionaba la llevaron al hospital en donde estuvo dos días.

Al salir del hospital ella se fue a casa de sus padres. Por su parte; Fernando acudió a un grupo de doble A durante un medio y medio aproximadamente y a un retiro espiritual a donde ella lo acompañó, lo que motivó que regresaran de nuevo debido a que su esposo “estaba muy cambiado”.

Natalia se preguntaba si ella o su esposo eran los causantes de los problemas, pues aunque cuando intentó suicidarse fue la primera vez que se separaron, no fue la única. Ella refirió que esperaba otra cosa del matrimonio, pensaba “que iba a ser muy padre”, ya que si de novios “estaban más o menos”, de casados sería mejor. Pero casi al principio de su vida de casados él comenzó a rechazarla sexualmente, lo que a al principio a ella le enojaba y posteriormente le hizo sentirse triste y frustrada ya que se daba cuenta que él se masturbaba en su ausencia. Fernando entonces comenzó a distanciarse, le ponía menos atención y comenzó a tomar otra vez alcohol; desde antes de casarse tenía problemas de adicción al alcohol, pero señaló que él le decía que iba a cambiar y ella así lo creyó. Ella por su parte se enojaba de todo y lo celaba frecuentemente al pensar que le gustaban otras mujeres.

Después de su primera separación y su regreso (aproximadamente un mes después), comenzó nuevamente a ver que él se masturbaba en su ausencia, lo cual era motivo de discusiones entre ellos y motivo de otra separación, Natalia se fue a la casa de sus padres y refería que en ese tiempo seguía pensando en hacerse daño o hacérselo a él.

Al momento de acudir a consulta, ella le llamaba por teléfono, iba a buscarlo a su trabajo porque decía sentirse sola, aunque reconocía que era una relación que no había ido muy bien pero aún así deseaba continuar con él, a pesar de que cuando le llamaba él le colgaba el teléfono o le contestaba mal pues la culpaba de la separación, a lo cual Natalia sentía tristeza y coraje y asumía la culpa por no poder solucionar la situación.

Ella decía que su objetivo era estar bien ella misma; mencionó que se encontraba en un estado de confusión en donde a veces quería continuar con él y a veces sin él y deseaba tomar una decisión al respecto. Esto último fue considerado como un motivo de consulta que guió la terapia.

Al relatar su etapa de noviazgo dijo que su idea no era casarse porque “todos los hombres eran iguales” refiriéndose a que son infieles, lo que había presenciado a través de las relaciones en su familia, aunado a que no le gustaba realizar las labores

de la casa y “no estaba dispuesta a hacerlo por otra persona”. Decía que el matrimonio no fue lo que ella esperaba pues su esposo cambió mucho ya que de novios se veían casi a diario y la relación sexual era satisfactoria. Por su parte, Fernando en un principio tampoco quería casarse, sólo le pedía que tuvieran un hijo y se fueran a vivir juntos, pero ella tenía la idea de que si lo hacía, sería casada y fue así que en su cumpleaños él le entregó un anillo que le dijo era de compromiso y ella lo aceptó.

Se observó, que de acuerdo a los comentarios de Natalia, la formación de la pareja antes del matrimonio no estuvo basada en acuerdos mutuos; un ejemplo de esto es que debido a que como ninguno de los dos quería casarse, al hacerlo, fueron a vivir a casa de los padres de él sin que ella estuviera convencida

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Pareciera ser que el intento de suicidio de Natalia y el periodo depresivo en que se encontraba, así como el hecho de que Fernando volviera a alcoholizarse y a mostrarse indiferente eran la expresión del momento crítico que estaban viviendo como parte del proceso de formación de la pareja asociado de manera importante a las expectativas poco realistas de ambos acerca del matrimonio y el compromiso que éste implica.

Los síntomas como el nerviosismo, la tristeza, ansiedad, el decaimiento y los sentimientos actuales de confusión y desesperanza, se encontraban fuertemente relacionados con la dinámica de violencia psicológica existente en la relación de pareja. Esto asociado a las premisas culturales acerca del matrimonio, del divorcio, de ser mujer sola, lo que también estaba influida por la perspectiva de género.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

1) Conocer acerca de la familia de origen para entender las ideas acerca del matrimonio y el estar actualmente sola, sin una pareja. 2) Explorar sus expectativas sobre el matrimonio, el amor y la sexualidad y la violencia en la pareja. 3) Conocer las premisas de género en cuanto a sus ideas de omnipotencia al pretender cambiar a su pareja y hablar acerca de la importancia que le otorgaba a cuidar al otro a costa de sí misma.

MODELO DE TRABAJO:

Se trabajó con el Modelo Estructural y la perspectiva de Género. En cuanto al modelo teórico como se mencionó anteriormente, porque este modelo se ubica en el presente en conexión con los procesos familiares y el contexto, así como las transiciones y las etapas del ciclo vital; para Minuchin y Fishman (2002) el presente es el pasado más sus circunstancias actuales y el cambio se ubica en la estructura familiar –conjunto

invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia-. Al modificarla se producen cambios en la posición que tienen los miembros en la familia, lo que conduce, a su vez, a modificar sus experiencias, funciones y realidad.

El cambio en las pautas de interacción disfuncionales de una familia tiene el fin de cuestionar la percepción de la realidad construida por la familia, sirve también para proponer alternativas de solución viables y genera una transformación de la estructura y las funciones del sistema.

El sistema familiar, como un todo, forma parte de subsistemas más amplios como la comunidad, la sociedad y la cultura a la que pertenece y se compone a su vez de subsistemas también llamados holones que son un todo y una parte al mismo tiempo. Es la unidad de intervención, se entiende como holón al propio individuo, la familia nuclear, la extensa y la comunidad. Desde este modelo se propone también un ciclo vital de la familia que abarca del nacimiento a la muerte.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y TÉCNICAS EMPLEADAS:

Se estableció *joining* intermedio (posición intermedia de la terapeuta) que tuvo como propósito coparticipar como una escucha activa, esta modalidad de coparticipación se conoce también como rastreo. Se utilizó también *joining* cercano para confirmar a la consultante ante el intento de suicidio.

Se cuestionó el síntoma (reencuadre), para modificar la concepción de Natalia acerca del problema y cuestionar a su vez sus sentimientos, pensamientos y su comportamiento. Se utilizó también el enfoque, centrándose sesión tras sesión en uno de los muchos y diversos temas que la familia llevó a terapia para trabajar con él, lo cual ayudó a conocer la estructura familiar. Se utilizó la intensidad por repetición del mensaje en aspectos como el querer irse a vivir lejos de la familia sólo para ya no pensar en su esposo.

Se trabajó con aspectos de desarrollo y cambio; en cuanto a la evolución del sistema, en el caso concreto una pareja en etapa de formación y las presiones existentes a lo interno y externo del sistema. Asimismo se trabajó con el enfoque de género para conocer la influencia que dichas premisas (culturales, familiares y personales) tenían en diversos aspectos de la vida de Natalia, en cuanto a la culpa que experimentaba por la separación y sus expectativas acerca del matrimonio.

Especialmente las premisas de la familia y de ella misma en cuanto “al lugar” que las mujeres deben tener en su casa, particularmente ella que se encontraba separada de

su pareja y las ideas que sus padres tenían respecto a ella diciendo que no tiene necesidad de andar en otro lado ya que tenía su casa.

Con Natalia se trabajó mucho con el cuestionamiento de la realidad con técnicas como utilización de símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CLÍNICO CON LA FAMILIA:

Se trata de una pareja, Natalia y Fernando, que a pese a estar casados se separaron aún cuando no habían consolidado el primer estadio de una familia en el que se engranan las pautas de interacción del nuevo subsistema (estructura del holón conyugal).

Natalia y Fernando de manera individual, traían ciertas expectativas y valores que manifestaban tanto de forma explícita como de manera inconsciente, que se reflejaban en su relación y concepto de pareja, de familia, del matrimonio y la sexualidad misma. Para que la vida en común fuera posible era preciso que conciliaran esos aspectos, sin embargo de lo que se observaba en su matrimonio, dicha conciliación que les llevaría a encontrar individualidad al mismo tiempo que ganarían en pertenencia, se dio de forma inversa.

Puede decirse que a Natalia y Fernando les faltaron desde un principio las bases necesarias o la intención pensada de unirse para formar una familia; ella no quería casarse debido a la concepción que tenía sobre los hombres (“todos los hombres son iguales”) y del matrimonio, visión que fue construyendo a través de su experiencia familiar y, aunque ella se refirió específicamente a la familia extensa y amigas, no se obtuvieron datos relevantes en cuanto a que este patrón prevaleciera en su familia de origen. Tampoco su esposo tenía entre sus planes casarse y la forma en que lo hicieron parece confirmar el que en esta pareja las cosas no se hablaran de forma clara y directa, sin en cambio se actuaba de forma tácita.

En cuanto a los síntomas que Natalia presentaba como el intento de suicidio y el periodo depresivo por el que pasaba al llegar a terapia, estaban relacionados con la dinámica vivida en la convivencia con la pareja, con este enfrentamiento entre lo que ella esperaba que fuera el matrimonio y con lo que en realidad vivió con su esposo; aquí podría decirse que, no obstante que no esperaba mucho, puesto que ni siquiera tenía la intención de casarse, en el fondo esperaba que sucediera lo contrario, que funcionara en todos los aspectos, y cuando se fue dando cuenta que no era así, comenzó a sentirse triste y a experimentar depresión, que en un momento dado la orillaron a intentar suicidarse. Esta situación tan notable en su vida denota lo contradictorio de su discurso con lo que llevó a cabo en los hechos, al mismo tiempo

no teme lo cercano y confirma el *self*, este aspecto se trató de manera minuciosa en las sesiones.

Resulta importante mencionar que el observar sólo al interno de la pareja dejaría incompleto el análisis necesario para entender el por qué esta mujer se comportaba de esa manera; por lo tanto fue importante el análisis en contexto de las relaciones con las familias de origen de ambos, en donde puede verse que la de Natalia no aprobaba su relación con Fernando, por lo que tanto de forma tácita como explícita le hacían ver que ellos tenía razón y él no era “un buen hombre”, con lo que confirmaban las premisas de Natalia y la conducían a verse como una persona incapaz de tomar una buena decisión. Al mismo tiempo el mensaje tácito, era que las mujeres debían casarse y hacer una buena elección (como el caso de la hermana próxima a contraer matrimonio) o de lo contrario permanecer al lado de la familia ya que sin un hombre al lado son poco valiosas; ésta es una forma indirecta de “infantilizar” a las hijas y hacerlas dudar de sus decisiones, ya que en cuanto Natalia mencionaba su deseo de irse a vivir sola, era tomado como una broma o advirtiéndole de los peligros que acechaban a las mujeres solas, de ahí lo comprensible del miedo de Natalia a experimentar una independencia emocional.

En cuanto al ámbito sociocultural, en esta pareja se aplica lo que Bernard (en: Walters, *et al.*,1996) mencionan, en el sentido de que para analizar la institución del matrimonio, debieran considerarse el matrimonio *de ella* y el *de él*, por separado, ya que la experiencia es vivida por hombres y mujeres de forma distinta. Los hombres son quienes se benefician física, social y psicológicamente a pesar de referirse negativamente al matrimonio; en tanto que las mujeres no lo hacen, e inclusive el matrimonio implica un riesgo en cuanto “a su salud mental”, tienden a “...sufrir más de inercia, insomnio, pesadillas, jaquecas, mareos, palpitaciones y otras dolencias diversas...” (p. 226). lo cual pudiera corroborarse en el caso de Natalia quien presentaba confusión, tristeza, nerviosismo, derivados, en gran medida, de que sus expectativas no se cumplieran, y Fernando por su parte lo que hacía era “refugiarse” en el alcohol como una forma de enfrentar sus expectativas igualmente insatisfechas. Es aquí en donde se confirma lo que Minuchin y Fishman (2002, p.31) mencionan en cuanto al subsistema conyugal diciendo que éste puede llegar a ser “*un poderoso contexto para la confirmación y la descalificación*”, en el caso de Natalia y Fernando, la relación se convirtió en un contexto para la descalificación, para el abandono, el rechazo emocional y sexual como formas de violencia y maltrato emocional y psicológico.

Es digno de mencionar el papel de las expectativas y premisas que de acuerdo al género influyeron su relación íntima; cuestiones como el amor, el matrimonio, la sexualidad y la intimidad que deben estudiarse a la luz de las diferentes enseñanzas para los individuos dependiendo de su sexo e identidad de género, lo que incide en las diferentes formas de experimentar las relaciones íntimas. Al respecto Papp (en: Walters, et al., 1996), habla de “programas de feminización y masculinización” que proporcionan pautas de actitudes y expectativas referentes y sobre todo diferentes a ello. Dentro de éstos se encuentran intenciones y metas contradictorias que conllevan al surgimiento de conflictos entre hombres y mujeres a pesar de ser su deseo el consolidar una relación. Hombres y mujeres, dicen, son socializados de tal modo que la intimidad les resulta difícil; en el caso de esta pareja influía de manera evidente la estructura sexista tradicional de la que ambos provenían.

Además, a Natalia, el programa de feminización, la llevó a conformar el sentido “de sí misma”, de su identidad como mujer, en el entramado de las afiliaciones y relaciones que requieren el desarrollo de capacidad y cualidad relativas al afecto, empatía y expresión de emociones, características que la prepararon para los roles que la familia le asignó como la encargada de cuidar y mediar en los conflictos de los demás, olvidándose de ella misma, todo lo cual llevó a la relación de pareja; ella, como muchas mujeres, fue preparada desde niña para construir su identidad, su yo, en la medida en que se está con un hombre, alguien a quien cuidar y que la “convirtiera” en alguien valioso, pues por sí misma se carece de valor. Este adoctrinamiento la llevó también a culpabilizarse y tratar de agredirse al perder a Fernando y a asumir *toda* la responsabilidad por una relación *que era de dos* y que de alguna manera desde antes de casarse se perfilaba difícil debido al alcoholismo de Fernando y a las expectativas poco realistas de ambos.

Otro aspecto importante en ellos que fue necesario clarificar fue el aspecto de la dependencia-independencia en Natalia; esto es, en una pareja debería existir una mutua dependencia como cimiento de una relación de pareja, pero hombres y mujeres la conciben de forma distinta. Los hombres por su formación, generalmente, no son conscientes de ésta o se muestran reticentes a reconocer sus necesidades emocionales por temor a la burla o al rechazo y las mujeres no saben pedir lo que necesitan por no sentirse con el derecho de que sus necesidades emocionales sean satisfechas por miedo a parecer egoístas en un mundo en donde se le exige que sea buena y acepte sólo lo que el otro esté dispuesto a dar. Ello se reflejó en la terapia en donde ella tenía dificultad para reconocer la dependencia hacia Fernando y su miedo a la independencia posterior a su separación; ella no sabía qué hacer *consigo misma* y

de ahí su necesidad de buscarlo a pesar de su rechazo y sus intentos de querer “huir” de su casa como única forma de no seguir atada a él y, cuando se fue dando cuenta que podía depender menos de él, no sabía a dónde ir y qué hacer con su vida, aunque en el fondo lo intuía y se fue reforzando durante las sesiones.

Durante el tiempo que duró su matrimonio esa dependencia fue, de alguna manera, fomentada por Fernando como parte del rol impuesto y asumido, al mismo tiempo que la rechazaba emocional y sexualmente de forma repetida al decirle que no la necesitaba; con lo que invalidaba sus sentimientos y la llevaba a culparse por algo de lo que no era responsable, pero que es “normal” en mujeres que son abusadas psicológicamente, ocasionado con ello un daño a la imagen y al concepto que de sí mismas tienen, en el caso de Natalia llegó al extremo pues la indiferencia de su esposo fue uno de los detonadores para la depresión e intento de suicidio (O’Leary, & Maiuro, 2001).

La relación entre ambos llevaba a Natalia a mostrar dependencia a través de los celos como expresión de su inseguridad, y al ver que hablar directamente con él no funcionaba y tampoco podía negociar, comenzó a desarrollar métodos encubiertos, pero sobre todo, indirectos, como una forma de hacerle saber sus necesidades, como llorar, exigir, pedir, deprimirse, esto es, desarrolló un síntoma. Es posible que Fernando al verse confundido por tal comportamiento, comenzó a agredirla, a rechazarla más y a no prestarle atención, lo que llevaba a Natalia a aumentar sus demandas.

Esto es denominado por Papp (en: Walters et al.1996, p.232), como *el síndrome perseguidora-esquivo*, quienes la consideran una estructura recíproca, haciendo referencia a esta relación de dependencia mutua, en el que dicen “la esposa procura intimidad emocional y vinculación y el marido se distancia para proteger su privacidad e independencia”.

Por lo tanto durante el proceso y a través del trabajo terapéutico llevado a cabo en las construcciones que acerca de la realidad manejaba, especialmente se definió, utilizando además la perspectiva de género, el significado que a dicha experiencia cada uno le atribuía de forma distinta, relacionándolo con sus historias personales y, en particular, con el condicionamiento distinto por género, comenzando así a validar su sensación de fracaso, la culpa experimentada y su confusión.

Asimismo, se trabajó mucho el que ella pudiera ver que existe también “el punto intermedio” de las situaciones ya que hasta ese momento se manejaba en los extremos. También se trabajó con sus premisas culturales, que tenían un papel

preponderante en lo sucedido, aprendió a “repartir” la responsabilidad, a darse cuenta de lo que le correspondía y de como su propia inconformidad y rebeldía contra el rol tradicional impuesto (se sentía culpable por no haber cumplido con sus obligaciones como esposa ya que decía que en realidad le gustaba muy poco cocinar, planchar) habían influido para que experimentara los síntomas. Aunque pudiera decirse que las expectativas de Natalia acerca del matrimonio y la relación de pareja, aparentemente, no se cumplieron y tampoco las de Fernando a decir de su comportamiento, en el fondo ambos basados en su concepción de matrimonio idealizado, fueron responsables de que el de verdad no funcionara.

Se normalizaron las dudas y la confusión en cuanto a los sentimientos y pensamientos que se tienen cuando se está pasando por un período depresivo posterior a una pérdida, se le dijo que se requería de tiempo para poder tomar una decisión. Se exploraron las ventajas y desventajas de permanecer sola: ser libre para hacer lo quisiera, salir con sus amigas, estar en su casa sin presiones, etc. y en cuanto a las desventajas de estar sin él decía que ya no podría “realizarse como mujer”, es decir, tener un hijo, por lo que se exploró la posibilidad de realizarse como mujer sin su esposo. Se trabajó con ella el hecho de que quisiera irse a trabajar a otro país porque pensaba que era la única forma de no pensar en regresar con su esposo. Es necesario mencionar que su hermana iba a casarse en ese tiempo e iba a vivir con su esposo en la casa de sus padre.

Lo que la detenía para alejarse eran sus padres, pero quería conocer nuevas personas, inclusive “quizá nuevas parejas”, pero no tenía claro cuando, cómo, ni con quien, también la detenía el miedo a estar sola y que las cosas no salieran bien, a los peligros de los que le hablaban sus padres, pero tenía ganas de vivir sola y hacer lo que quisiera; ya no quiere pasar su vida en función de sus padres, ella escribió en una carta “me quiero y puedo hacer lo que decida, es un momento que pasará pero no sé ni cuando ni cómo”. Se trabajó mucho el autocuidado y la búsqueda de redes de apoyo con su familia, amigas, sin descuidar el aspecto médico. Se habló también de la posibilidad de un divorcio.

La terapia estuvo dirigida en gran medida a clarificar y definir metas en medio de la confusión y tristeza experimentadas, los que se normalizaron como parte de un proceso de separación y divorcio próximos, a llevar a cabo el divorcio emocional como una forma de recuperarse de la pérdida del esposo, al análisis del poderoso papel que las premisas sociales y culturales, reflejadas en su forma de pensar la hacían sentirse como alguien sin valía propia, a la reconstrucción de su identidad como una forma de crecimiento y empoderamiento para que comenzara a tomar sus propias decisiones,

Se trata de una familia nuclear integrada por el padre Uriel Ríos y Esperanza Castellanos y un hijo de nombre Uriel. La señora Esperanza y su esposo Uriel tenían estudios de licenciatura y posgrado. El hijo estudiaba el sexto año de primaria.

Estaban casados hacía catorce años y tenían dos años separados, unos meses antes su esposo le solicitó el divorcio y en ese tiempo se encontraban tramitando lo que parecía un divorcio necesario. Mencionó que durante el matrimonio hubo un clima de violencia, infidelidad y ella no soportó más que no la respetara. La relación entre ella y su esposo era básicamente para aspectos relacionados con el hijo, en tanto que la relación padre-hijo era casi nula aunque conflictiva en lo emocional.

MOTIVO DE CONSULTA:

Fue la señora Esperanza quien solicitó la consulta, su objetivo era afrontar el duelo relacionado con la separación de su esposo Uriel de quién se estaba divorciando. Ella dijo que quería “reconstruir su familia”, que en ese momento eran su hijo Uriel y ella y que aunque se sentía más fuerte psicológicamente, sabía que era un proceso y quería resolverlo. No quería que su hijo cargase con cosas que no le correspondían como cuidarla cuando ella se deprimía y que aprendiera a ser un hombre diferente de su padre.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y DEL PROBLEMA:

Desde hacía dos años que Esperanza y su hijo acudían a terapia por separado, justo cuando ella y su esposo se separaron; él ya había comenzado una nueva relación. Posteriormente cuando acudió a terapia a la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala y llevaba a cabo los trámites, la pareja de éste dio a luz a un hijo. Cuando se dio la separación, el hijo bajó en sus calificaciones notablemente y si bien al principio Uriel estaba desconcertado y muy enojado con su papá, el nacimiento del otro hijo de su padre contribuyó a un mayor distanciamiento entre ellos, relación en la que el enojo, dolor y el resentimiento de su madre estaban influyendo considerablemente.

Durante el tiempo que duró el matrimonio ella refiere abuso verbal, psicológico y económico por parte de Uriel. Continuamente descalificaba su comportamiento y su físico, dando lo mínimo indispensable para la manutención por lo que ella tenía que trabajar; en lugar de sentirse querida, dijo que se sentía la sirvienta de la casa ya que trabajaba para pagar los gastos, aunque en ese tiempo no consideraba que eso fuera violencia hasta que retomó sus estudios y comenzó a leer al respecto. Al parecer los problemas comenzaron cuando Uriel tenía aproximadamente dos años cuando ella regresó a la escuela, pudo conseguir otro trabajo y mejores ingresos; ella y su esposo comenzaron a competir lo cual influyó negativamente en su relación.

Esperanza mantenía una postura sumamente ambivalente en cuanto a la relación entre su esposo y su hijo. Por un lado estaba consciente de que su esposo también tenía derecho a ver a Uriel, pero por el otro, le costaba trabajo aceptarlo y reconocía que no le gustaba ver a su hijo y a su padre distanciados, “sin comunicación”. De cualquier forma, fomentaba tal distanciamiento haciendo comentarios descalificadores y agresivos del padre frente a Uriel, asombrándose después de que Uriel al hablar de su padre se dirigiera a él despectivamente, situación que era mantenida por la familia de Esperanza. Uriel apoyaba en todo a su madre aunque recordaba que sus padres peleaban porque su papá se sentía regañado por su mamá.

Ella misma mantenía también una postura ambivalente en cuanto a su esposo, pues intentó por diversos medios que regresara con ella y su hijo a lo cual él se negó debido a que ya tenía una nueva familia. Ella y el chico estaban muy enojados con el padre por pelear la casa y ella temía que le quisiera quitar a su hijo. Uriel tuvo que acudir junto con su madre a que les realizaran unas pruebas psicológicas como parte de un peritaje, además de que una trabajadora social había llevado a cabo una visita domiciliaria; éstos hechos habían contribuido a exacerbar el distanciamiento y enojo entre ellos.

Esperanza estaba muy enojada y dolida en contra de Uriel por haber preferido a otra mujer que a ella, inclusive estaba celosa, lo cual no fue fácil aceptar durante el proceso. Reconocía que le costaba trabajo pensar que padre e hijo tuvieran que tratarse debido al miedo de que su hijo pudiera querer a su papá y dejara de quererla. Sentía miedo y celos de que Uriel llegara a querer a la nueva pareja de su esposo.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Se trataba de una familia que estaba pasando por un periodo de transición de la etapa de familia con un hijo pequeño a adolescente y que en ese momento estaba enfrentando una presión importante al interior y exterior del sistema debido al proceso de divorcio de los padres. La jerarquía estaba invertida, recayendo sobre el hijo y existía una coalición entre madre e hijo, cuyo sobreinvolucramiento está obstaculizando la relación padre-hijo y excluyendo al padre del sistema.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

- 1) Conocer acerca de la relación entre ambos padres y la influencia sobre Uriel.
- 2) Indagar acerca de la familia de origen, la relación de pareja y acerca del divorcio.
- 3) Conocer las premisas de género de Esperanza en cuanto a ser hombre y mujer y ver de qué manera estaban influyendo en la relación con su hijo y el hecho de que, aunque no lo pretendiera, obstaculizara la relación entre Uriel y su padre.
- 4) Facilitar el

acercamiento entre Uriel y su padre y, 5) Conocer acerca de la red social de la paciente y su hijo y el impacto en el proceso de divorcio. 6) Cuestionamiento de la estructura a través de fijar fronteras entre el holón madre-hijo y fortalecer el holón padre-hijo para generar nuevas formas de pensar, sentir y actuar por parte de los integrantes de la familia. 7) Favorecer el proceso de desarrollo e individuación entre madre e hijo.

MODELO DE TRABAJO:

Se trabajó con el modelo estructural, principalmente aspectos de desarrollo y cambio; en cuanto a la evolución del sistema, por tratarse de una familia que se encuentra en proceso de divorcio y la posible triangulación del hijo por parte de la madre. Asimismo se trabajó con la perspectiva de género para conocer la influencia que dichas premisas tienen en diversos aspectos de la vida de la familia y concretamente en la madre.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y TÉCNICAS EMPLEADAS:

Se estableció *joining* intermedio y cercano, se utilizó principalmente el rastreo junto con el enfoque para tener información más precisa acerca del motivo de consulta y las relaciones alrededor de la separación, divorcio y el alejamiento entre Uriel y su padre.

Se cuestionó la estructura introduciendo la visión de complementariedad; se cuestionó también el modo de recortar sucesos. Se iluminaron interacciones entre la madre y el hijo cuando ambos se referían al padre, así también intensidad por repetición del mensaje al hacersele notar las contradicciones en su discurso y los aspectos no verbales. Se utilizó principalmente el rastreo junto con el enfoque con la madre, se estableció una alianza alternante con ambos, se trabajaron los lados fuertes en la familia. Se cuestionó el modo de recortar sucesos especialmente en la madre, intentando conectar los objetivos mencionados por ella y las acciones que realiza. Se exploraron sus redes de apoyo y espacios individuales. Se trató de establecer alianza con la madre.

Se insistió mucho en el establecimiento de fronteras entre subsistemas: parental e individual además en la elaboración de constructos cognitivos para manejar distancia psicológica. Se trabajó distancia alternante a ambos subsistemas. Todas estas técnicas para modificar la estructura familiar. El papel de la terapeuta fue el de facilitadora del cambio de las interacciones disfuncionales en la familia.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CLÍNICO CON LA FAMILIA:

Se trata de una familia en proceso de separación que en muchos momentos vivía de acuerdo a la pauta *pas de deux* (Minuchin y Fisman, 2002), debido al proceso de divorcio de los padres y aunque tanto Esperanza como su hijo estaban muy unidos a la familia de origen de ella, vivían aparte. En cuanto a la estructura familiar o "...el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia"... (Minuchin 1989, p.86) podría decirse que existía un sobreinvolucramiento madre-hijo y un padre periférico, por lo que los límites eran difusos; se observó una coalición entre madre e hijo en contra del padre, las relaciones se centraban en la madre, la jerarquía estaba invertida al existir un hijo parental.

Los subsistemas habían tenido transformaciones asociadas al desarrollo de esta familia. En un principio se encontraba el subsistema conyugal formado por Uriel y Esperanza; el subsistema parental conformado por ambos durante el tiempo que estuvieron viviendo juntos en relación a Uriel como único hijo. Posteriormente el subsistema parental lo integró únicamente Esperanza y a su vez podía hablarse del subsistema que Esperanza y su hijo Uriel conformaban después de que el padre dejó la casa.

En cuanto al momento de ciclo vital que estaban viviendo, pasaban por un periodo de transición importante para todos; dejaban de ser una familia nuclear con un hijo pequeño para pasar a ser una familia de progenitor único con un hijo en edad adolescente; el padre tenía ya una nueva familia.

Las familias de *pas de deux* por sí mismas presentan un estilo de vinculación intensa que propicia la mutua dependencia entre sus miembros; en el caso de Esperanza y Uriel tal vinculación y dependencia se amplificaban dada la presión interna y externa que representaba para ellos el abandono del padre, el proceso de divorcio necesario en que estaban involucrados y que generaba mucho estrés en ellos, así como la "omnipresencia" de la nueva pareja de Uriel y el hijo de ambos, que los hacía sentirse amenazados: a Esperanza al experimentar celos como mujer y madre ya que "él la había preferido a ella" y como madre al pensar que su hijo pudiera "preferir a su padre y a su nueva pareja", en Uriel porque el ver a su madre en tal estado le hacía distanciarse más de su padre y aumentar su enojo y resentimiento hacia él.

El síntoma o síntomas eran el enojo y resentimiento compartidos por madre e hijo en contra del esposo por haberlos abandonado y formar una nueva familia. Como se mencionó, los límites entre los holones eran difusos y la jerarquía se invirtió posterior a la separación de los padres, ello repercutía en varios aspectos; por una lado existía

una intromisión entre ambos holones y Esperanza “sobrecargaba” a su hijo contándole todos los pormenores de la relación del padre con la nueva pareja y el nacimiento del hermano “ya que no quería mentirle”; lloraba con él cuando no tenía dinero y era Uriel quien tenía que resolver la situación y tomar decisiones por ambos.

En esta familia se consideró de suma importancia hacer foco en la estructura a fin de trabajar los límites y la jerarquía. Dado que los límites eran difusos y el estilo transaccional de esta familia era aglutinado, provocaba el abandono de la autonomía de la madre y el hijo, por separado, poca diferenciación entre ellos y una gran dificultad para la exploración y conocimiento del problema de manera independiente, razón por la que se trabajaron pocas sesiones con madre e hijo y se pidió a la madre que acudiera ella sola en lo sucesivo.

Esta decisión por parte de la terapeuta y equipos (de supervisión y terapéutico) se debió a que tanto la madre como el hijo estaban en terapia individual con otro psicólogo, por lo que se consideró que no se dejaba solo al chico en el proceso que estaba viviendo. Dicha intervención contribuyó a manejar de forma metafórica, en un principio, la jerarquía, a fin de otorgar poder a la madre y dar a Uriel el papel de hijo; alguien a quien hay que proteger y mantener alejado de ciertas cuestiones que sólo atañen a los adultos (Umbarger, 1999). Se consideró también que en el proceso de la madre, el trabajo psicológico llevado a cabo por ella misma se reflejaría de manera positiva en la relación con su hijo y con su todavía esposo.

Fue por eso que las sesiones siguientes se dedicaron a trabajar la parte del enojo, el resentimiento, la confusión, los celos y tristeza y la desesperanza de la madre, lo cual podría decirse era parte de la secuela de la relación de violencia emocional, psicológica y económica que vivió con el padre de Uriel. Para esto se intervino en las construcciones que acerca de la realidad y premisas culturales acerca de ser ahora una mujer sola que tenía la madre (en este caso en proceso de divorcio), en donde el trabajo llevado a cabo con la perspectiva de género tuvo un papel sumamente relevante.

Para ello es necesario mencionar lo que McGoldrick y Carter (1980 en: (Walters et al., 1996, p.282) refieren respecto al divorcio el que dicen es “...una interrupción o dislocación del ciclo vital de la familia, que produce en el sistema familiar la clase de desequilibrio profundo que siempre se asocia con cambios, aumentos y pérdidas en el conjunto de miembros de la familia...”.

En este proceso el papel de la terapeuta fue de crucial importancia; principalmente para ayudar a Esperanza a reencontrar sus propias fuerzas y capacidades para salir

de esa pérdida y continuar adelante con su vida, en tanto ella misma decidiera hacer otra cosa y así constituirse en un verdadero apoyo para su hijo y en un modelo más sensible a la pérdida que éste también estaba viviendo en lugar de que, sin darse cuenta y debido al dolor en que se encontraba por la pérdida del esposo y el miedo que experimentaba ante una posible pérdida más (el que el hijo prefiriera al padre), hiciera lo posible para que su hijo se distanciase cada vez más de su padre, al enviar mensajes explícitos y no verbales dirigidos a que su hijo no fuera como su padre.

Si bien para Carter (en: Walters et al.1996), el significado de un proceso de la magnitud del divorcio no se puede analizar en tanto éste todavía se está desarrollando, en el caso de Esperanza y su hijo como en el de muchas familias que se encuentran viviendo una situación similar, *el significado, o significados y las consecuencias* se van transformando de acuerdo al momento del proceso vivido. Las repercusiones de un divorcio deben analizarse sobre las instituciones del matrimonio y la familia, pero debe ampliarse a todas las instituciones posibles que se vinculan con ésta, principalmente tomando en cuenta a los protagonistas del mismo: hombres, mujeres y los hijos o las hijas y el impacto que un evento de esta naturaleza tiene sobre sí mism@s, su autoconcepto, autoestima y sus relaciones, en donde el sexo y el moldeamiento de los roles estereotipados de género, especialmente, matizan de manera distinta su experiencia.

La situación cambia dependiendo de quien solicite el divorcio; en el caso de Uriel, quien lo solicitó, al hacerlo colocó a Esperanza en un lugar poco deseable: al parecer no estaba preparada ni emocional, ni económicamente, para hacerse cargo de su vida y la de su hijo, ya que aunque ella trabajaba, el sueldo de su esposo complementaba de manera importante el presupuesto de la familia. En cuanto al hijo, el padre estaba enfrentando la posibilidad de perderlo a nivel emocional, pues el mismo proceso y su nueva familia estaban agrandando la distancia física y emocional entre ellos. Se esperaba que el proceso terapéutico del chico a nivel individual y la terapia de la madre contribuirían de manera tal que se “reparara” la relación entre ambos, lo cual parecía suceder por momentos.

En cuanto al ámbito social y cultural es importante analizar el impacto que tiene sobre las familias de origen de ambos padres; es bien sabido que en muchos países y hablando en el caso especial de México y por ende en la familia de Esperanza; la religión, la moral y los valores asociados a la institución del matrimonio hacen que tal experiencia pueda volverse doblemente dolorosa para los cónyuges, aunque existe casi siempre una carga moral extra para la mujer, esto ocurrió en Esperanza y se intensificó dado el proceso legal llevado a cabo en una institución jurídica, en donde un

divorcio necesario, es decir, un divorcio solicitado por uno de los cónyuges sin que el otro esté necesariamente de acuerdo como era el caso de Esperanza, se convirtió en un suceso sumamente estresante, ya que fue el esposo quien se salió de la casa y le “comunicó” a través del escrito de demanda su decisión.

Debe recordarse también que el juicio de divorcio colocó a Esperanza y a su hijo en una situación de doble victimización (aquella que se deriva de las relaciones de las personas con el sistema jurídico como consecuencia del choque entre las expectativas de las personas y la realidad institucional), los efectos producidos por ésta se consideran tan negativos como cuando se ha sido objeto de un delito. El impacto psicológico afecta el bienestar físico, sexual y emocional a nivel individual y familiar, el choque entre lo que se espera y lo que se obtiene, en la mayoría de los casos en una institución de justicia, puede producir una diversidad de efectos emocionales negativos como ansiedad y depresión al tener que depender de abogados y servidores públicos, lo cual también puede verse en el caso de Esperanza y su hijo en donde como ella misma decía “la mayor parte de la comunicación entre su esposo y ella era a través de sus abogados”. Este tipo de victimización, por supuesto, se fundamenta en una situación de tipo social que sufren grupos social y económicamente marginados o históricamente considerados como vulnerables como las mujeres y los niños, entre otros, en donde no se tiene el control de la situación como se esperaría (De la Cuesta, 1994).

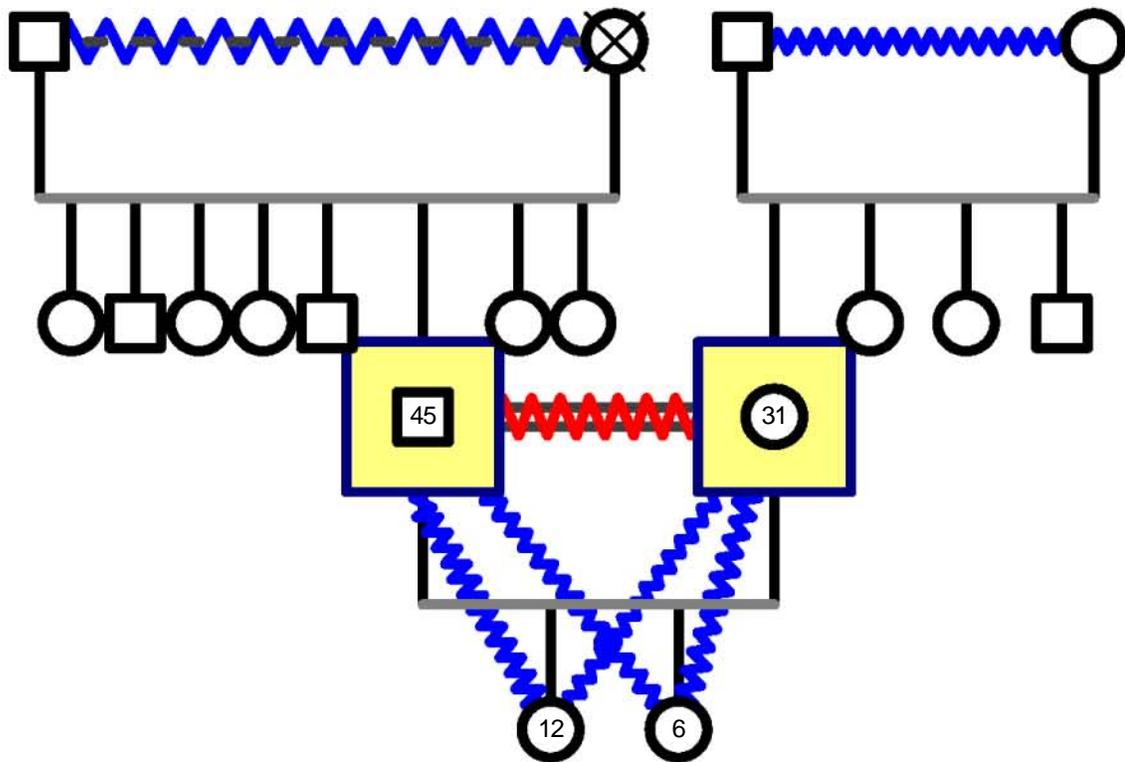
Esperanza, dado el momento que vivía, parecía manejar información parcial y un poco confusa respecto de todo el proceso, además, tanto el esposo, como ella y su hijo acudieron al Juzgado para realizar una serie de pruebas psicológicas ya que al parecer la patria potestad de Uriel estaba en disputa; de igual manera una persona de trabajo social acudió a su casa para ver “como vivían” pues también la casa estaba en disputa y probablemente esto tuviera alguna repercusión en la pensión alimenticia que se fijara al padre, haciéndola sentir “expuesta”.

Por lo tanto, gran parte de la terapia estuvo dirigida a empoderar a la madre, pues aunque Uriel tenía a su padre, pasaba la mayor parte del tiempo con su madre y a veces con la familia de ésta (lo que continuaría después de la sentencia de divorcio); este empoderamiento tuvo que ver directamente con ayudar a la madre a llevar a cabo lo que se conoce como el proceso emocional del divorcio; a recuperarse de la pérdida del hombre, compañero, amante y padre de su hijo, pues le era muy difícil abandonar y dar por terminadas todas sus expectativas depositadas en el otro y, recuperarse a sí misma, recuperar su identidad, pues no se debe olvidar que existe todo un adoctrinamiento en las mujeres desde niñas para depositar, si no toda su identidad,

una gran parte de ella en el matrimonio, en estar al lado de un hombre y a sentirse culpables por el fracaso. Diseñándose al caso diversas estrategias para trabajar esa parte de empoderamiento, que contribuiría a destriangular a Uriel de la relación entre su padre y su madre.

4) FAMILIA RODRÍGUEZ LORA

FAMILIOGRAMA:



DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA:

Se trata de una familiar nuclear integrada por el padre Raymundo Hernández, la madre Elena Lora y dos hijas: Roberta y Fernanda.

MOTIVO DE CONSULTA:

La relación de violencia familiar que hacía tiempo vivían el consultante con su familia, principalmente con su esposa Elena. Existían antecedentes en Raymundo de adicción al alcohol, aunque decía que “con alcohol y sin alcohol” los problemas continuaban. La violencia era un problema “cíclico” en esta familia y correspondía al período vacacional del padre en donde permanecía más tiempo en casa. Deseaba acudir a terapia familiar, aunque en ese tiempo acudían a tomar cursos sobre autoestima en una Institución pública, debido a que, en cuanto a él, pretendía aclarar qué era lo más conveniente para su familia; si continuaba la relación con su esposa o se separaban de manera que no dañaran más a sus hijas.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y DEL PROBLEMA:

Raymundo y Elena estaban casados hacía doce años; tuvieron dos hijas: de once y seis años que cursaban el sexto y segundo año de primaria, él trabajaba en el sindicato de la empresa donde prestaba sus servicios y su esposa en un negocio familiar. Ambos provenían de familias nucleares, tradicionales en cuanto a valores y división de papeles de género, en la que Elena era la primera de cuatro hijos; dos mujeres y dos hombres. Raymundo era el séptimo de diez hijos; tres hombres y cinco mujeres, sólo vivía su padre; su madre falleció cuando él era pequeño.

En la familia de Elena no había violencia física, pero sí emocional entre sus padres; describía a las mujeres de su casa, en especial a su abuela materna, como personas a las que les costaba trabajo expresar cierto tipo de sentimientos. En la familia de Raymundo había un patrón de violencia; él mismo había sido testigo de ésta durante su niñez. El mantenía una buena relación con la familia de Elena y ésta, por el contrario, no era aceptada por la de él, principalmente por la hermana mayor, que era como la madre de Raymundo.

Elena y Raymundo vivían desde hace ya varios años una relación de violencia intrafamiliar, en donde existía violencia física y psicológica, aparentemente recíproca entre él y su esposa y maltrato emocional de ambos hacia las hijas derivado de ser testigos de violencia. Él había ingerido alcohol durante algún tiempo atrás, aunque tenía algunos años de no hacerlo, más la relación entre ambos no había cambiado mucho.

El señor Raymundo tenía de permiso como empleado en la empresa tabacalera y cumplía funciones administrativas en el sindicato por lo que pasaba mucho tiempo en casa. Al parecer, más que el alcohol, la situación en la familia empeoraba durante los meses en que él no iba a la empresa y permanecía en casa.

Ambos habían hecho intentos por detener la violencia; él se había ido a vivir a casa de su padre durante unas vacaciones para evitar los problemas y la señora Elena había abandonado la casa en una ocasión llevándose a sus hijas; volvieron debido a que él obtuvo un crédito para una casa, ya que antes rentaban un departamento. En el momento de solicitar consulta Raymundo y su esposa estaban acudiendo a terapia de pareja cada ocho días, a su vez su esposa acudía a un grupo en el DIF, en donde habían trabajado aspectos orientados a lo individual.

Raymundo pensaba que quizá lo mejor era que se separaran, ya que “si no estaba bien no podía dar bienestar” y “temía dar un mal golpe” a su esposa o recibirlo de ésta y así continuar dañando a sus hijas. Aunque decían que era la madre quien maltrataba emocionalmente a las hijas, entre ambos las dañaban, ya que las chicas generalmente presenciaban las peleas entre ellos y en varias ocasiones llegaron a decirles que ya estaban cansadas de la situación y “que les daba pena que fueran sus padres”.

Durante el transcurso de las sesiones el objetivo central fue detener la violencia; se pudo detener la violencia física y se continuó trabajando la violencia emocional y psicológica debido a que deseaban continuar como pareja y resarcir el daño ocasionado a sus hijas. Comentaron que entre ellos existía amor, aunque se habían perdido el respeto y el de sus hijas.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

La violencia existente en la familia, especialmente entre los miembros de la pareja, tenía como trasfondo el condicionamiento y socialización de papeles de género y la influencia de los modelos de femineidad y masculinidad estereotipados. Esta pareja llegaba a terapia en un momento en donde, como ellos lo dijeron, ya “habían tocado fondo” y les resultaba necesario detener la violencia. Era una pareja en donde el amor, la agresión y la violencia se entrelazaban de manera que ponía en riesgo no sólo su propio bienestar físico y emocional, sino también el de las hijas, convirtiéndolas en testigos de violencia.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

1) Detener la violencia física en la pareja y seguir trabajando en la violencia emocional en la familia. 2) Deconstruir los episodios de violencia y las premisas de género que los sustentaban. 3) Empoderar a Elena y sensibilizar a Raymundo para construir una nueva forma de relacionarse sin violencia. 4) Ayudarlos a construir una nueva relación con las hijas.

MODELOS DE TRABAJO:

En este caso se trabajó con algunos aspectos del Modelo de terapia breve centrado en soluciones al principio del proceso (durante las tres primeras sesiones) y con terapia Narrativa y Equipo Reflexivo en lo sucesivo, incluyendo en todo momento la perspectiva de género.

El modelo de terapia breve centrado en soluciones (TBC) se basa en varios supuestos que se consideraron útiles y se adaptaban a la familia y la problemática en cuestión: la resistencia es un concepto inútil. A diferencia de las aproximaciones clásicas en donde se duda de la intención del cambio (la violencia familiar es un ejemplo de “la resistencia” de sus integrantes al cambio), la propia resistencia se concibe como una forma de cooperación, que proporciona pistas sobre la forma más eficaz para trabajar. Se piensa que el cambio es inevitable; a través de la conversación se “crea” la sensación de que el cambio ha comenzado ya, antes de acudir a terapia. Este modelo enfatiza la fuerza y los recursos de las personas necesarios para el cambio. Al no existir una forma “correcta” se tiene la libertad de ver una situación de muchas formas y más de una manera para encontrar la solución. Esta terapia se enfoca más al presente y a un futuro sin problemas (Selekman, 1993 en: (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

La terapia narrativa por su parte, se eligió al considerarse de suma relevancia trabajar con las narrativas (secuencias de vida escogidas por esta familia acerca de la violencia), que se materializaban a través del acto de contarlas. Estas narrativas (relatos sobre “ser violentos”) definía su identidad; se propone que existe una estrecha relación entre lo que se cuenta, la forma en la que se vive y los relatos que se cuentan acerca de lo sucedido (Payne, 2002). fue útil para cuestionar y alejar a l@s consultantes de lo que se conoce como metarrativas fijas (o viejos discursos) considerados únicos e inmutables.

Este enfoque propone que las personas conocen el mundo a través de los presupuestos acerca de él, el mundo se crea a través del lenguaje; en un contexto social, por lo que las narrativas o discursos fijos e inmutables que la gente inmersa en una problemática se cuenta están influidos por factores familiares, sociales y culturales, sin que se esté consciente de ello, generalmente, el hacerlos visibles a través de la conversación, permite descubrir como impactan a las personas y sus relaciones. Esta terapia retoma un aspecto central en el abordaje de la violencia y es el concepto de poder, propuesto por Foucault, un poder materializado en las interacciones y en el lenguaje, por medio del cual cobra sentido, ya que se propone que los seres humanos son “seres interpretantes” (White & Epston, 1993).

Ciertas historias o narrativas acerca de la vida se perpetúan a través de “verdades objetivas” integradas al discurso personal por la influencia de la sociedad y la cultura, esto ayuda a mantener la estructura dominante, la estructura de poder, anulando narrativas alternativas acerca de los mismos eventos. Desde este enfoque se trabaja de manera importante en la terapia las cartas, escritos, etc., lo cual tiene un fuerte impacto y contribuye a generar historias alternativas en la vida de las personas. (Goldenberg y Goldenberg, 2000).

Los discursos (narrativas) construidos, son reexaminados con el fin de conocer y reexaminar la influencia y opresión en la vida cotidiana. Para lo que se *deconstruye* – analiza en detalle- las historias que se han venido contando. Se utiliza para esto la *externalización*, o “se saca fuera de sí” el problema, se cosifica y se personifica, lo cual resulta muy eficaz al sacar el problema de las personas (White, 1994). Se crea una nueva historia al crear nuevos significados a través de contar y recontar la historia.

En el caso de la violencia intramiliar, es básico anotar, que se externalizan aspectos relacionados con el problema, no la violencia en sí, que implicaría riesgos al trabajarlo de esta manera, pues aunque permite a las personas separarse de los problemas, no les quita su responsabilidad en el mantenimiento de éstos, ya que al contrario, en la medida en que contribuye a su concientización y la descripción de su relación con el problema, les permite asumir su responsabilidad con respecto al problema, lo cual antes no estaba a su alcance. De igual manera, a través de la deconstrucción se posibilita observar la influencia que en la conformación del problema tienen las tácticas de poder que permean a través de las prácticas sociales y culturales la vida de las personas. El revisar las prácticas culturales y su influencia en las personas lleva a considerar el efecto del poder y sus múltiples formas.

El Equipo reflexivo, por su parte, tiene como premisa que la conversación de los otros ocupa el lugar central. Durante las sesiones terapeutas y clientes tienen la oportunidad de cambiar los lugares y observar a los otros lo cual ofrece nuevas perspectivas. Es una postura igualitaria, en donde los clientes, terapeutas y equipo se abren y conforman equipos de diálogo. Goldenberg y Goldenberg, 2000).

Esta nueva forma ofrece también al equipo su propia reflexión acerca de cómo todo eso les afectaba también a ellos. La palabra reflexivo equivale a decir que algo es oído, que se aprehende y se piensa antes de dar una respuesta. Se reflexiona acerca de las preguntas que la gente se hace sobre sí misma y el sistema de significados construidos por las familias.

La cualidad del equipo reflexivo es que las personas y las familias lo viven, lo experimentan como algo que les da poder, además el escuchar las conversaciones de los demás, los diálogos de los profesionistas sobre sus propios diálogos, los de la familia es algo que generalmente nunca antes han experimentado. Desde aquí, los/las terapeutas se ven “expuestos” ante la familia en una forma totalmente nueva. Tiene como reglas principales utilizar descripciones positivas para con la familia y ofrecen nuevas descripciones, evitando las críticas. Evitar dan consejos y descripciones negativas. Al hablar entre sí los miembros del equipo no establecen contacto ocular con la familia.

Posteriormente, si el sistema de entrevista lo solicita, el equipo reflexivo expone sus ideas. Estos hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre lo hablado por el sistema de entrevista, mientras éstos escuchan, ello permite un diálogo interno conforme van escuchando diferentes visiones en las voces de los miembros del equipo, (Andersen, 1994).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y TÉCNICAS EMPLEADAS:

Se estableció *joining* intermedio y cercano, al trabajar con el modelo centrado en soluciones, el trabajo inicial se basó en los supuestos de la TBC, principalmente que *el cambio era inevitable*, generando por medio de la conversación la sensación de que el cambio había comenzado ya, antes de que acudieran a terapia; “vender” esta idea fue de gran ayuda para esta familia que había intentado, infructuosamente, por diversos medios cambiar y pasaban por un proceso de desgaste emocional. Se connotó positivamente sus dudas y confusiones respecto del cambio, normalizando los intentos fallidos en situaciones como la que estaban viviendo. Se enfocó en la fuerza y en los recursos de ambos necesarios para construir nuevos vínculos.

Se buscaron y marcaron las excepciones, se ampliaron las situaciones en donde no existía la violencia. Se trabajó atribuyendo el control de la situación a cada uno de los miembros de la pareja en los momentos y episodios de agresión y violencia. Se intervino sobre el patrón de la queja al cambiar la secuencia de los eventos y descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños.

Al trabajar con terapia narrativa, se comenzó con la externalización del problema, se trabajaron preguntas de influencia relativa y la descripción de la influencia del problema en sus vidas. Se hicieron preguntas de panorama de conciencia y panorama de acción. Se trabajó también la internalización de la posición como agente de cada uno (para contribuir a reforzar el control sobre sus actos). Se bautizó el problema de los celos, se utilizó la connotación positiva, trabajándose una sesión en coterapia con una de las supervisoras. Asimismo se trabajaron las historias alternativas para

deconstruir el problema. Se hizo uso de medios escritos (pacto de no violencia) dentro de la terapia.

El equipo reflexivo (*reflecting team*) tuvo utilidad en los dos sentidos del término: de reflexión a través de los diálogos del equipo sobre los diálogos de Raymundo y Elena que contribuyeron a co-construir la historia alternativa, y como parte “reflejante” al poder observar y escuchar el impacto que sus diálogos tenían sobre los/las integrantes del equipo que les devolvían una imagen “diferente” de sí mismos.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL TRABAJO CLÍNICO CON LA FAMILIA:

Esta familia tenía tras de sí una larga historia de maltrato, abuso y violencia a lo interno como a lo externo del sistema que se presentaba de manera cíclica como ellos mismos lo describían, acorde a lo que se conoce como el círculo de la violencia descrito por Walker (1979 en: Dutton y Golant, 1997), consistente en la acumulación de tensión y descarga violenta que incluye tres fases: 1) acumulación de tensión, 2) la de explosión con violencia física y 3) la de arrepentimiento y ternura, conocido como la fase de luna de miel.

Llegaron a terapia después de haber de haber puesto en práctica diversas estrategias para detener la violencia física: la madre abandonó en una ocasión el hogar en compañía de sus hijas; el padre se fue a la casa de su familia de origen en unas vacaciones para evitar los problemas; los cursos que tomaban y la terapia que individualmente habían tomado. La terapia familiar tuvo como propósito definir si continuaban juntos o se separaban, como puede verse la pareja tomó la decisión de continuar juntos ya que, según comentaron, existía amor entre ellos.

A pesar de que en esta pareja ambos padres se agredían física y psicológicamente, era evidente la diferencia de fuerza física entre ambos, así como la habilidad de Raymundo en la defensa y la resolución de conflictos en forma violenta como parte de su condicionamiento de género (Dutton y Golant, 1997). En cuanto a Elena, la violencia empleada en contra de su pareja se puede decir que había sido más en defensa que como ataque, ya que “el hecho de que la mujer no sea un ángel se debe a los años de violencia que padeció” (Domen en: Corsi, Dohmen, Sotés y Bonino, 2002 p.89).

En ese sentido, Rodríguez (1990 en: Corsi et al.,2002 p.89) dice es innegable el que las mujeres también golpeen a sus esposos o parejas; más la proporción de éstas es mucho menor comparada con la de los hombres que golpean a sus esposas o parejas, además “muchas mujeres llegan a ser agresivas, como respuesta defensiva frente al

ataque del golpeador. Esta resistencia no queda encuadrada como violencia doméstica, sino que configura un accionar *en defensa propia*".

La cólera de los hombres, en cambio, puede ser más atemorizadora y destructiva que la de las mujeres cuando asume la forma de la violencia física. Es más común para los hombres recurrir a la violencia física cuando se enfurecen, y cuando lo hacen es más peligroso debido a su mayor destreza (Walters, et al, 1996).

Elena presentaba frecuentes dolores de cabeza posteriores a los episodios de violencia y se sentía muy tensa generalmente como parte de un estrés crónico y como parte de los efectos a mediano plazo de la victimización dentro de su casa, lo que se conoce como síndrome de estrés postraumático (Corsi, 2003). Los dos estaban muy cansados por el desgaste resultante de una relación en donde había tensión, golpes y reconciliaciones, y aunque ambos se encontraban muy unidos, existía un apego especial de Elena hacia Raymundo de quien desconfiaba y celaba al mismo tiempo. Pudo observarse que como parte de este apego, ambos mostraban la necesidad de espacios individuales pues pasaban mucho tiempo juntos.

Un aspecto de vital importancia fue el evaluar el impacto que la violencia entre los padres había tenido sobre las hijas, al ser éstas mismas testigos de dicha violencia y en varias de las ocasiones, víctimas vulnerables también del maltrato verbal y psicológico derivado tanto de presenciar los enfrentamientos entre sus padres, como sufrir directamente dicho maltrato por parte de ambos. Las hijas presentaban problemas de conducta, dificultades en los estudios (problemas con algunas materias), estaban cansadas de la situación y manifestaban ya señales del síndrome de estrés postraumático como la mayoría de los niños expuestos a violencia entre los padres, una de éstas era la agresión como la que la hija mayor, Fernanda, que entraba en la adolescencia y quien les gritaba que ya estaba harta de sus peleas y que le daba pena que fueran sus padres; había temporadas en que se peleaban de más entre ellas mismas y se enfrentaban, la mayoría de las veces, con la madre ya que era la que estaba más tiempo con ellas (Rossman & Ho en: Geffner, Jaffe y Sudermann, 2000).

En virtud de que la pareja comentó que hacía ya tiempo de "la última situación de violencia", utilizando el modelo centrado en soluciones se comenzó por explorar los cambios que habían ocurrido desde que se hizo la llamada telefónica por parte de la terapeuta al establecer el primero contacto con la familia, al momento de la primera sesión; comentaron que habían tenido un periodo sin grandes pleitos. Se continuó con preguntas presuposicionales que funcionan como intervenciones; básicamente para encontrar excepciones e interrumpir los patrones de conducta que mantenían el

problema y trabajar a su vez sobre los modelos de creencias familiares inadecuados que llevaban a esta pareja a hacer “más de lo mismo”, así también se ampliaron las excepciones al problema.

Se trabajó el temor de que “hubiera una recaída”, tema con el que comenzaron una nueva sesión, pero con la diferencia de que no hubo golpes; esta excepción se amplificó al hacerles notar que solamente hubo un episodio de violencia en quince días y se les dijo que ello era parte de un proceso. Fue necesario normalizar los enojos cotidianos de los que hablaba la pareja diciendo que en las personas con antecedentes de violencia se tiende a tomar invariablemente cualquier manifestación de enojo como señales de violencia; retomando el tema de los acuerdos que la pareja mencionó que habían podido tomar se abordó nuevamente el tema de las excepciones y se marcaron las situaciones en que éstos habían ocurrido para que no quedasen desapercibidas para la pareja. Después de esta intervención, Raymundo reconoció que ambos se estaban cuidando; estaban muy sensibles y observadores el uno de la otra y viceversa. También habló de los cambios que él ha tenido como demostrar más cariño, afecto y preocupación por su pareja, sin descuidar a sus hijas, provocando que hablara acerca de ello el mayor tiempo posible, a fin de atribuir control, en ambos, contribuyendo a que identificaran lo que habían hecho para mejorar la relación.

Al trabajar con terapia narrativa se externalizó el problema, más no la violencia, pues la técnica en sí no excluye la responsabilidad personal y en el caso de la problemática presentada por esta familia, fue sumamente necesario que ambos se responsabilizaran por su propio actuar violento, tal como lo menciona White (1994), pues la técnica sólo “enfoca y pule” el problema. En esta pareja resultó de particular importancia ya que Raymundo al principio pensaba que era su esposa quien tenía que acudir a consulta “por ser ella la enferma”; esta adjudicación de la culpa y responsabilidad a la mujer es una respuesta típica de los hombres que agreden y abusan (Domen en: Corsi et al.,2002) ; posteriormente pudo ver y aceptó que él también necesitaba la ayuda, en el caso de Elena frecuentemente pensaba, entre otras cosas que “sólo ella era la culpable de lo que pasaba”, lo que se considera “normal” como secuela de la violencia física y psicológica vivida, en particular resultado de lo que se conoce como “lavado de cerebro” que trastorna la estructura cognitiva de la mujer, quien poco a poco deja de creer en sí misma y en su verdad y asume los pensamiento del agresor. Esta intervención llevó, simultáneamente, a la pareja a darse cuenta y darle importancia a lo que ya habían estado haciendo contra el problema, este tipo de exploración condujo a revalorar la capacidad de la familia ante

el problema y a externalizar aún más el mismo y continuó haciéndose de forma progresiva incluyendo más elementos.

Al hacer una análisis contextual de la violencia física en las parejas, se dice que los hombres generadores de violencia adquieren poder de una forma moral, mientras que las víctimas juegan el papel de la acusada. Después que el episodio violento ocurrió, la reconciliación relega a la mujer nuevamente a su papel de “sospechosa”, pero sobre todo de culpable (Serra, 1993).

Esta pareja expresaba temor de “que hubiera una recaída” lo cual fue de gran relevancia porque permitió acceder a la forma en que Raymundo y Elena concebían a la violencia en su “realidad”, pues pensaban que no tenían control alguno sobre ésta y “que podría llegar de repente”. La externalización contribuyó a la co-elaboración de una “nueva realidad” en donde la violencia ya no era invitada, asimismo se trabajó en la identificación de las señales que pudieron observar e identificar en sí mismos y en su pareja cuando se presentaba un episodio de violencia y el período de aguante de cada uno; entre las señales verbales estaban el tono y el volumen de la voz y el comportamiento poco tolerante por parte de ella y la impaciencia y señales faciales de fastidio de él.

Al presentarse un nuevo episodio de violencia fue necesario hacer uso de medios escritos, que consistió en “*un pacto de no violencia*” el cual escribieron en hojas carta cada uno por su parte en sesión, que fue elaborado entre la terapeuta y ellos mismos, firmando al final como testigos la terapeuta y una persona del equipo. Este pacto tuvo un gran impacto en ellos y sirvió para recordarles a cada uno que “se habían comprometido ellos mismos” y habían “firmado” ante las psicólogas (mencionaron que los traían a la vista y les servían para recordar que habían pactado ya no agredirse).

Se deconstruyeron las historias que les contaron, enfatizando los “diferentes aprendizajes familiares” y la influencia sobre sus vidas; historias que ellos mismos se habían estado repitiendo durante todos esos años: una historia en donde había un “Raymundo con un lado oscuro” que vivió violencia en casa (el padre golpeaba a la madre), ambos padres ingerían alcohol y aunque él no lo recordaba, la historia le fue contada por un familiar. Con un hermano que también violentaba a su pareja. Por su parte Elena creció en una familia de mujeres trabajadoras, pero duras y frías, “que no se dejaban y se enfrentaban a los hombres”; varias de ellas estaban solas.

El equipo les devolvió dentro de sus reflexiones cómo ambos habían llevado estos aprendizajes a su relación de pareja, a su familia. A través de preguntas de panoramas de conciencia y de acción se trabajó mucho con la internalización o

agencia personal, atribuyendo control de sus actos. Pudieron *re-pensar* y volver a verse a sí mismos para poder observar como estos aprendizajes se habían reflejado en su vida y cómo le habían hecho para luchar contra ellos y que sin duda era una dura batalla. Se continuó con la idea de “voces” tanto familiares y sociales, incluyendo las del equipo. Raymundo dijo que ya no quería repetir los patrones familiares de agresión y alcoholismo, que se había dado cuenta como esas “voces violentas y masculinas” le habían venido diciendo “quiero que seas alcohólico, drogadicto, que maltrates a tu mujer”. Elena a su vez dijo que “esas voces”, las voces femeninas de su familia le habían venido diciendo “quiero que seas una mujer dura, quiero que fracases, queremos verte derrotada, queremos verte sin marido”, pero que ella ha escuchado la voz de su corazón que le decía que no quería perder a su familia y estaba luchando en su contra.

Al desaparecer la violencia física y estar trabajando en la psicológica tuvieron tiempo para voltear a mirar a sus hijas de manera diferente, en especial Elena con un nuevo aprendizaje, una manera comprensiva, cariñosa, pero firme para relacionarse con sus hijas, ambos se redescubrieron como personas capaces de estar juntas, como compañeros, amantes, pareja y padres al escuchar esas “voces nuevas”. Redescubriendo al “Raymundo del presente”, buen padre, que llega a acuerdos, tolerante. Elena habló de “una voz interior” que le decía que era inteligente, tierna, amorosa y comprensiva, que podía vivir una historia diferente.

3.2 ANÁLISIS TEMÁTICO PARA LA PRESENTACIÓN DEL EXAMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

VIOLENCIA EN LA FAMILIA: AMOR Y MALTRATO ENTRELAZADOS

Hablar de violencia y maltrato intrafamiliar alude a dos términos que hasta hace algún tiempo no fue posible reunir: la violencia, que había estado presente desde siempre en el espacio público y había sido objeto de investigación, y la familia, vista como un espacio sagrado y por lo tanto privado; un espacio de puertas adentro, una institución protectora y promotora del desarrollo psicoemocional de sus miembros.

Ambos términos comienzan a considerarse como un binomio inseparable a partir de los años 60 cuando el maltrato infantil comienza a ser “visibilizado” al proponerse “el síndrome del niño maltratado” haciendo referencia a la violencia física hacia l@s niñ@s. Una década más tarde, como resultado de la fuerza que cobra el movimiento feminista, es que “las miradas” se dirigen también hacia las mujeres y al maltrato y abuso que han sufrido desde la infancia y muchas de éstas hasta la muerte, en donde la principal causa de su muerte ha sido, precisamente, la violencia ejercida hacia ellas por sus padres, parejas, hijos, etc.

Posteriormente, comienza a ponerse atención a otra forma de maltrato infantil hasta ese momento negado: la violencia sexual y, más tarde hacia todas las formas de maltrato hacia las personas mayores y a personas discapacitadas. Aunado a lo anterior, la atención comienza a enfocarse en las consecuencias que tienen las diversas formas de violencia y abuso sobre la salud física y psicológica de la población. Ejemplos de esto son: infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos espontáneos e inducidos, discapacidad parcial o permanente, deformaciones, depresión, abuso de drogas, estrés crónico, intentos de suicidio, suicidios consumados y homicidios, entre otros (Corsi, 1994, Velázquez, 2003).

Si bien el término violencia intrafamiliar haría referencia a la violencia entre los miembros de la familia, los datos a nivel mundial y nacional muestran que, en la mayoría de los casos, es el hombre u hombres de la familia los que ejercen diferentes tipos de violencia en contra de las mujeres y l@s niñ@s:

De 48 encuestas realizadas en todo el mundo, en los últimos diez años, entre 10 y 69% de las mujeres indicó haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en: ENDIREHD, 2003). En nuestro país, la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres

(INMUJERES, 2003), arrojó las siguientes estimaciones sobre violencia de género, de donde puede verse que, al menos:

- Una de cada cuatro mujeres ha sufrido violencia doméstica.
- 25% ha sufrido una violación o intento de violación.
- 25% de las niñas ha sido objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.
- 25% de las mujeres ha sido acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.
- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres (<http://www.inmujeres.gob.mx>).

Como puede verse, la violencia está estrechamente asociada al género y a las pautas culturales y sociales que de forma diferenciada se “crean” para hombres y mujeres. Conceptualizarlas y darles un nombre es imprescindible para darles una existencia social, a fin de que no queden reducidas a experiencias individuales y/o causales; negarlas u omitirlas, se concibe como una estrategia de la desigualdad de género, pues al naturalizar e invisibilizar la violencia hacia las mujeres se legitima y justifica la arbitrariedad como una forma habitual de la relación entre hombres y mujeres. El estudio de la violencia requiere tomar en cuenta el género “como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que se perciben entre los sexos, y es una manera primaria de significar las relaciones de poder”, pues no se debe olvidar que la violencia está asociada con relaciones desiguales de poder (Velázquez, 2003, p.29).

El conocimiento de la magnitud y dimensión del problema, se debe, en primer lugar, a la toma de conciencia sobre éste y sus implicaciones sociales, así como a los avances en diversas materias en donde se incluyen los aspectos psicosociales y legales de la violencia intrafamiliar.

En México, desde 1990, con la reforma al Código Penal en materia de delitos sexuales y la inclusión en la legislación de normas que prevengan y protejan a las víctimas de la violencia familiar, se ha hecho eco a los acuerdos que, a nivel mundial, se han tomado al respecto (ver Anexo A).

Los datos anotados acerca de la incidencia de la violencia y las estrategias políticas mencionadas son necesarios para la creación y aplicación de acciones más completas para dar respuesta a un problema tan complejo con implicaciones en diferentes niveles de la sociedad. Es necesario poner de manera urgente en la agenda del Estado el

tema de la violencia en todas sus manifestaciones, que entienda a la violencia intrafamiliar como un problema de derechos humanos, de salud pública y de seguridad ciudadana; una seguridad que no debe restringirse a los espacios públicos, pues debe recordarse que es, precisamente el espacio privado el que se caracteriza “por las relaciones interpersonales basadas en el afecto y el parentesco”; uno de los contextos de mayor riesgo para la integridad física y psicológica de las personas (Corsi, 2003, p.38).

Asimismo, hablar de la violencia, de sus mecanismos, de los estereotipos para enfrentarla y darle un nombre, tiene un efecto en la disminución del aislamiento en el que quedan las víctimas, quienes se mantienen en aislamiento e indefensión. Hablar de violencia implica también generar redes profesionales, comunitarias y familiares que además de apoyar a las personas implicadas, se constituyan como vías para reducir la mistificación de la violencia. Existen diversos aspectos de la violencia y formas de denominarla que resulta necesario conocer para una mejor comprensión de la problemática (ver Anexo A).

PODER, CONTROL Y GÉNERO.

Al abordar la violencia resulta conveniente enfocarse en tres términos que son esenciales para su comprensión: *poder*, *control* y *género*, pues como se mencionó anteriormente, la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, es entendida como el uso y abuso de la fuerza (de cualquier tipo) para la resolución de conflictos interpersonales, que se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder permanente o transitorio. La conducta violenta es sinónimo de abuso de poder (que se utiliza para dañar a alguien) que se encuentra estrechamente entrelazado con aspectos de *género*, especialmente con lo que se conoce como *estereotipos de género y el control*.

Para hablar de poder es necesario remitirse al trabajo de Michael Foucault, filósofo e historiador francés, quien si bien se refiere a éste como a una categoría abstracta, refiere que para entender y examinar al poder hay que hacerlo en el contexto interaccional en el que se presenta. Más que hablar de poder *per se*, habla de *poder relacional*, o un poder que se “muestra” a través de las interacciones diarias, en las prácticas sociales institucionales, en los discursos, en la forma en que se estructuran las relaciones entre las personas, en el uso del espacio físico en la arquitectura, en las Instituciones y en la creación de formas de pensar o formas de construir subjetividades y formas de conocimiento.

Existen otras ideas importantes en el trabajo de Foucault acerca del poder, ampliamente relacionadas con el campo de la violencia intrafamiliar; su potencial positivo se opone al concepto tradicional de concebirlo como una fuerza negativa que reprime y controla. Se refiere al poder como una fuerza que produce discursos; introduce la idea de *resistencia* que solamente puede entenderse en el nivel local de las prácticas diarias, en las interacciones acerca de discursos particulares y, en la lucha diaria por negar definiciones particulares de subjetividad y clamar por diferentes subjetividades (Flaskas & Humpreys, 1993).

Explicar lo que se entiende por poder, implica hablar de *relaciones de poder*, pues el poder se encuentra en todo tipo de relaciones humanas (en donde uno intenta dirigir la conducta de otro), pueden observarse al interior de una familia, en relaciones laborales, etc.). Su característica primordial es que son relaciones móviles, reversibles, inestables, susceptibles de modificar. Para Foucault las relaciones de poder existen en tanto haya sujetos libres o exista algún tipo de libertad de las dos partes y por lo tanto posibilidades de resistencia; de huida, de engaño, de estrategias de inversión de la situación y resistencia violenta. No se puede hablar de este tipo de relaciones si uno de los dos estuviera a disposición del otro y se convirtiera en un objeto en el que se pudiera ejercer una violencia ilimitada.

Hablar de relaciones de poder, nos remite a los conceptos de hechos o estado de dominación, que son las que ordinariamente se han denominado poder, pero es preciso no confundir. En el hecho o estado de dominación, las relaciones de poder son rígidas y estables; el margen de libertad es bastante limitado y las resistencias no alcanzan a invertir la situación. Las relaciones de poder implican juegos estratégicos entre libertades que hacen que unos intenten determinar la conducta de los otros al tratar que su conducta no se vea determinada por ellos. Por el contrario, entre los juegos de poder y los estados de dominación, están las tecnologías gubernamentales que incluyen desde la manera de “gobernar” a la mujer, a los hijos, hasta a una institución. El análisis de estas tecnologías es necesario para entender cómo se establecen y mantienen frecuentemente los estados de dominación (Foucault en: Desatnik, 1997).

Para este autor, hay una diferencia entre las relaciones de poder y la violencia; la primera se define como un modo de acción que no actúa directa e inmediatamente sobre los otros, actúa sobre sus acciones, una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales, presentes o futuras. Una relación de violencia actúa sobre un cuerpo, sobre cosas; fuerza, somete, destruye. Cuando enfrenta una resistencia intenta minimizarla, aquí existe un sujeto sometido y dominado por otro (Foucault, 1988).

El *control* para Foucault, es un mecanismo del poder al igual que la regulación, la gestión y la vigilancia, éstos se encuentran estrechamente relacionados con el concepto de hechos o estados de dominación, que a su vez incluyen las llamadas tecnologías gubernamentales (la manera de “gobernar” a la mujer, a los hijos, a una institución, etcétera). Para entender cómo se establecen y mantienen los estados de dominación es necesario hacer una revisión de dichas tecnologías, en las formas de sometimiento, conexiones y utilidades locales, a través de las que el poder excluye, reprime, controla.

El estado de dominación se presenta cuando un individuo o grupo social bloquea un campo de relaciones de poder, lo que las inmoviliza impidiendo la mínima reversibilidad de movimiento. En los estados de dominación, las relaciones de poder, en lugar de ser inestables y permitir a los diferentes participantes una estrategia que las modifique, están fijadas y bloqueadas. Las resistencias no alcanzan a invertir la situación.

Por este procedimiento justifica la existencia de los aparatos de vigilancia y el castigo, que a su vez legitima formas de conocimiento, que no son construcciones ideológicas y que producen instrumentos de acumulación de saber por medio del control a través de diversas tácticas como la mirada, la represión y la exclusión, por ejemplo (efectos negativos del poder). Asimismo, una de las dimensiones de los mecanismos de poder se refiere al saber y la verdad; los efectos de la verdad producidos y transmitidos por el poder. Verdad discursiva que a su vez reproduce sus mecanismos por medio del saber. (Foucault, 1976).

La verdad y el saber, como aspectos positivos del poder, devienen de las prácticas discursivas generadas en un contexto sociopolítico dado, éstas prácticas califican lo que debe considerarse como verdadero o falso en dicho contexto y confiere un estatus para quienes las detentan. Para ello, se acuerdan las estrategias para obtenerlas y los castigos para quienes se aparten de la verdad, éstas, al transmitirse silenciosamente, conllevan efectos de poder (Foucault, 1971).

Puede verse que la verdad y el saber contienen en sí intereses de todo tipo (entre los que se incluyen los políticos y económicos) que son necesarios para el correcto funcionamiento del status quo, es así que se pueden “inducir efectos de verdad con un discurso de ficción” (Foucault, 1977, p.162). De esta forma, el discurso que se ha “ficcionalizado” crea algo que no existe todavía, pero que puede volverse real a través de la ficción. Este discurso se vuelve dominante y tiene efectos reales en la vida, conducta, deseos y pensamientos de las personas.

La verdad y el saber o los saberes transmitidos mediante el discurso del poder actúan muchas veces de manera positiva y represiva; funcionan como un juego de exclusión, la exclusión como una forma de control para los que no tienen derecho a éstos, lo cual está determinado por el discurso dominante del poder.

Para Foucault (1971), no se trata de combatir la verdad por sí misma, así como tampoco deslindarla de todo sistema de poder (lo que no sería posible); se trata entonces de separar la verdad del poder a través del cuestionamiento de las normas hegemónicas, sociales, económicas, culturales, en el interior de las cuales funciona. En cuanto al saber (que interviene en reflexiones, relatos y hechos cotidianos (Foucault, 1970), su existencia permiten el surgimiento de contrasaberes o movimientos alternativos, que son útiles para reconocer y deconstruir los puntos de apoyo por los cuales se mantienen y perpetúan las verdades y saberes dominantes del poder de clase.

Tal deconstrucción es posible mediante una crítica local (acorde a la lógica microscópica del poder) del saber que se considera verdadero. A su vez se propone una revalorización de los saberes sometidos o saberes que se han hecho invisibles o son ocultados por el discurso del poder. En este tipo de saberes se encuentran los que se derivan de la tradición regional, popular y de las clases consideradas inferiores como los saberes de las mujeres, los adultos mayores, los discapacitados, de las personas en extrema pobreza que son clasificados como inferiores por el discurso global por que no cumplen con los requisitos de cientificidad.

El *género*, en un sentido descriptivo, es la red de creencias, actitudes, valores, conductas y actividades que hacen diferentes a hombres y a mujeres. Esta diferencia se debe a un legado histórico de construcción social que, además de distinguir entre el género masculino y el género femenino, implica desigualdades y jerarquías entre ambos. Los estudios de género denuncian “la lógica binaria” con que se percibe a la distinción entre los sexos. Esta lógica se entiende en términos de “o lo uno o lo otro”, un arriba (alguien superior) y un abajo (alguien que queda sin valor). Es evidente suponer quién es *el* superior y quién *la* inferior en esta relación.

Como categoría de análisis, ha sido objeto de diversas formulaciones, entre las que se encuentra lo que se conoce como “estudios de género” y, que de acuerdo a Burin y Meler (2000, p.22) es el “...segmento de la producción de conocimientos que se han ocupado de este ámbito de la experiencia humana: las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o mujer en cada cultura y en cada sujeto...”.

Desde una perspectiva feminista, el género es considerado básicamente como una categoría “espiritual”, que en cada cultura prescribe una división artificial del mundo en masculino y femenino. Propone que la mayor parte de “los lenguajes” se elaboran de manera generizada; todos los elementos significativos del mundo social, natural y espiritual están lingüísticamente diferenciados por el género, inclusive, las diversas mitologías de la mayoría de las culturas dependen de manera importante de símbolos y deidades generizados.

La construcción de los géneros y la diferencia entre éstos no es un simple proceso psicológico o un rol social; es también un principio universal de la vida cultural que se manifiesta en la psique individual, la estructura espiritual y la ideología de una sociedad (Young, 1984; en: Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1996).

Los *estereotipos de género*, son un conjunto de creencias en torno a lo que significa ser mujer u hombre, en donde se incluye información acerca de la apariencia física, las actitudes y los intereses, aspectos psicológicos, las relaciones sociales y las ocupaciones de los seres humanos (Golombok y Fivush, 1994). En algunas culturas (como la nuestra), este conjunto de creencias tiende a rigidizarse y conservarse a lo largo de la vida e incluso de generación en generación.

Este *discurso* ha implicado relaciones de subordinación en donde instituciones como la religión, diferentes disciplinas científicas entre las que se encuentran la Medicina y la Psicología, entre otras y los aparatos jurídicos, han tenido un peso muy importante en el “moldeamiento” de la identidad masculina como *la que está arriba* y a la femenina como la que *debe estar abajo*, lo cual se cumple, de forma real y simbólica en el día a día de hombres y mujeres, sin importar raza, edad, clase socioeconómica, estatus educativo, poder adquisitivo, etcétera.

Independientemente de lo anterior, hombres y mujeres son socializad@s de manera diferente desde antes de nacer; el mundo al que “llegan” al nacer es un mundo *diferente*, dividido más que artificialmente, pues esta “artificialidad” se materializa en el yo, en las prácticas y relaciones familiares, sociales y culturales, momento a momento. Hay un mundo femenino y uno masculino. El de las mujeres es el de “puertas adentro”; todo lo vinculado con la intimidad, los afectos, la maternidad, la familia, lo pasivo. El de los hombres es el de “puertas hacia fuera”, lo social, lo rudo, lo agresivo, los logros, en donde hasta la paternidad es algo que puede adoptarse como “elección”.

Este mundo es un lugar en donde lo masculino se privilegia por encima de lo femenino que a su vez se desvaloriza. Al ser las relaciones entre mujeres y hombres, relaciones sociales, son, por ende, generizadas con base en relaciones de poder, el cual se

ejerce a cada momento y encuentra un punto crítico cuando se ejerce de forma violenta. Al respecto, se propone que esta conformación de lo individual y lo social, que se despliega en todas las interacciones interpersonales, se lleva a cabo en la familia y en la sociedad a través de los denominados programas de feminización y masculinización.

Por *programa de feminización*, se entiende a la forma en que se educa a las mujeres, con la expectativa de que la meta principal en la vida sea cuidar de otros, por lo que la mayor parte de las actividades llevadas a cabo, casi independientemente del ámbito en que se desenvuelvan (familiar, laboral, pareja, maternidad), conducen al cuidado y engrandecimiento de los demás y no de ellas, lo cual resulta egoísta hasta para ellas mismas. Gran parte de su valoración se asocia con el hecho de dar, que a su vez proporciona grandes satisfacciones, pero el precio que se paga por ello es muy alto, frecuentemente tienen que depender de los otros, especialmente de los hombres. Esta dependencia puede ser económica hasta llegar a lo emocional, lo cual las expone en grandes riesgos ya que las coloca en un desequilibrio en términos de poder, estatus y autoridad. Además, los valores inculcados como afectuosidad, empatía, entre otros, son generalmente desvalorizados y desestimados dentro y fuera de la casa, poniéndolas en desventaja con los hombres (Papp en: Walters, et.al., 1996).

El programa de *masculinización* es, por supuesto, más benévolo con los hombres; el sentido de sí mismo que ellos desarrollan se basa principalmente en el logro y no en las relaciones personales. Para ellos no es esencial dar a los demás, pues el no hacerlo no constituye una proporción tan alta de su autoimagen como para las mujeres. Su autoimagen está más conectada al hacer, y su identidad (que no excluye el ser padres y esposos) está más relacionada con el trabajo fuera de casa. Aunque también tienen que pagar un precio, que es el tener que suprimir sus emociones, ocultar sus sentimientos y muchos de ellos desarrollan una conducta defensiva; inclusive, algunos hombres se sienten amenazados ante la cercanía emocional, especialmente con una mujer, a quien pueden ver como una trampa o impedimento; por esto piden a las mujeres aquello que temen dar o recibir ellos mismos (Botinelli, 2000).

Como puede verse, estos programas de masculinización y feminización basados en los estereotipos de género conducen a un desequilibrio de poder que configuran el establecimiento de las relaciones y papeles que hombres y mujeres juegan en sus interacciones cotidianas, y que en extremo, al posicionar al hombre por encima de la mujer, legitiman y naturalizan la violencia que ejercen hacia las mujeres y l@s niñ@s.

La violencia para Foucault puede abordarse como una relación intersubjetiva donde se da el ejercicio de la fuerza a través de la cual una persona obliga a otra a que haga lo que ésta última no quiere hacer, lo que implica el abuso de la fuerza para evitar que alguien haga uso de su Libertad. La categoría de relación de fuerzas nos refiere a las relaciones de poder y dominación. En la violencia aparece una fuerza que tiene como propósito inmediato aniquilar al/la otro/a; no hay posibilidades de reacción. La violencia, a diferencia del poder, no actúa sobre individuos libres, al suprimir al otro/a a través de prácticas repetitivas (Araujo y Fernández, 1993 en: Desatnik, 1997).

Sin embargo, al pensar en la violencia sólo como producto de una determinada relación familiar, o más aún, como un problema individual, se pierde de vista el contexto social, cultural y político en el que se encuentra la familia y del cual forma parte; este contexto la estructura y legitima al mantener un discurso que privilegia sus prácticas a través de los diferentes canales de la cultura e instituciones como la misma familia, la sociedad, los medios masivos de comunicación, entre otros. Pensar en la violencia intrafamiliar como algo (propio de la familia) “despoja” a la violencia de su magnitud y consecuencias reales; por ejemplo en la salud de la población, observamos que la violencia promueve, actualmente, mayor número de muertes que las enfermedades cardiovasculares, sin negar el impacto que ocasiona en la salud física y emocional de los actores y víctimas o testigos de violencia que, generalmente, son los niños y las personas mayores (Aumann e Iturralde en: Corsi, 2003).

La *violencia intrafamiliar*, como una subforma de violencia de género es también un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de quienes la sufren. Muchas culturas tienen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y por ende perpetúan la violencia contra la mujer; los mismos actos que se castigarían si estuvieran dirigidos a un empleador, un vecino o un conocido, suelen quedar impunes cuando el hombre los dirige a la mujer, especialmente en el seno de la familia (Heise, Ellsberg, y Gottemoeller, 1999).

Precisamente debido a que la violencia intrafamiliar es sólo una de las manifestaciones de la violencia social o estructural y para su comprensión y abordaje se requiere el análisis de los diversos aspectos involucrados, además que los aportes hechos desde diferentes disciplinas resultan de alguna manera parciales, se ha recurrido a un modelo que permita un mejor acercamiento y comprensión al fenómeno.

El modelo adaptado para ello es el propuesto por Urie Bronfenbrenner que postula “que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas

como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica” (Corsi, 1994, p.49). Este modelo se considera el indicado para el análisis que se realizará en el presente apartado.

- **Macrosistema:** Se refiere a las formas de organización social, los sistemas de creencias y estilos de vida prevalecientes en una cultura o grupo social en particular. Son patrones generales que impregnan los distintos estamentos de una sociedad, como por ejemplo, la cultura patriarcal.
- **Exosistema;** Está compuesto por la comunidad más próxima, incluye instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad.
- **Mesosistema:** Se refiere a las interrelaciones de dos o más entornos en los que se participa activamente. Se dice que el mesosistema es un sistema de microsistemas, debido a que los procesos se producen a través de los límites de los contextos inmediatos (micro y exosistemas).
- **Microsistema:** En éste se incluyen las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona. En éste, se considera a la familia como una estructura básica del microsistema.

Desde una perspectiva ecológica se toman en cuenta simultáneamente los distintos contextos en que se desarrollan los integrantes de la familia y se refiere, en concreto, a los contextos o sistemas *Macro*, *Exo*, *Meso* y *Micro*. Este modelo originalmente fue propuesto para investigar el desarrollo humano e incorpora el estudio de los diferentes contextos en que se desenvuelven las personas y es retomado en el campo de la violencia, para lo cual fue necesario incluir el nivel individual en el modelo, de cuyo nivel se consideran además cuatro dimensiones psicológicas interdependientes: *cognitiva* (comprende las estructuras y esquemas cognitivos como las formas de percibir y pensar el mundo que constituyen el modelo individual o estilo cognitivo personal); *conductual* (o el repertorio conductual de la persona); *psicodinámica* (dinámica intrapsíquica en diferentes niveles, desde emociones y ansiedades hasta manifestaciones inconscientes) y, *la interaccional* -pautas de relación y comunicación interpersonal- (Monzón en: Corsi, 2003).

FAMILIA Y VIOLENCIA

La familia, vista casi desde cualquier ángulo (como sistema, como institución, etcétera) ha sido concebida “desde su creación”, como una serie de relaciones encarnadas en los diferentes miembros que la integran, con los que se establecen vínculos y afectos

de diferente intensidad. Vínculos y afectos que de manera relacional se entretrejen en la trama diaria desde que se nace hasta que se muere. (Macías, 1995).

Generalmente se habla de la familia como un espacio seguro, integrado por personas que deben proporcionar amor, cuidados y protección (principalmente el padre y la madre en el caso de la familia nuclear). Más aún, en el caso específico del vínculo entre la pareja, a lo anterior se suman expectativas de intimidad y entrega y conciencia física y emocional. Sin embargo, en muchas familias, todos estos aspectos coexisten y se entrelazan con el temor, el maltrato, el abuso físico, sexual y psicológico, ya que el ejercicio de la violencia en el contexto de la familia trasgrede los límites de estos vínculos colocando a las personas en doble vínculo del que puede ser muy difícil escapar.

Las personas se ven atrapadas en relaciones en donde las conductas violentas de diversa índole e intensidad son desplegadas por alguien querido e importante en su contra (el padre o la pareja), a la vez que ese alguien le proporciona también cuidado y afecto, “a la angustia, el temor y el estrés producto del maltrato se agrega la confusión que dificulta a la víctima la validación de las emociones y juicios propios e inhibe su capacidad para implementar acciones que la resguarden del daño. La importancia otorgada al mantenimiento de ese vínculo afectivo conduce a la vergüenza por la situación vivida, a su ocultamiento y a un continuo de marchas y contramarchas en el accionar frente al agresor que resultan poco eficientes para establecer nuevas pautas conductuales en las que la violencia esté ausente” (Fassler en: Araujo, Desatnik y Fernández, 1999, p.255).

En las familias en donde hay violencia se reproduce la organización jerárquica de los macro y exosistemas, con papeles de género rígidos, un sistema de poder organizado para conformar relaciones de dominación-subordinación. Estos aspectos promueven el abuso y el maltrato, el cual se “transmite” de generación en generación dañando a tod@s los/las involucrad@s, en el ciclo ya conocido, generando la tríada amor, violencia y culpa.

En estas familias el empleo de la fuerza se ha constituido en un método posible para la resolución de conflictos interpersonales, en un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo. La violencia busca eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder mediante el control de la relación obtenido, precisamente a través del uso de la fuerza. En la violencia existe un cierto desequilibrio de poder permanente o momentáneo (definido cultural o contextualmente, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación. La violencia puede darse de manera

simbólica; ejercida a través de la palabra, que se ha utilizado para encubrir, ocultar o engañar), esto se conoce como *mistificación*.

La violencia puede llegar a ser “un monstruo de mil caras”, una problemática con muchas aristas: el impacto en la salud física y emocional de quienes la sufren, las dificultades en el establecimiento de vínculos y relaciones de pareja en quienes han sido víctimas de abuso sexual, el doble vínculo en las interacciones de los protagonistas y testigos de violencia que a su vez crea confusión en las relaciones entre víctimas y agresores, el poder destructivo de la violencia psicológica que deteriora la resistencia física y emocional de las víctimas, la fuerza de los mitos y prejuicios en el mantenimiento de la violencia, la influencia de la cultura patriarcal en la perpetuación de la violencia a través de las generaciones, el papel de la familia en el “moldeamiento” de futuros agresores, la violencia doméstica como una forma de abuso psicológico hacia l@s niñ@s, la responsabilidad de las instituciones en la falta de estructuras políticas, económicas y de asistencia y protección a las víctimas de violencia, la falla de las autoridades para dar respuesta a los feminicidios y muchas otras más que escapan y rebasan la realización del presente trabajo.

Para hacer el siguiente análisis se retoman sólo algunas de “esas caras” de la violencia. En principio puede decirse que en las cuatro familias con las que se trabajó es posible identificar una estructura autoritaria, que de acuerdo a Ravazzola (2003), es la más efectiva para perpetuar la violencia en tanto que enmascara su condición jerárquica. Una estructura autoritaria está basada en la desigualdad basada en el género, en una inequidad del poder. En las cuatro familias puede identificarse abuso físico y psicológico.

Cabe mencionar también, que en los tres primeros casos se trabajó con el Modelo Estructural (Minuchin, 1989; Minuchin & Fischman, 2002), utilizando principalmente técnicas para modificar la estructura y cuestionar la realidad familiar y en el cuarto caso, se utilizó el Modelo de Narrativa (White & Epston, 1993). En los cuatro casos se utilizó también el enfoque de género que fue de suma utilidad para ayudar a analizar los aspectos sociales, culturales y políticos involucrados a nivel macro y micro.

En el caso particular de la familia Salas Fuentes, a la madre, Ernestina, el programa de feminización (Papp en: Walters, et al.,1996), la llevó a convertirse en alguien al servicio de su esposo, de quien fue víctima de maltrato físico y emocional, violencia que se detuvo hasta su muerte; este vínculo violento propició que la hija, Alicia, fuera una más de l@s testigos de violencia y por ende, abusada psicológicamente. El abuso vivido durante varios años fue minando la resistencia física y psicológica de la madre,

quien, al morir el esposo y como parte del duelo y de una autodestrucción se refugió en las drogas, abandonando a su hija (revictimizándola de nuevo de forma negligente).

Como se mencionó, esta familia llegó a terapia por la sintomatología que presentó Alicia posterior al asalto sufrido, que correspondía al síndrome por estrés postraumático. Sin embargo, resulta interesante observar cómo un suceso violento externo, “conectó” esta violencia situacional con la violencia que vivieron madre e hija con el padre y que, más que llevar a terapia los síntomas actuales de Alicia (que habían ido disminuyendo considerablemente debido a la intervención temprana por parte de la psicóloga de la escuela y las primeras intervenciones) fueron las dificultades entre ambas mujeres el objetivo en que se focalizó el tratamiento.

Se enfocaron las dificultades entre una madre adicta y una hija adolescente. Una madre que, al morir el padre, se relacionó nuevamente con un hombre que también la violentó, induciéndola a las drogas, al que finalmente logró dejar, no así la adicción. En el momento de la terapia tenía una nueva relación de pareja, con un hombre que, al parecer, no utilizaba la violencia como forma de relacionarse con ella.

La relación entre madre e hija era bastante tirante por momentos, lo que las llevaba a alejarse y a sufrir por la distancia emocional entre ellas. La madre mencionó que su hija aún no le perdonaba haber soportado el maltrato del padre, al que la hija defendía y lo eximía de ese maltrato; toda la culpa recaía en Ernestina que tenía problemas para negociar límites con la hija, quien todavía le reprochaba haberla dejado sola “cuando más la necesitaba”.

En el caso de Ernestina y la mayoría de las mujeres que se quedan con una pareja que abusa de ellas (entre las que podemos contar a Esperanza y a Elena) si bien resulta complicado para ellas mismas explicarse por qué permanecieron en un vínculo de abuso y maltrato, lo es más aún cuando se trata de dar explicaciones a l@s hijas. Se puede mencionar a Young (1984 en: Walters, et al.,1996) en cuanto a la construcción de los géneros, él dice que más que un simple proceso psicológico o un rol social, el género es un principio universal de la vida cultural entretejido en la psique individual.

Esto es, que desde muy niña, a Ernestina, como a la gran mayoría de las mujeres, se le dijo y aprendió que su valía personal estaba en función de la valoración de un hombre, que su sentido de valor propio sólo se vería justificado cuando tuviera un hombre a su lado que se lo estuviera reafirmando día con día y por si fuera poco, que debía retener a un hombre para sólo así conformar una familia, a costa de lo que fuera

(maltrato, abuso, pérdida de la identidad y hasta la muerte); ésto la llevó a soportar años tras años el maltrato.

También es cierto que en toda relación de maltrato existen periodos en donde la violencia “se ausenta” de la relación; se vive un periodo de calma y tranquilidad real y aparente; sin olvidar que en toda relación se entrelazan el amor y la violencia. A esa continuidad en los periodos de calma y tensión, Walker (1979 en: Dutton & Golant 1997) le llamó el círculo de la violencia, dada la descripción de mujeres víctimas de malos tratos, en donde se podía identificar un proceso cíclico de acumulación de tensión y descarga violenta que incluye tres fases: a) acumulación de tensión, b) la de explosión con violencia física y c) la de arrepentimiento y ternura, ésta última fase conocida también como “la fase de luna de miel”.

Muchas mujeres no abandonan a las personas que las violentan, entre otros factores, debido a la falta de una estructura social y legal que les proporcione seguridad y protección en caso de salirse de casa (condiciones del macrosistema). A nivel del microsistema se encuentran con restricciones y prohibiciones de sus familias de origen y del entorno social más cercano para quedarse con quien las violenta, incluyendo a los propios hi@s, quienes ejercen una fuerza importante para retener a la mujer.

A nivel individual, los conceptos de *mistificación* y *hechizo* resultan útiles para entender más que el por qué, la manera en que una mujer queda atrapada en un vínculo de violencia; su percepción de la realidad ha sido alterada debido al “lavado de cerebro” que vive cotidianamente, los trescientos sesenta y cinco días del año, que se observa en la alteración de su propia identidad, que no le permiten distinguir entre los actos violentos y lo que podría ser una conducta amorosa. Asimismo, los efectos del programa de feminización que lleva a las mujeres a ponerse en segundo lugar, privilegiando a los hombres y a l@s hij@s, no tomando en cuenta sus propias necesidades, le lleva a permanecer en un vínculo de maltrato que la puede llevar a la muerte.

En el exosistema, instituciones como la religión y la iglesia tienen un papel culpabilizador sumamente importante para el caso de querer hacerlo; no es posible olvidar que “el matrimonio es para toda la vida”, aunque en ocasiones las mujeres la pierdan al permanecer en él. Existe además la carga social de “estar separada” del marido, ya que es importante recordar que su valía personal y en gran medida su autoestima han sido construida en tanto tenga a su lado a un hombre (Najera en: Jenkins, 2001).

No parece difícil pensar que los constantes problemas entre madre e hija y la dificultad de la primera para negociar límites con Alicia, amén de reflejar parte del conflicto relacionado con la etapa del ciclo vital por el que pasaba esta familia, estuvieran conectados directa e indirectamente con la incompresión (bastante comprensible) de la hija hacia la madre y viceversa, como protagonistas y herederas de una historia familiar de violencia que tal vez estuvieran “reviviendo” en los conflictos diarios (Botinelli, 2000).

La hija, sin poder comprender el doble abandono de sus padres (uno por haber muerto y otra por refugiarse en las drogas y nuevamente en una relación de abuso), reprochaba a la madre su adicción, sin saber que, como consecuencia de las múltiples secuelas del maltrato, la madre desarrolló depresión y muy probablemente se sentía culpable por varias razones, lo que la llevó a autodestruirse a través de la adicción (Corsi, 2003).

La madre por su parte, inmersa en tantos problemas, tal vez no tomaba en cuenta las consecuencias del maltrato vivido por la hija, pues se sabe que, generalmente, el presenciar golpes hacia la madre o a ellos mismos por defenderla, el escuchar el sonido de la puerta de entrada como preludeo del maltrato, el ver que el padre da puñetazos a la pared, el olor de la sangre de alguno de los padres, etcétera, han sido hasta hace poco tiempo considerados como formas de abuso psicológico a l@s hij@s, por lo que tales vivencias de temor y terror son frecuentemente descalificadas, lo que contribuye a aumentar el sufrimiento y a crear en l@s hij@s diferentes problemas a corto, mediano y largo plazo que se materializan en las interacciones con las personas (Rossman & Rosenberg, 2000).

En esta familia el trabajo con el modelo estructural y el enfoque de género contribuyó a potenciar los recursos con los que contaban madre e hija; a pesar de su historia, se le reconoció a la madre haber actuado de una forma “ejecutiva” por buscar ayuda para la hija, primero en la escuela y después en la clínica, acompañarla a las sesiones con la disposición para trabajar los aspectos que podían contribuir a que ambas salieran adelante. Un punto importante en este proceso fue el establecimiento de una alianza entre la madre y la hija que sirviera de base para la construcción de nuevas formas de relaciones entre ambas, al interno del sistema y fuera de éste.

Por lo que hace la segunda familia, la pareja conformada por Natalia y Fernando, es interesante mencionar que al solicitar el servicio, ella en ningún momento mencionó o identificó algún tipo de violencia en su matrimonio ni relacionó la depresión y el intento de suicidio con ésta. Más bien el intento de suicidio ocurrido dentro del primer año de

matrimonio, puede tomarse como una forma de escapar de una situación a la que no podía hacer frente por el doble vínculo; mantener la unión sabiendo que no estaban unidos y a la vez estar atrapada en una relación de poder de la que le era difícil salir. La depresión durante y después de la separación, puede concebirse de dos maneras, cualquiera de ellas asociadas al maltrato; como una respuesta a expectativas de pareja no satisfechas y como consecuencia de la indiferencia reiterada de su pareja, como una forma de violencia.

Es natural que muchas mujeres no identifiquen la violencia y en consecuencia no puedan salir de un vínculo violento aunque “sepan” que la relación no está funcionando, debido a la confusión y alteración de su estado de conciencia por el daño a su identidad (*mistificación*). Atrapadas en una relación en donde se alternan periodos de agresión y reconciliación, el abuso y particularmente el abuso psicológico, descalificaciones constantes y reiterativas que las conduce a la culpa y a la impotencia, al presentarse en contextos cotidianos se “normaliza”, inclusive se “invisibiliza”, descalificando la experiencia de las mujeres quienes experimentan sentimientos y estados de ánimo encontrados como el miedo, la desesperación, el enojo y depresión.

Las expectativas de Natalia se relacionaban con una serie de creencias muy extendidas en las mujeres; concebir al matrimonio y a una pareja como parte de un plan de vida definitivo (otra parte son los hijos), lo cual se veía reforzado por la familia de origen. Para los padres y hermana de Natalia era importante el matrimonio y el “estatus” que con él adquieren las mujeres, creencias que ella había interiorizado y que a la vez la hacían sufrir, dada la imposibilidad de cumplirlas.

Parecía ser que para Natalia y su familia de origen (conformada por sus padres, la hermana mayor y hermano menor), el matrimonio constituía la única forma en que las mujeres podían independizarse; al “fracasar” éste, la familia de Natalia consideró “normal” que ella regresara a su casa y continuara bajo su tutela, al faltarle la tutela de Fernando. Es así que reprobaban los planes de Natalia en cuanto a irse de la casa familiar y vivir sola, como parte de la presión social hacia las mujeres para vivir en pareja (McGoldrick, Anderson y Walsh, 1991).

Para Natalia, el matrimonio se convirtió en un espacio vacío; ella esperaba que Fernando fuera un hombre que le brindara amor, cuidado y protección, sin embargo él no pudo o no quiso dárselos y a cambio de ello, Natalia recibió su indiferencia y abandono emocional. Inclusive cuando atentó contra su vida, asociada a la

invalidación de sus sentimientos, que fue minando su autoestima, lo que constituyó una secuela del abuso psicológico (O`Leary & Maiuro, 2001).

La terapia con Natalia estuvo dirigida en gran parte al proceso de empoderamiento; la habilitación emocional e instrumental para tomar sus propias decisiones, ser consciente de la influencia que las premisas de género familiares y personales tuvieron en su proceso de autodestrucción y la importancia de reconstruirse a sí misma.

La tercer familia: Esperanza, Uriel y su hijo Uriel, es una familia en donde la violencia tuvo diversas manifestaciones; violencia psicológica a través de descalificaciones y humillaciones e infidelidad por parte del esposo, así como violencia económica. En el momento de la terapia, estaban viviendo un proceso de divorcio con la consecuente triangulación de Uriel. A diferencia de las mujeres anteriores, Esperanza sí identificó la violencia en su relación, sin embargo, en el proceso de divorcio emocional que estaba llevando a cabo e involucrada en gran medida en ello, no podía ver el maltrato de parte de ambos hacia Uriel.

Involucrada en “una guerra” con su esposo por la custodia de su hijo, ella reproducía y perpetuaba patrones de interacción en la relación con este último en donde, sin querer por supuesto, trataba de mantener a Uriel alejado de su padre y de la familia de éste, al tiempo que alentaba un mayor apego hacia su familia de origen, espacio en donde Uriel escuchaba frecuentemente comentarios negativos de su padre, comentarios a los que se sumaba en una forma de identificación con su madre al haber sido también abandonado. El padre, por su parte, aparentemente desconectado de todo lo anterior “cómodamente” se dedicaba a su nueva familia, de acuerdo a las palabras de la madre y el hijo.

Esto constituye una forma de maltrato parento-filial definido por Linares (2002) como maltrato psicológico producido en un contexto relacional triangulado; la triangulación “implica la incorporación de los hijos, o de alguno de ellos, a los juegos relacionales de los padres, fenómeno que se suele producir mediante alguna modalidad de alianza transgeneracional” (Minuchin, 1974 en: Linares, 2002, p.28).

En este tipo de maltrato, los padres “invitan” a los hijos por diversas vías; la seducción, el soborno, la amenaza, el premio, el castigo, la desorientación y otras más. Para que se dé una triangulación se requiere de problemas en la relación conyugal que no pueden ser resueltos adecuadamente por los miembros de la pareja, y una parentalidad que supone un interés directo de los padres por los hijos.

En el caso de esta familia, Esperanza triangulaba a Uriel al utilizar la desorientación; daba información negativa acerca del padre. Gran parte de la terapia estuvo dirigida a modificar la estructura familiar, tratando de que la madre asumiera las funciones ejecutivas para que Uriel tuviera más tiempo para sí, sin tener que estar preocupado y ocupado por lo que pasaba entre sus padres, promoviendo a su vez una “reconciliación” a distancia con su padre, un padre, que a su vez, lo había abandonado emocionalmente (Linares, 2002).

Es importante mencionar que en muchas formas de maltrato, los padres no están conscientes de ello y es posible que tampoco sea su intención hacerlo, aunque esto no les resta responsabilidad en los efectos producidos en l@s hij@s. Tal es el caso de Esperanza, quien estaba viviendo el proceso de separación con mucho dolor y culpa (ya que su esposo tenía una nueva pareja), por haber soportado el maltrato y por querer todavía a su esposo. Uriel por su parte, maltrataba al no propiciar un acercamiento físico y emocional con su hijo.

En la cuarta familia, la violencia estaba tan identificada que fue el motivo de consulta. En este caso al principio se habló de *violencia cruzada*, ya que Raymundo y Elena empleaban conductas agresivas como modalidad vincular, pero para diversos autores, al trabajar con familias en donde hay violencia, debe tenerse mucho cuidado en las conceptualizaciones, pues el que una mujer utilice la violencia en la relación, se debe a los años de violencia que ha padecido; la violencia no es justificable sino como autodefensa. En la misma línea, los protagonistas del acto abusivo no están en igualdad de condiciones en cuanto a jerarquía y posición de poder. La sociedad crea un contexto en el cual las mujeres no pueden elegir libremente los roles a desempeñar y por lo tanto las limita a convertirse en agentes causales (Sonkin, Del Martín y Walker, 1985 en: Corsi, Dohmen, Sotés y Bonino, 2002, Desatnik, 1997).

Aunque existen mujeres que golpean a sus esposos, la proporción es mucho menor comparada con los hombres que golpean. Muchas mujeres, como Elena llegan a ser agresivas como una forma de resistencia que sólo puede ser entendida como un accionar en defensa propia. Sin embargo, aunque el origen sea comprensible, la violencia tiene finalmente efectos negativos en las personas y en las relación. En cambio, la violencia masculina es un acto instrumental (de hecho es un método eficaz de control social), ya que por medio de la violencia los hombres, como Raymundo, amplían sus áreas de privilegio en una relación en donde utilizan diferentes técnicas de control e intimidación además de los golpes. Esto puede manifestarse por ejemplo, a través de un pequeño cambio en el tono de voz o una expresión facial, que ellos *eligen* utilizar.

La violencia también puede ser entendida como un acto impulsivo, en el cual algunos hombres experimentan una sensación de “perdida de control de sí mismos y sus actos”, que puede ser real en ciertas situaciones, pero generalmente es una estrategia de control en la relación (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990).

En el caso de Raymundo y Elena había antecedentes de violencia en sus familias de origen. En el caso de Raymundo, su padre maltrataba a su madre quien murió cuando él era muy niño. La historia le fue contada y repetida a través del tiempo por sus hermanos; él, como muchos niños que crecen en este tipo de relaciones se metió en muchos problemas cuando era joven, siguiendo en casi todo momento “los mandatos familiares”. Elena por su parte, creció en una familia en donde las mujeres se encontraban la mayor parte del tiempo a la defensiva. Ella incorporó este modelo en su relación, que fue reafirmando con el tiempo debido al abuso de Raymundo; presentaba síntomas del estrés crónico que presentan mujeres víctimas de abuso reiterado, que en ella se reflejaban en constantes dolores de cabeza (Ravazzola, 2003).

Esta familia, al igual que la anterior, ejercía maltrato parento-filial, violentando psicológicamente a sus hijas, quienes frecuentemente eran testigos de la violencia entre sus padres. Existía una triangulación de ambas hijas por parte del padre, quien para ellas era “el bueno” y esto ocasionaba constantes conflictos y discusiones con la madre, en especial la mayor; esto es característico del maltrato psicológico asociado a la triangulación cuando la armonía conyugal fracasa, los padres “cambian sus prioridades” y de cuidadores y protectores exponen a l@s hij@s a las consecuencias del conflicto entre ellos. Estas hijas eran invitadas a participar en los juegos conflictivos y violentos de Raymundo y Elena como aliadas de su padre y antagonistas de su madre (Linares, 2002)

Es probable que la experiencia de haber sido testigos de violencia y en ocasiones víctimas de la misma, deje huellas difíciles de borrar en las hijas de esta pareja, en quienes se crea confusión y dolor al vincularse con unos padres que se agreden y las agreden a ellas, pero que al mismo tiempo son también unos padres amorosos (Velázquez, 2003).

En el caso particular de las mujeres que han crecido en relaciones donde existe abuso y maltrato, existe el riesgo de que incorporen modelos de relación a través de un aprendizaje de la indefensión que las ubica con más frecuencia en el lugar de quien es víctima del maltrato en las sucesivas estructuras familiares; a diferencia de los hombres, quienes se identifican con el agresor, incorporando en su conducta lo que

alguna vez sufrieron de forma pasiva cuando niños. Además, debido a la forma en que son socializados ambos géneros, son las niñas quienes llegan a atribuirse la culpa y la vergüenza por el abuso de sus padres (Ravazzola, 2003).

La terapia con esta familia estuvo dirigida hacia varios puntos: detener la violencia entre ambos padres, cuidando la integridad física y emocional de la madre y de las hijas al reducirse la violencia. El trabajo de deconstrucción de las premisas de género y el poder que ejercían en sus acciones, influyó notablemente en la relación de Raymundo y Elena. El empleo de medios escritos, como fue el pacto de no violencia, tuvo un impacto poderoso en ambos. El enfoque de género tuvo el propósito de ofrecer nuevas construcciones de sentido para ambos con el fin de construir nuevos vínculos en donde ya no fuera necesario entrelazar el amor y la violencia (Burin & Meler, 2000).

REFLEXIONES FINALES:

La violencia es un problema de salud pública, de justicia social y de derechos humanos que afecta a quienes la sufren en todos los ámbitos de su vida; en la salud, las relaciones familiares, sociales, a nivel individual, entre otros. La violencia, en todos sus niveles y manifestaciones, debe siempre analizarse tomando en cuenta el contexto sociopolítico en que se produce.

La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño, lo que remite al concepto de poder: un “arriba y un abajo” reales o simbólicos que se reflejan en roles complementarios. El empleo de la fuerza se convierte en un método para resolver conflictos interpersonales con la intención de doblegar y anular al otro. Implica buscar toda forma de eliminar los obstáculos que se oponen al ejercicio del poder mediante el control de la relación. Debe recordarse que la violencia contiene un cierto desequilibrio de poder, definido cultural o contextualmente, o que se produce por maniobras interpersonales de control de la relación.

La violencia intrafamiliar, como una forma de violencia de género, es una de las manifestaciones de la violencia social o estructural, que aumenta día con día mermando la calidad de vida de sus protagonistas y “hereder@s” de la sociedad misma. Para erradicar la violencia se requiere el análisis de los diversos aspectos involucrados (aspectos de género, poder, control, procesos de mistificación y naturalización, ciclo de la violencia, dificultad para identificarla, entre otros) y de estrategias de intervención provenientes de diferentes disciplinas y de instancias políticas, gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil que se refleje en discursos y prácticas sociales que incorporen aspectos de género

para deconstruir lo que debiera ser considerado como el viejo y obsoleto, aunque no por ello menos efectivo sistema patriarcal que pondera lo masculino por encima de lo femenino, que relega a las mujeres al espacio privado y privilegia a los hombres con el uso del espacio público y los beneficios que conlleva.

Este proceso de desconstrucción que debe darse a todos los niveles (individual, familiar, social, cultural) y estratos sociales, económicos, educativos; repercutirá en el proceso de empoderamiento de las mujeres y funcionará como factor protector para niños y niñas en su desarrollo personal. Instituciones como la familia y la educación, como factores centrales de socialización tienen un papel central en la construcción de una sociedad en donde exista un equilibrio de poder entre hombres y mujeres que se refleje en relaciones sanas, en donde la violencia no tenga cabida y los conflictos sean resueltos por vías alternativas.

Finalmente resta decir, que el trabajo con violencia, presenta grandes retos a l@s diferentes profesionistas, en donde la Psicología y principalmente la práctica terapéutica no es la excepción. El trabajo con familias en donde alguno de sus miembros es violentado por otro, de quien se espera cuidado, amor y protección, implica la preparación y el entrenamiento profesional que tienen que ver no sólo con el conocimiento y manejo de teorías y modelos de intervención.

El trabajo terapéutico con la violencia intrafamiliar implica a nivel teórico y práctico el romper el silencio e identificar y darle una identidad a la violencia, deconstruir las premisas de género y aprendizajes familiares que han contribuido a su construcción y perpetuación en hombres y mujeres. En los primeros resulta necesario que se responsabilicen de *su* violencia, en el caso de las segundas de su seguridad personal y la reelaboración de su autoestima a través del empoderamiento y construcción de redes sociales, el trabajo, la protección y seguridad de l@s hij@s y personas mayores y discapacitadas que son de la familia.

El abordaje de la violencia intrafamiliar a nivel personal requiere del entrenamiento y reflexión de la persona del/la terapeuta que tienen que ver también con preguntarse acerca de la forma en que dicha violencia lo “toca”, en saber hasta dónde es capaz de escuchar y comprender esos relatos de terror y amor que, aunque a veces no lo comprenda coexisten y se entrelazan de manera peligrosa. El/la terapeuta ¿tiene la capacidad y sensibilidad suficientes para no caer en el isomorfismo y no reproducir prácticas profesionales que violenten a las víctimas como lo ha hecho el agresor? ¿se ha detenido en su desconocimiento acerca de la problemática y en concientizar sus propios mitos y prejuicios acerca de la violencia, del por qué las mujeres permanecen

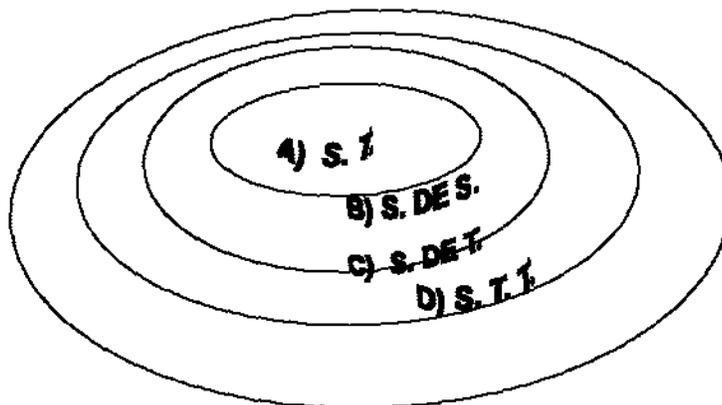
en una relación de abuso y a su vez abusan de sus hij@s, que a su vez lleva en muchas ocasiones al propio terapeuta a revictimizar o inclusive culpar a la víctima de la violencia ejercida en ella?

Creo que este último es uno de los retos más grandes, que no el único, a los que me enfrenté como terapeuta durante mi formación y entrenamiento en la Residencia de Terapia Familiar. Estas preguntas y retos forman parte importante de mi propio trabajo personal y se han convertido en los cimientos del trabajo que resta por hacer.

3.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL:

El Sistema Terapéutico Total es la inclusión de los diversos sistemas en juego dentro de un proceso terapéutico:

- A) S. T.** El Sistema Familiar y la Terapeuta conforman el Sistema Terapéutico.
- B) S. DE S.** El sistema o equipo de Terapeutas en formación y el sistema de Supervisión o equipo de supervisoras conforman el Sistema de Supervisión.
- C) S. DE T.** El Sistema de supervisión y la terapeuta conforman el sistema de terapeutas.
- D) S. T. T.** El Sistema Terapéutico más el Sistema de Supervisión conforman entonces el Sistema Terapéutico Total (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).



Este sistema está a su vez relacionado con otros sistemas más amplios, principalmente con personas, instituciones y organizaciones que constituyen su principal fuente de referencia y que frecuentemente se interesan y participan de lo que sucede en el Sistema Terapéutico Total por verse generalmente beneficiados (Aurón y Troya, 1988).

Es importante mencionar que la inclusión y relación entre los sistemas de referencia en un espacio con características particulares, como lo es el terapéutico, sólo es posible desde una visión circular derivado de una epistemología circular, recursiva; una cibernética de segundo orden, desde donde se propone que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros, de múltiples maneras, porque a cada acción y su reacción correspondiente, cambian de forma continua la naturaleza del campo en que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico (Hoffman, 1998).

Partiendo de la cibernética de segundo orden, la terapeuta deja de ser sólo una observadora, al margen del sistema familiar, para incluirse como una participante más dentro del sistema, este tipo de cibernética es conocida por ello como “cibernética de los sistemas observantes o cibernética de la cibernética” (Sluzki, 1987).

Una misma persona puede desempeñar y desempeña de hecho diferentes roles y funciones diferenciadas pero entrelazadas con un objetivo compartido por el sistema terapéutico total. Es a partir, precisamente, de estos diferentes roles y funciones que una misma persona desempeña que se hace el siguiente análisis y en especial mi reflexión sobre lo que viví durante el programa de la residencia en Terapia Familiar.

Formar parte del equipo terapéutico total tiene una connotación particular como estudiante del primer semestre, especialmente cuando se proviene de una formación y entrenamiento en un marco teórico diferente como es el cognitivo-conductual, acostumbrada además a desempeñar el papel “protagónico” (como terapeuta) casi desde el principio. Al iniciar la maestría se nos asignó el papel de observador@s, junto con mi equipo, cuya función fue observar el trabajo de los compañeros del segundo año.

Esta labor de observación, no obstante, distó de ser pasiva y reflexiva únicamente; consistió en retroalimentar a los terapeutas en su actuar con las familias y realizar, como equipo, reportes de las sesiones en donde se incluía el diagnóstico estructural

de cada familia observada. El papel de observad@r permite a tod@ estudiante en formación convertirse en terapeuta por un momento, al pensar qué sería aquello que haría o diría si estuviera frente a la familia y no detrás de ésta, en un lugar seguro y con poder.

La experiencia como observadora fue un foro de aprendizaje sobre la capacidad de maniobra del terapeuta, las distintas maneras de coparticipar y la forma de relacionarse con la familia. Proporcionó también un lugar para el desarrollo y práctica, sin asumir aún la responsabilidad total, de habilidades de comprensión y escucha y sin exponerse de manera directa a la situación terapéutica y frente a l@s consultantes.

Fue desde ese primer momento que como equipo nos relacionamos con el equipo de supervisoras y la supervisión en sí: un espacio de reflexión e integración tanto teórico como técnico y metodológico en el que se facilita el análisis de múltiples visiones, su función tiene que ver con la capacidad para relacionar y ver la multiplicidad de sistemas, sumado a la habilidad de transmitir y retroalimentarnos como terapeutas en formación. Supervisión que al principio de la Maestría me pareció un tanto atemorizante, inclusive intrusiva, pero que fue transformándose cualitativamente al ocupar el lugar de terapeuta, en donde fui adquiriendo seguridad, a la vez que experimenté con mucho menos poder que antes.

El saber que detrás de mí se encontraba el equipo de supervisión y el integrado por mis compañer@s me hacía sentir confiada al contar con su apoyo. Fui dejando atrás esa visión de intrusión y temor a la supervisión para hacerla mi aliada; a ello contribuyó mucho la información, retroalimentación y contención proporcionada por nuestras supervisoras, que, resta decir formaban un equipo entre ellas altamente calificado y sensibilizado en nuestra formación, cada una desde un estilo diferente pero respetuoso y firme cuando así lo requería la situación, por lo que el aprendizaje tuvo cabida en un contexto de confianza y disciplina flexible.

Pude observar que la presencia de ambos equipos detrás del espejo ayuda en situaciones especiales, particularmente cuando como terapeuta se está en riesgo de ser “absorbido” por el sistema familiar. Existen otras ocasiones en que este apoyo fue el único elemento del cual asirse para continuar con lo que estaba ocurriendo en sesión y manejar de mejor manera las demandas de la familia. La supervisión fue de gran relevancia para cuidar aspectos de la persona del terapeuta tan necesarios como son sus habilidades, dificultades y recursos teórico-metodológicos, tomando en cuenta aspectos como la historia, situación vivida, la experiencia de vida y profesional, para evitar ser “atrapado” por el sistema familiar.

Formar parte de un equipo y, especialmente, contar con supervisión en vivo, fue una experiencia totalmente nueva para mí, concretamente por lo que hace al cuidado que a la persona del terapeuta se refiere. Son pocas las instituciones y posturas teóricas que reconocen la posición central del/la terapeuta en un contexto y relación del mismo tipo. En el caso de la maestría, los espacios pre y post sesión fueron de suma ayuda para clarificar, contener y diseñar las intervenciones con la familia, las que bien es cierto pueden modificarse o adaptarse de acuerdo a la familia y a la situación que lleven a terapia.

El ser terapeuta va más allá de conocer teóricamente un modelo y las técnicas derivadas del mismo; el trabajo con una amplia gama de sistemas familiares enfrenta al terapeuta con sus propios valores, género, edad, estado civil, religión, etcétera, aspectos que se llevan a terapia y que pueden convertirse en nuestros aliados para resolver conflictos que se presenten o llevar a cabo una buena negociación con los miembros de la familia quienes a su vez llevan el mismo bagaje a terapia, o por el contrario en nuestros enemigos al no darnos cuenta que no estamos favoreciendo el proceso (Aponte, 1992).

Es importante para mí hablar de diversos aspectos relacionados con mi proceso formativo como fueron la transición de una epistemología lineal-progresiva a una de tipo sistémico que influyó positivamente en mi proceso de aprendizaje, en el cual aspectos como la lectura adicional de material bibliográfico, el apoyo terapéutico recibido y cambios en mi vida personal y familiar fueron muy importantes. Fue así que la supervisión se me presentó, como lo mencionan Ceberio y Linares (2005), como la posibilidad de ser contenida afectiva y emocionalmente, ayudada y respaldada en la teoría y en la práctica.

Retomo especialmente el aspecto de la contención afectiva y emocional de lo cual no se habla mucho en los libros pero que se vive mucho en terapia y quiero resaltar además el que los diferentes equipos de supervisión estén conformados por mujeres, quienes con su sensibilidad, formación profesional y experiencia de vida, enriquecieron de manera importante nuestra labor como terapeutas ya que como toda relación profunda y estrecha, además de transmitirnos conocimientos, nos transmitieron su visión y sensibilidad en el trabajo con familias a partir de su personalidad, diferentes estilos personales y comunicacionales, diversas maneras de utilizar posturas teóricas y técnicas. Todo esto con el propósito de facilitar el desarrollo de un estilo terapéutico propio en cada estudiante.

El formar parte del equipo terapéutico, integrado por cuatro mujeres y un hombre, con un papel diferente y servir de apoyo a otros terapeutas, nos dio la oportunidad de observar no sólo una gran diversidad de problemáticas, sino también otros estilos de hacer terapia de l@s demás compañer@s. Las discusiones, aportaciones teóricas, comentarios en general y en especial la retroalimentación hacia l@s terapeutas fueron de gran ayuda y contención, aunque por momentos no fuera tan sencillo recibirla y poner en práctica las sugerencias de los otros miembros del equipo, particularmente de acuerdo al momento y situación vivida dentro de éste fuera del contexto de la terapia, ya que las interacciones que se daban en clases o fuera de éstas influían al formar parte del sistema terapéutico total.

Las diferencias de sexo, premisas de género, formación y experiencia profesional, entre otras llevaron en varias ocasiones a no estar de acuerdo con l@s demás. Estos desacuerdos entre l@s miembros del equipo se reflejaron en alianzas y coaliciones temporales, por lo que el papel de las supervisoras fue de gran ayuda en la toma de decisiones para las intervenciones terapéuticas. Estas alianzas y coaliciones tienen que ver en gran medida con la presión experimentada al enfrentarnos a la mirada de l@s otr@s (familia, equipo, supervisoras, incluyéndonos a nosotr@s mism@s). La misma supervisión nos coloca en un doble papel que a veces resulta difícil asumir: para la familia somos l@s expert@s mientras que para el equipo y la supervisión somos estudiantes en proceso de formación, los comentarios recibidos de ambos son en varias ocasiones tan contradictorios acerca de nuestro desempeño que, creo que perdemos la brújula y es entonces a donde tenemos que recurrir al autoanálisis y reflexión.

Este tipo de relaciones se ven amplificadas en muchas ocasiones acorde al nivel de implicación personal y relacional y en donde las supervisoras juegan un papel importante, pues como estudiantes es común que en ciertos momentos tratemos de buscar su aprobación y cuando no la obtenemos entramos en conflicto. La supervisión y la re-visión- de su propio papel resulta necesario para sí mismas, lo que se ve favorecido por ser un equipo de dos supervisoras generalmente. Esto permite la flexibilización del ejercicio del poder y el respeto y tolerancia de las diferencias a l@s estudiantes, pues un comentario directo o indirecto hace a veces la diferencia en el desempeño de l@s terapeutas en formación ((Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

Cabe decir que la relación que surgió dentro del equipo terapéutico en general y en particular con las mujeres, facilitó el proceso y fungió como “amortiguador” para las presiones propias de una maestría de tiempo completo al “traspasar” la frontera del espacio terapéutico y convertirse en parte importante de la red de apoyo social de

varias de nosotras. Especialmente cuando se trabajó sin supervisión en vivo en el seguimiento de casos. La atmósfera creada en el equipo terapéutico fue de confianza y respeto para escuchar y recibir los comentarios y opiniones para la terapeuta cuando se encontraba trabajando con la familia.

Las personas y familias que acudieron a terapia fueron una fuente inagotable de aprendizajes y enseñanzas, por lo que además del equipo de supervisión, las familias con las que se trabajó fueron un elemento formador de gran relevancia en la preparación de l@s futur@s terapeutas al tocar muchas veces a nivel individual a cada un@ de nosotr@s al servir de reflejo de su propia historia y problemática.

Considero que la presencia de varios terapeutas a la vez en el contexto de la terapia, derivado del enfoque sistémico particularmente y de la cibernética de segundo orden, representó una gran ventaja para las familias que acudieron a consulta pues en pocas ocasiones se tiene la oportunidad de poder escuchar “tantas voces” de manera tal que en lugar de confundir, unificaron y guiaron el camino a seguir.

Quiero agregar que la sola disposición del contexto terapéutico me dio la impresión de haber estado diseñado para el cambio, un cambio en los diferentes sistemas del sistema terapéutico total, un cambio que se presentó momento a momento, sesión tras sesión en la mayoría de quienes integramos el sistema terapéutico total al experimentar y desarrollar papeles y funciones diferentes que nos permitió pasar de un sistema a otro y poder observarnos desde diferentes perspectivas.

3.4 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

El plan de estudios de la maestría incluye dentro de los cursos formales del tronco común, en primero y segundo semestres, las asignaturas de Métodos de Investigación Aplicada I y II. Como eje temático se encuentra el proceso de la investigación desde dos enfoques: experimental y no experimental con las metodologías cuantitativa y cualitativa derivadas de cada uno de éstos. Ambas asignaturas tienen como objetivo la elaboración de un proyecto de investigación y la aplicación de éste utilizando, secuencialmente, ambas metodologías. Estos proyectos son asesorados y dirigidos en el espacio dedicado a tutorías de las materias.

3.4.1 REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO *METODOLOGÍA CUANTITATIVA*.

En primero y segundo semestres de la materia de Métodos de Investigación Aplicada I y II se llevó a cabo la investigación:

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN RELACIÓN A LOS AÑOS
DE CONVIVENCIA N PAREJA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.
BUENO, N. L., AMARO, S.A., CABALLERO, P.S. Y MEJIA, A., OLGA.

OBJETIVO: Conocer los estereotipos del papel de género que tenían hombres y mujeres que viven en pareja con nivel de estudios de licenciatura, en relación a los años de convivencia: de 1 a 5 años y de 15 a 19 años.

JUSTIFICACIÓN: La familia es el primer un factor significativo en el desarrollo de los individuos y más que la suma de interacciones, se considera una totalidad Entre sus funciones específicas están la reproducción de nuevas generaciones, la educación y crianza de los hijos; la socialización de todos los miembros y la transmisión de creencias, valores, ideales, pensamientos y conceptos que se generan dentro de la sociedad. Por tanto, el modelo familiar es un modelo cultural en pequeño. A partir de este modelo cada familia incorpora los contenidos de la cultura. La percepción que tienen hombres y mujeres sobre su identidad y su papel de género está en función de las creencias que la propia familia de origen proporciona de acuerdo a su cultura y al momento histórico vivido.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Las autopercepciones que acerca de su papel de género tienen hombres y mujeres con una pareja estable se modificarán de acuerdo a los años de convivencia?

TIPO DE ESTUDIO REALIZADO: Fue de tipo correlacional, la hipótesis de investigación fue: Las respuestas al IMAFE de hombres y mujeres que tengan de 1 a 5 años de convivencia en pareja, con nivel de estudios de licenciatura, obtendrán un puntaje más

alto con respecto a los papeles tradicionales de género, que aquellos que tengan de 15 a 19 años de convivencia en pareja con las mismas características. Variable independiente atributiva: los años de vivir en pareja; variable dependiente: las auto percepciones de masculinidad, femineidad, machismo y sumisión. Se formaron dos grupos: 1) de 1 a 5 años y 2) de 15 a 19 años. Se reportan los datos obtenidos del Cuestionario de Masculinidad-Femineidad IMAFE de Lara Cantú (1993) que se aplicó a 45 sujetos: 23 mujeres y 22 hombres, describiéndose cada un@ a sí mism@ de acuerdo a las categorías del inventario.

TIPO DE DISEÑO UTILIZADO: El diseño empleado fue Transeccional-Descriptivo, es un diseño de tipo no experimental y su objetivo es recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, (Kerlinger, 1999). La elección de este diseño se debió a que en la presente investigación no fue posible la manipulación de variables, solamente se observó la relación entre éstas.

ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se aplicó el Inventario de Masculinidad y Femineidad de Maria Asunción Lara Cantú (1993), que tiene como objetivo evaluar estereotipos de género; consta de 4 subescalas consistentes en: Masculinidad, Femineidad, Machismo y Sumisión; cada subescala consta de 15 reactivos, en total son 60 reactivos. Este instrumento es un cuestionario autodescriptivo en donde cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala Tipo Likert. Se basa en los aspectos más representativos de los estereotipos y papeles de género en la cultura mexicana, cuya confiabilidad es de .74 a .92.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Los resultados en ambos grupos muestran que independientemente de los años de convivencia en pareja y del sexo de l@s participantes no existieron diferencias significativas en cuanto a su percepción del papel de género; se encontró que los estereotipos de género poco a poco estaban dando paso a papeles más equitativos o no tradicionales en las relaciones entre hombres y mujeres, lo cual está relacionado a las diferentes demandas de tipo cultural, social, económico y familiar a las que se enfrentan de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentren. Ello implica que tanto hombres como mujeres han tenido que asumir papeles más activos en cuanto a la dinámica de las relaciones dentro y fuera de la familia.

3.4.2.REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO *METODOLOGÍA CUALITATIVA.*

EL SENTIDO Y SIGNIFICADO DE LA MASCULINIDAD:
UN ESTUDIO DE CASO.
BUENO, N. L., CABALLERO, P. S. Y MEJIA, A. OLGA.

Este estudio se desprende de la investigación en la que se utilizó metodología cuantitativa mencionada en el apartado anterior. En virtud de que en la investigación acerca de los estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja no existieron diferencias significativas entre ambas variables, se consideró necesario obtener más información utilizando otro tipo de metodología y diseño compatible con ésta.

OBJETIVO: Conocer las vivencias que acerca de la construcción de su masculinidad tenía un sujeto particular.

JUSTIFICACIÓN: Las masculinidades no surgen de manera individual, como lo señala Salguero (2004), hay que tener presente que la identidad de género masculino integra la subjetividad e intersubjetividad de los actores sociales en los procesos de interacción social, no es un atributo o una propiedad intrínseca de los varones sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional, resultado de un proceso social que surge y se desarrollan en la interacción cotidiana con los otros. Esto indica que no existe una sola masculinidad, las masculinidades tienen su origen y construcción a partir del primer grupo social en el que participa el individuo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN: ¿Si la masculinidad se construye socialmente, los hombres se plantearán interrogantes ante su actuar? ¿Cuáles serán los factores que los llevan a plantearse interrogantes del cómo viven y practican su masculinidad?, ¿Cómo se accede a este proceso de construcción que a su vez sustenta la práctica de una masculinidad particular?.

TIPO DE ESTUDIO REALIZADO: El tipo de estudio elegido fue el estudio de caso, inserto en una tradición de investigación cualitativa (Tarres, 2001). El estudio de caso más que una elección metodológica, es la elección de un objeto a estudiar, que puede ser abordado de muchos modos; es una estrategia de conocimiento, cuyo eje central es la individualidad del sujeto de estudio que se aborda "...siempre discursivamente estructurada, históricamente contextualizada y socialmente producida, reproducida y transmitida..." (Serrano, 1997, p.) El estudio de casos representa un momento de la investigación guiada "por una epistemología interpretativa", en este tipo de estudios "...el propósito del estudio... no es representar el mundo, sino representar el caso..." y aun cuando "...un caso no puede representar el mundo, pero sí puede representar un

mundo en el cual muchos casos se sientan reflejados...” (Stake, 1994 en: Serrano, 1997, p.207).

El caso concreto se enmarca dentro de un estudio de caso instrumental, en donde un caso es estudiado a fin de conocer a profundidad sobre un tema especial; el caso sólo sirve de apoyo y se convierte en algo secundario, pues la información obtenida sirve a algo externo. Tal es el caso de Samuel, cuyos resultados del IMAFE (Inventario de Masculinidad/Feminidad) aplicado previamente no demostraron diferencias estadísticamente significativas, por lo cual fue indistinto la elección del sujeto y el criterio por excelencia, como ya se mencionó, fue la accesibilidad y disposición de la persona.

TIPO DE DISEÑO UTILIZADO: El diseño utilizado en este trabajo fue de tipo proyectado, debido a que presenta características de los diseños atados (tighter designs), tales como que el estudio se llevó a cabo en un corto periodo de tiempo y que no partió de cero, puesto que se tenía información que permitió plantear interrogantes respecto del tema. Además en este estudio la información obtenida fue recabada en poco tiempo y se derivó del guión de entrevista sobre el tema de la construcción de la masculinidad. Cabe destacar que aunque es este un estudio cualitativo por tradición, debe tomarse en cuenta que no hay un polo cualitativo frente a otro cuantitativo, “sino más bien un continuo entre ambos” (Vallés, 2000, p. 77).

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS: Como parte de la estrategia de recolección de datos, se utilizaron como instrumentos: la entrevista en profundidad, se trabajó con una de sus modalidades que consistió en una entrevista semiestructurada con los temas a tratar de la cual l@s investigador@s tuvieron libertad para ordenar y formular las preguntas durante el encuentro con el entrevistado. Incluyó áreas de la vida del sujeto consideradas de interés para el trabajo; familia de origen, familia actual, pareja, individual, social y del trabajo; cada área se conformó de tres subtemas: vivencias, creencias y expectativas. La información recabada se transcribió para posteriormente codificar el texto en categorías, se desarrollaron códigos que fueran relevantes y que pudieran relacionarse unos con otros. Durante la codificación se reorganizó el texto alrededor de un conjunto de categorías, lo cual permitió hacer distinciones dentro de los mismos datos; es decir, se dividió la información en segmentos de texto para diferenciar sus contenidos. Este proceso de categorización y codificación se realizó a través del programa de análisis de datos cualitativos Atlas-Ti 4.1 para Windows 95.

CONCLUSIONES: La masculinidad es parte de un proceso de construcción cuya base es la familia de origen; en el caso concreto de tipo tradicional, la cual se fue cuestionando a través de los años y las experiencias de vida de este individuo y la participación en los diferentes grupos sociales en los que se vio inmerso que demandaron entre sus miembros un cuestionamiento constante acerca del mundo, de su realidad y de su propia condición e identidad; lo llevó a cuestionarse las creencias e ideologías retomadas y moldeadas dentro de su familia de origen. Sin embargo, tanto sus creencias como sus expectativas se fueron modificando en este proceso de cuestionamiento y transformación de esa masculinidad tradicional, al participar y verse influido en el ámbito familiar por las relaciones establecidas con su pareja y con sus hijos y en el ámbito laboral y social por los compañeros de trabajo y los grupos de participación activa con metas específicas de reflexionar acerca del mundo, de la realidad en que vive y de su práctica como hombre que ejerce una masculinidad propia en su quehacer cotidiano, los que han contribuido a su transformación de manera significativa reflejándose en el establecimiento de relaciones más igualitarias en diferentes ámbitos de su vida.

3.5 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

El Programa de la maestría en Psicología está diseñada para desarrollar en l@s estudiantes diversas habilidades, dirigido a la enseñanza y difusión, así como a la atención comunitaria como parte de la formación de los/las terapeutas, las que se pueden observar en la realización de productos tecnológicos como manuales, videos didácticos, elaboración de programas de intervención comunitaria y presentación de trabajos en foros académicos. Este tipo de productos y programas se realizaron de forma individual y colectiva.

3.5.1 ELABORACIÓN DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS INDIVIDUALES:

MANUAL DE TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL

El manual está diseñado para constituirse como una guía de tod@ terapeuta que se inicia en el arte de la Terapia Familiar Sistémica; con dicho manual se pretende explicar de manera clara y concisa los fundamentos teóricos del Modelo Estructural elaborado por Salvador Minuchin, así como sus principales técnicas para el cuestionamiento del síntoma, de la estructura y de la realidad (Minuchin y Fischman, 2002). En cada técnica se realiza una descripción teórica y un ejemplo de su aplicación para que a el/la terapeuta lect@r le quede claro la forma de llevar a cabo intervenciones con la familia bajo este modelo. Es así que se define la técnica, en qué

consiste y cuándo y cómo debe aplicarse, sin olvidar que las técnicas deben adecuarse a personas y situaciones particulares. Su importancia radica en la integración de la teoría aplicada a casos concretos.

MANUAL DE TERAPIA FAMILIA BASADO EN LOS MODELOS DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS (MRI) Y EL DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES

Se elaboraron en segundo y tercer semestre respectivamente. Ambos tienen el propósito de dar a conocer los principios teóricos, los conceptos y técnicas de intervención derivadas de los modelos de terapia breve mencionados. Los manuales estuvieron diseñados a manera de guía que sirviera como material de consulta para estudiantes y terapeutas en formación interesados en conocer los principales conceptos, premisas y técnicas que utiliza la terapia breve centrada en problemas y enfocada a soluciones.

El manual contiene aspectos como antecedentes históricos, principales exponentes y los fundamentos teóricos de ambos enfoques. Asimismo se describe la aplicación de las técnicas utilizando casos clínicos ficticios. Su utilización sugiere el apoyo y consulta de las referencias bibliográficas que sirvieron de apoyo para su realización.

3.5.2 ELABORACIÓN DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS COLECTIVOS:

VÍDEO DE TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR DEL MODELO ESTRUCTURAL.

En el video se representan sesiones terapéuticas con familias simuladas, su realización tiene fines didácticos en la enseñanza y aprendizaje de las técnicas del Modelo Estructural. En éste se presentan tres casos en donde se ejemplifican las técnicas a la vez que se hace referencia a su fundamento teórico.

La elaboración de este material es de suma utilidad para l@s estudiantes interesados en formarse bajo el enfoque de la terapia familiar sistémica, concretamente en el Modelo Estructural, debido a que el apoyo audiovisual contribuye de manera importante al proceso de enseñanza/aprendizaje del modelo en cuestión, a fin de ejemplificar la aplicación e integración de la teoría con la práctica.

VÍDEO DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DEL MODELO DE TERAPIA ESTRATÉGICA.

Este consistió en la elaboración del guión (y creación de los diálogos), así como de la realización de un video que se trabajó con tres compañeras de la maestría, estudiantes del segundo semestre, quienes al igual que la sustentante representaron roles diferentes, fungiendo principalmente como terapeutas y consultantes. Se llevó a cabo principalmente con la asesoría de la profesora asignada a la materia y la asesoría técnica del Departamento de Recursos Audiovisuales de la FESI.

En el video se exponen las premisas del modelo Estratégico de Terapia Familiar, en donde se presentan tres casos, con familias simuladas y las técnicas que se utilizaron para intervenir. Las situaciones fueron retomadas de casos reales que fueron atendidos en la Clínica de la FES Iztacala; se tuvo mucho cuidado de salvaguardar la identidad de las/los consultantes.

LÍNEA DEL TIEMPO

Es la continuación de un trabajo iniciado por la primera generación de la maestría que consiste en una investigación documental sobre la historia de la Terapia Familiar en México y en el mundo. En esta generación se contribuyó con la aportación de datos del contexto histórico y político en que surge y se desarrolla el enfoque sistémico y algunas fotografías de los/las principales representantes. Se enriqueció además con datos relevantes de este enfoque en nuestro país y con un código específico para fechas relevantes (nacimientos, muertes, sucesos importantes, entre otros).

CICLO VITAL

Este trabajo se realizó desarrollando los aspectos teóricos y aplicados de cada una de las etapas del ciclo vital de las familias: formación de la pareja hasta el nido vacío: incluye una etapa denominada Nido Repleto no contemplada por autores como Haley (1989) o Macías (1995). Es una etapa que refleja características importantes de aspectos de transición de las familias actuales. El trabajo incluye la fase teórica y la fase de investigación aplicada en la cual se llevaron a cabo entrevistas con familias que se encontraban en cada una de las etapas. Dio como producto la compilación de la investigación y elaboración de un CD.

3.5.3 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA:

TALLER DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA.

Este taller se realizó de manera conjunta con otra compañera; estuvo dirigido a personas interesadas en mejorar sus relaciones con los otros. Tuvo como propósito dar a conocer un modelo de comunicación que permite el entendimiento mutuo aún entre personas que enfrentan fuertes conflictos. Con este modelo se pretende que las personas aprendan a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.

Se diseñó de forma didáctica para facilitar su aprendizaje. Se compone de una carta descriptiva del taller y la narración de un cuento utilizando dos títeres representando a una jirafa y a un chacal respectivamente. Se trabajó con estudiantes del primer semestre de dos grupos del turno vespertino de la carrera de Psicología de la FES Iztacala a quienes por medio de un tríptico realizado ex profeso y de manera personal se les hizo la invitación para participar, haciéndose saber el objetivo del curso a l@s estudiantes para lograr reunir el número de participantes requerido.

La comunicación no violenta facilita a personas de todas las edades identificar sus necesidades y la expresión de sus sentimientos de forma asertiva, precisamente por ello se consideró importante llevarlo a cabo con esta población con fines preventivos, tomando en cuenta que se encontraban en un momento importante de su vida como lo era el ingreso a la Universidad, lo cual constituía un cambio por sí mismo en su vida y que era probable que los enfrentara a situaciones nuevas que pudiesen generar estrés e inestabilidad debido a la carga de trabajo y presión ejercida por el mismo sistema educativo que implicaba nuevas y mayores responsabilidades que pudieran conducirlos a situaciones conflictivas consigo mismos, con l@s compañer@s y sus maestr@s, tomando en cuenta además otras esferas de su vida tan importantes como la esfera familiar y la social que pudiesen contribuir de manera crucial a dicha situación. Está basado en el trabajo de Marshal Rosenberg sobre comunicación no violenta (Rosenberg, 2000).

TALLER DE PSICOLOGÍA JURÍDICA.

Este taller tuvo como objetivo el proporcionar elementos teórico-metodológicos a estudiantes y profesionistas de las carreras de Psicología y Derecho acerca del trabajo del psicólogo/terapeuta en ámbitos jurídicos, que les permitiera mejor comprensión acerca de la relación entre ambas disciplinas del conocimiento y contribuir así a un mejor ejercicio de su profesión.

Se trabajó con estudiantes de tercero y quinto semestre de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala del turno vespertino y con egresados de la Licenciatura en Derecho de una escuela privada. Se formaron tres

equipos de trabajo, de cinco integrantes cada uno, para favorecer la discusión acerca de sus conocimientos sobre el tema y sus expectativas acerca del taller.

La Psicología Jurídica es el área de aplicación de la Psicología en el ámbito de la administración y aplicación de la justicia. La relación entre la Psicología y la ley es larga pero poco conocida: la primera se encarga de la comprensión de las claves del comportamiento humano, sus por qué, sus modos y peculiaridades. La segunda, es un conjunto de preocupaciones acerca de cómo regular y prescribir determinados modos de comportamiento, acerca de cómo debe plasmarse el contrato social en el que se sustenta toda vida en comunidad (Sobral, Arce y Prieto, 1994).

Se observó desde la promoción del taller hasta su culminación que existe un gran interés por parte de los participantes en relación al tema; esto en parte se debe a que esta área de aplicación de la Psicología ha sido poco difundida y explorada, especialmente durante la formación académica de los participantes ya que no forma parte del plan curricular de las licenciaturas de Psicología y Derecho. La información que manejaron los participantes al principio era confusa y sobre todo errónea respecto del trabajo del psicólogo en un ámbito que algunas personas consideran ajena al trabajo terapéutico, lo cual pudo deberse a que eran estudiantes de los primeros semestres de la carrera o recién egresados; al finalizar el taller los participantes lograron clarificar los conceptos básicos de ambas disciplinas y su relación.

TERAPIA DE RED.

La Terapia o Intervención en Red es una modalidad terapéutica, tiene como objetivo formar una red de apoyo entre I@s participantes y los adultos significativos. Se llevó a cabo con estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Atzacotalco y un adulto considerado significativo por ell@s.

Se trabajó con cuatro adolescentes mujeres y un hombre, sus madres y el padrastro de una de las adolescentes que acudió a dos sesiones. Se les contactó por medio del Departamento de Psicopedagogía del plantel. La intervención en Red es una forma de terapia breve diseñada para cinco o máximo seis sesiones fijadas cada quince días. Se trabajó en coterapia con una compañera de mi equipo terapéutico.

La Intervención en Red tiene un formato concreto, su propósito es generar un puente de comunicación intergeneracional entre adultos y adolescentes a través del trabajo con los constructos y premisas personales y el aprendizaje de nuevas formas de comunicación claras. Esta modalidad de trabajo cuenta también con supervisión en vivo, equipo terapéutico y las sesiones son videograbadas con el consentimiento

expresado por escrito de tod@s l@s participantes, que se utilizan solamente con fines didácticos, ya que se guarda la confidencialidad como en cualquier otro proceso terapéutico.

PLÁTICAS INFORMATIVAS.

Estas se llevan a cabo como complemento del trabajo terapéutico realizado en la Clínica del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al servicio del Estado en Valle Ceilán. Los temas son sugeridos por la psicóloga de la clínica y las supervisoras a l@s estudiantes.

Consiste en la integración de información breve y concreta sobre diversos temas de interés para l@s derechohabientes: depresión, salud emocional en adultos mayores, estrés, ciclo vital de la familia, etcétera, que se presenta en hojas de rotafolio y que se expone en diez o quince minutos en la sala de espera de la clínica.

3.5.4 PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN FOROS ACADÉMICOS:

PRESENTACIÓN DEL CARTEL DE LA INVESTIGACIÓN: ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN RELACIÓN A LOS AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Foro Académico: XXII Coloquio de Investigación en el área de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. 18 de Noviembre del 2003.

Foro Académico: IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud organizado por la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA).

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. 1º. de diciembre del 2004.

Resumen: Estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja: un estudio descriptivo.

Este trabajo tuvo como objetivo conocer los estereotipos del papel de género que tienen hombres y mujeres que viven en pareja. Las variables consideradas fueron: como variable independiente, los años que tienen los participantes de vivir en pareja; dividiéndose en dos grupos: 1) de 1 a 5 años y 2) de 15 a 19 años. La variable dependiente fue las autopercepciones de masculinidad, femineidad, machismo y

sumisión. Se reportan los datos obtenidos del Cuestionario de Masculinidad-Femineidad IMAFE de Lara Cantú (1993) que se aplicó a 45 sujetos: 23 mujeres y 22 hombres, describiéndose cada un@ a sí mism@ de acuerdo a las categorías del inventario. Los resultados en ambos grupos muestran que independientemente de los años de convivencia en pareja y del sexo de l@s participantes no existen diferencias significativas en cuanto a su percepción del rol o papel de género, encontrándose que los estereotipos de género poco a poco están dando paso a papeles más equitativos o no tradicionales en las relaciones entre hombres y mujeres, lo cual pudiera deberse a las diferentes demandas de tipo cultural, social, económico y familiar a las que se enfrentan de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentren. Ello implica que tanto hombres como mujeres han tenido que asumir papeles más activos en cuanto a la dinámica de las relaciones dentro y fuera de la familia.

Resumen: La construcción de la masculinidad: un estudio de caso.

Este estudio tuvo como objetivo conocer las vivencias que acerca de la construcción de su masculinidad tenía un sujeto particular y se desprende de la investigación en la que se utilizó metodología cuantitativa acerca de los estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja. Debido a que en dicha investigación no existieron diferencias significativas entre las variables, se consideró necesario obtener más información utilizando otro tipo de metodología y diseño compatible con ésta. Algunas de las preguntas de investigación fueron ¿Si la masculinidad se construye socialmente, los hombres se plantearán interrogantes ante su actuar? ¿Cuáles serán los factores que los llevan a plantearse interrogantes del cómo viven y practican su masculinidad?. Se trabajó un estudio de caso instrumental. El diseño fue de tipo proyectado, por presentar características de los diseños atados (tighter designs). Se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada. La información recabada se transcribió y se codificó en categorías a través del programa de análisis de datos cualitativos Atlas-Ti 4.1 para Windows 95. Se concluyó que la masculinidad es parte de un proceso de construcción cuya base es la familia de origen; en este caso de tipo tradicional, la cual se fue cuestionando a través de los años y las experiencias de vida de este individuo y la participación en los diferentes grupos sociales en los que se vio inmerso que demandaron entre sus miembros un cuestionamiento constante acerca del mundo, de su realidad y de su propia condición e identidad.

3.6 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

El compromiso profesional, la ética, lo moral y los valores, son términos que guardan una estrecha relación y que en la práctica profesional pueden incluirse en lo que se conoce como deontología, definida como “aquello que es vinculante y pertinente o, más exactamente, referente a la teoría del deber o la obligación moral; la ética” (en: Cecchin, Lane y Ray, 2005, p.26).

Por lo que hace a la Psicología, concretamente en la práctica de la psicoterapia, todos estos aspectos se encuentran presentes en todo momento e involucran la ética y la moral individual (persona del terapeuta) así como los elementos relacionales de las personas que conforman los diferentes sistemas dentro del espacio terapéutico y fuera de éste, pues son parte de cómo los seres humanos pensamos y nos comportamos en todos los aspectos de nuestras vidas, al no ser posible despojar la ética y moral personal de nuestras vidas profesionales (Anderson, 2004).

Dentro del contexto terapéutico concebido como un espacio para el aprendizaje y la reflexión, constantemente se presentan situaciones de diversa índole que ponen en juego los valores y la ética del terapeuta en conjunción con los valores y la ética de quienes integran los demás sistemas; ejemplos de ello son el trabajo con familias en donde existe violencia intrafamiliar, abuso sexual, incesto, entre otros, la forma de hacerles frente tiene que ver, además con el compromiso personal de tod@s l@s involucrad@s, con criterios establecidos que rigen el actuar de l@s profesionales de la psicología y por ende de l@s terapeutas familiares.

Tal es el caso del Código Ético del Psicólogo elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2001), en donde las sanciones contempladas en caso de infringirlo incluyen las que provienen de la comunidad profesional y las leyes del país. Este código expone un conjunto de principios éticos y su aplicación al ejercicio de la psicología en diversos ámbitos como la prestación de servicios, investigación, docencia, relaciones entre colegas, etcétera.

Para el presente análisis se retoman algunos principios generales del capítulo 1, cuyo contenido está explícitamente relacionado con el trabajo llevado a cabo durante la maestría:

- A) El respeto a la integridad de las personas con las que se trabaja y del compromiso de los/las profesionales de velar por el bienestar individual y social en la prestación de servicios.
- B) La importancia de mantener una constante formación y actualización profesional. Guardar el secreto profesional, inherente al ejercicio de la profesión y obligatorio para proteger los intereses de los consultantes.

- C) Evitar la influencia que en el ejercicio de la profesión tengan el estado de ánimo derivado de problemas personales y la abstención para intervenir en casos en que los mismos puedan afectar su objetividad.
- D) El respeto a las ideas políticas, religiosas y la vida privada, independientemente de las características y sexo de los consultantes.

Como puede observarse, algunos de estos principios generales se basan en una visión positivista de la psicología propia de la modernidad, la cual exige características peculiares en el terapeuta y que está representada básicamente en el ámbito terapéutico por términos como: objetividad, verdad única, observador separado de lo observado, neutralidad, entre las más importantes y que se desprenden de una epistemología lineal-progresiva, propia de una cibernética de primer orden o “cibernética de los sistemas observados”, en la que el observador es una especie de cámara que registra lo que ocurre afuera, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de la observación.

Los enfoques sistémicos y esencialmente, los posmodernos, cuestionan este discurso que, al pretender ser tan objetivo, deja de lado todos los otros aspectos inmersos dentro de la práctica terapéutica. A esta visión subyace una epistemología circular o recursiva y la cibernética es de segundo orden o “cibernética de la cibernética”, en donde el terapeuta se convierte en parte del sistema, es un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados, el terapeuta es parte de lo que observa por lo que necesariamente lo afecta y se ve afectado por el sistema del cual participa (Sluzki, 1987).

Esta visión posibilita “despegar” de la opinión tradicional de las verdades objetivas, al hablar de múltiples realidades y aspectos como el “*self*” que de individual pasa a ser un *self* saturado al estar en interacción y conformarse con otros *sel/ves*. Temas como premisas de género, orientaciones sexuales, clase social, etnia, etapa del ciclo de vida, sistema de creencias, y sobre todo, el poder del terapeuta frente a la familia, son cuestionados y llevados al discurso, todos estos temas son, además, motivo de autorreflexión y así poder identificar la influencia que tienen en el proceso.

Para las teóricas y terapeutas feministas, l@s terapeutas depositamos nuestros propios valores, prejuicios, creencias, actitudes y juicios en cada sesión, afectando todo lo que sucede ahí dentro; el tipo de preguntas, las hipótesis y las intervenciones llevadas a cabo tienen que ver con nuestro modelo del mundo, por lo que es importante someter a examen los propios valores, cuestionar lo que sucede en consulta: conductas y actitudes “normales” consagradas por la tradición, por ejemplo,

la violencia de género e intrafamiliar. Ello permitirá, volverse más sensibles a las manifestaciones del condicionamiento por género en las interacciones cotidianas, esto es, desnaturalizar lo natural, para ponerlo en un contexto relacional que beneficie a todo el sistema y no sólo a uno o unos pocos de sus integrantes.

Si bien el papel desempeñado por el equipo de supervisión al cuidar estos aspectos éticos y de compromiso fue continuo y respetuoso, cabe decir que la responsabilidad y el compromiso tiene una importancia existencial diferente para cada persona; tiene que ver con variables personales y contextuales, entre los primeros se encuentran el sexo, la edad, premisas de género, etapa del ciclo vital que se vive, formación profesional, modelo teórico con el que se simpatice, ideología política, situaciones especiales por las que se atraviesa. Entre los segundos se cuentan el contexto sociocultural, la clase social, la historia, características personales y relacionales de la familia, así como el tipo de problemática con la que se trabajó (Ceberio y Linares, 2005).

Esto implicó el desarrollo y puesta en práctica de diversas habilidades entre las que es necesario mencionar las de investigación terapéutica, pues el espacio terapéutico tuvo también esa característica al favorecer el desarrollo de mayor flexibilidad y una visión integradora.

A manera de conclusión de este apartado puedo decir que el compromiso y la ética estuvieron inmersas en el respeto, la curiosidad, la sensibilidad para estar atenta y observar la forma en como las familias con las que se trabajó se vinculaban con otros sistemas y la influencia que se tenía de estos. El hecho de conducirse de manera eficaz estuvo en relación con el grado de responsabilidad y compromiso ético que se adoptó con cada familia. Incluyó también poner en tela de juicio mis propios presupuestos clínicos y observar y escuchar con más atención a l@s demás; estar atento de la influencia de la familia sobre mi persona y cómo ésta influía en la familia.

3.6.1 ASPECTOS ÉTICOS Y DE COMPROMISO EN EL TRABAJO CON FAMILIAS

El análisis y reflexión anterior se vieron reflejados en acciones al trabajar con las familias atendidas a lo largo de mi estancia en la Maestría. Se tuvo mucho cuidado en informar a l@s consultantes vía telefónica, antes de la primera consulta, la forma de trabajo: equipo de trabajo y supervisión detrás del espejo, televisión y videocámara;

todas las familias con las que se trabajó manifestaron su acuerdo y aceptación al firmar la solicitud de permiso para grabar. Por lo que hace al equipo, las familias consultantes, si así lo solicitaban pudieron pasar del otro lado del espejo para conocer a l@s integrantes del equipo o bien, en otras ocasiones el equipo se hizo presente en la sala de consulta.

Se procuró no hacer comentarios acerca de las familias fuera del espacio terapéutico y proporcionar la información mínima requerida cuando se suscitó el caso de encontrarnos al consultante o alguno de sus familiares dentro de las instalaciones, ya que como se mencionó personas de la comunidad y de la propia universidad acuden a consulta a la Clínica de Terapia Familiar.

Al detenerme, justo en uno de los artículos del capítulo relativo a los principios generales del Código Ético del Psicólogo, que dice que tod@ psicólog@ deberá evitar la influencia que en el ejercicio de la profesión tengan el estado de ánimo derivado de problemas personales y la abstención para intervenir en casos en que los mismos puedan afectar su objetividad, es evidente que se plantea desde una cibernética de primer orden: el observador distante de lo observado. Más sabemos que en la práctica esto no es posible, por lo que resulta conveniente tomar como postura la cibernética de segundo orden en donde el/la propi@ terapeuta influye y es además influido por la familia. Lo anterior concuerda con las ideas de otr@s terapeutas ya que se acercan más a lo que viví en mi relación con las familias y que a continuación expongo.

La terapia y el contexto terapéutico es un espacio en donde se entrelazan diferentes personalidades, experiencias de vida, preferencias personales y profesionales, valores, sistemas de creencias, premisas de género, historias familiares y personales en una danza que finaliza físicamente al término de la sesión, pero que tanto terapeuta como consultante llevan a sus vidas fuera de dicho espacio y tiene, en alguna medida, una repercusión en la vida de ambos. Existe un elemento más al cual no se le ha dado ni el poder ni el lugar que evidentemente ocupa en todo proceso: hablo concretamente de las emociones, de los afectos, de los estados de ánimo.

De acuerdo al Código Ético, deberíamos evitar su influencia en el ejercicio de nuestra profesión, como si fuera un traje que pudiéramos poner y quitar con sólo desearlo. Yo creo que sería mejor hacer uso adecuado de las emociones y afectos dentro de la terapia, ya que citando a Ceberio y Linares (2005), resultaría ingenuo pensar que en una sesión terapéutica lo único que se activa es el modelo teórico y las técnicas correspondientes, no se actúa dicen, tan disociadamente, y cuando se ejerce el rol profesional, éste va acompañado en menor o mayor medida de los constructos

históricos, familiares y valores personales. Esto permite tomar mayor distancia con respecto a algunos temas que tengan poco que ver con las experiencias personales de cuyo impacto el terapeuta esté consciente, en comparación con otras que se acercan o que producen una repercusión emocional por confrontar valores personales o cercanas en el tiempo.

Tal fue el caso cuando sufrí una pérdida familiar sumamente importante al morir mi abuela materna, que considero también mi madre; esta pérdida afectó todos los ámbitos de mi vida y desempeño personal; al semestre siguiente se me asignó el caso de una adolescente con un periodo depresivo intenso y pensamientos suicidas posteriores a la muerte de su padre. Escuchar y ver llorar a esta chica con tanto dolor recordando a su padre, hacía que por momentos me viera reflejada en ella. La labor de acompañamiento y respeto de mi equipo y de mis supervisoras fue decisivo para llevar a cabo un trabajo con responsabilidad y compromiso, echando mano de mis propias emociones para tratar de entender mejor lo que estaba sucediendo con ella. Citando nuevamente a los terapeutas nombrados, hice uso de mis afectos y emociones en la relación, teniendo siempre en cuenta que la consultante no era un familiar ni mucho menos una amiga.

Otro caso tuvo que ver tanto con mi labor de reflexión como de la guía e intervención oportuna de mis supervisoras cuando se me asignó una familia en donde existía violencia intrafamiliar. No me fue sencillo al principio dejar a un lado mis premisas acerca del amor y la violencia, así *por separado*, para construir otras en donde el amor y la violencia pueden coexistir entrelazados en los seres humanos y estas formas diferentes de relación son respetables como cualquier otra. Debo decir que al principio del proceso, aunque no quería reconocerlo, oscilaba entre “separar y unir” a esta pareja de acuerdo a lo que llevaban a terapia, sin tomar tanto en cuenta lo que esta pareja quería para sí. Fue parte de un proceso en donde mis supervisoras y los equipos (de observación y terapéutico) contribuyeron a deconstruir mis constructos personales acerca de ello.

Por lo que hace al uso del poder del terapeuta y sus efectos en la terapia, en lo personal, puedo decir que el hecho de ser una estudiante, terapeuta en formación, me despojó en gran medida de este traje de omnipotencia. Así también los enfoques trabajados tuvieron un lugar importante para hacer diversas reflexiones respecto de su influencia sobre mí y la repercusión en mi trabajo, adoptando una postura de irreverencia desde la que, como terapeuta, se tiene que ser responsable y capaz de examinar las consecuencias de nuestras acciones (Cecchin, *et al.*, 2005).

Este tratamiento del papel del poder y la persona del terapeuta llevado a cabo por las posturas posmodernas, le permite a ésta despojarse del viejo traje de omnipotencia que le brindaba el poder y la expertez en el discurso desde un lugar seguro y vestirse con un traje, con un compromiso diferente; un papel o mejor dicho un nuevo papel igualitario en el que se adopta la postura del no saber (ya no como estrategia), otorgando ahora ese papel a la familia; es ésta la experta que sabe más acerca de sí misma y comparte con el terapeuta en una relación horizontal. Una relación igualitaria donde son invitados los aspectos de género, sociales y políticos y la influencia que tienen en la vida de las personas y en el propio proceso terapéutico y por supuesto en el terapeuta.

Por lo anterior puedo concluir que las intervenciones terapéuticas siempre serán de alguna manera tendenciosas al encontrarnos lejos de la objetividad; en contraste, es la subjetividad, o mejor dicho las subjetividades a través de las diferentes voces las que se hacen presentes y podrían ubicarse en un nivel lógico superior. La objetividad haría referencia a los diferentes niveles de distancia o acercamiento con la familia. Existirían diferentes formas de objetividad dentro de la subjetividad del vínculo terapéutico.

Finalmente cabe recordar que ser y comportarse como un terapeuta comprometido y ético significa ser "...Un profesional que entiende y siente a los seres humanos que tiene delante, en la difícil tarea de desear crecer y cambiar...que ejerce su vocación desde la pasión sin postergar la fascinación por el conocimiento".

CONSIDERACIONES FINALES

Son tantos y tan diversos los aspectos a considerar, que la tarea de sintetizar mi estancia en la maestría a lo largo de estos dos años se convierte en una ardua tarea. Haber estado en una residencia de tiempo completo y con las características de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, como el hecho de ser únicamente diez alumn@s, me proporcionó un sinnúmero de herramientas teórico-metodológicas para el trabajo con familias.

Mi paso por la residencia me nutrió como persona y como terapeuta; durante ésta fui experimentando cambios en todos los aspectos de mi vida; un cambio epistemológico que aún hoy continúa y que ha tenido impacto a todos niveles, personal, familiar, en mi trabajo como docente. Conocer un amplio abanico de modelos teóricos derivados de posturas modernas y posmodernas, la supervisión en vivo, el trabajo en equipo, las distintas sedes y escenarios clínicos, así como las actividades de difusión del conocimiento a través de los talleres y pláticas fueron enriqueciendo y moldeando de manera suave pero firme mi trabajo.

Yo creo que cada experiencia vivida fue totalmente nueva para mí, aún con mi experiencia previa en terapia con una formación y entrenamiento cognitivo-conductual y mi trabajo como docente de la FES Iztacala de la que soy egresada, en el área de Metodología de la Investigación y Tecnología Aplicada. Retomar mis estudios después de diez años de haber egresado de la Licenciatura y mi postura como profesora más que como alumna, al principio, fueron barreras que fui superando gradualmente. Creía que por ser maestra y terapeuta “debería” saber las cosas, lo que me llevó a sobreexigirme y presionarme más de lo conveniente. Durante la maestría fui *aprendiendo a aprender*, experiencia que resultó sumamente gratificante conforme fueron pasando los semestres. La interiorización de conocimientos alternativos a lo ya conocido, me permitió integrar más que descartar todo ese bagaje previo e incorporar y contemplar más elementos en mi trabajo y en el análisis mismo y reflexión propios acerca de mi práctica docente.

No es que en mi trabajo previo no existiera el análisis y la reflexión acerca de lo que sucedía dentro de la sesión y fuera de ésta conmigo misma; sin embargo la supervisión en vivo me proporcionó elementos importantísimos para ampliar mi visión acerca de mi quehacer como terapeuta. Aunque también puedo decir que ese equipo de supervisión del que ahora hablo cotidianamente, fue en un principio algo amenazador e inclusive considerado como intrusivo, al igual que mi propio papel como

observadora en primer semestre. Me parecía “raro” el que en una sesión y en un espacio físico de pequeñas dimensiones estuviéramos la familia, el equipo de observador@s, el equipo de supervisión y el/la terapeuta a cargo; llegué a concebirlo incluso como una intromisión a la privacidad de la familia.

Poco a poco al moverme de una epistemología lineal a una de tipo circular, con las clases y las continuas lecturas realizadas fui comprendiendo la dinámica vivida en sesión desde otra perspectiva. Fueron también las mismas familias con las que trabajé y trabajaron mis compañer@s quienes me fueron enseñando con sus comentarios positivos acerca del equipo y los cambios observados; la relación con el equipo cuando algunos de l@s miembros de la familia saludaban al llegar o se despedían de nosotr@s y al finalizar sus procesos se despedían de nosotr@s con un fuerte apretón de manos o con un abrazo, que me fui dando cuenta que el equipo de supervisión podía convertirse en mi aliado y que podía confiar en él, pues el considerarlo mi “enemigo” tenía que ver con mis propios constructos y realidad construida hasta ese momento. Comprendí entonces la presencia necesaria de tod@s y cada un@ de los que estuvimos ahí, en ese tiempo y en ese espacio.

Hasta ahora, al hacer referencia a la supervisión, hablo de ésta como “del equipo”, más me resulta necesario hablar de ellas como personas, maestras, terapeutas y supervisoras, pues todas y cada una de ellas con su propio bagaje de personalidad, clase social, ideología, religión, premisas de género, experiencia profesional y experiencias de vida, contribuyeron de manera importante al desarrollo de diversas competencias teórico-metodológicas y especialmente al desarrollo de mayor flexibilidad en mis juicios y creatividad como terapeuta al cuidar y trabajar, como nunca antes lo habían hecho, la persona del terapeuta.

Este trabajo fue llevado a cabo de forma respetuosa por cada una de ellas durante mi estancia en las diferentes sedes y escenarios clínicos, al hacer comentarios, sugerencias y aportaciones para mejorar. Proporcionando literatura *ad hoc* al tema o hacer comentarios sobre sí mismas, acerca de cómo resolvieron algún conflicto similar en el pasado al trabajar con ciertas problemáticas familiares que fueron de gran ayuda.

Poder observar en vivo su trabajo cuando pasaban al espacio clínico en coterapia con algun@ de nosotr@s fue bastante ilustrativo y en ocasiones resultó un rescate del/la terapeuta. La retroalimentación que nos daban desde el momento de la pausa durante la sesión, varias veces se convirtió en un momento de respiro para seguir adelante hasta la post sesión, en donde nuevamente había retroalimentación de su parte y de los equipos de trabajo y de observador@s, cuyas diferencias de opiniones a veces se

convertían en un verdadero coro griego acerca de la capacidad de maniobra y actuar en general durante la sesión cuando se era terapeuta asignado.

El sistema de supervisión (supervisoras y equipo terapéutico) contribuyeron a llevar a cabo un fuerte trabajo cognitivo, pragmático y emocional al desafiar, en momentos decisivos, la realidad de mis constructos personales cuando éstos no concordaron con la realidad que el sistema de supervisión observaba. Particularmente con la diversidad de familias y problemáticas con las que tuve contacto: familias de *pas de deux*, en proceso de divorcio, con mujeres como jefas de familia en donde había pensamientos suicidas, intentos de suicidio, duelos por pérdidas por separaciones y muertes y violencia intrafamiliar, entre otros.

Así, cuando los comentarios acerca de lo realizado no eran tan buenos, el equipo de trabajo se convirtió frecuentemente en “equipo de terapeutas al rescate” fuera del contexto terapéutico, o en donde alguna de nuestras supervisoras, si no en esa misma sesión, en la siguiente o en ocasiones, en un espacio durante la clase, se nos acercaban para darnos algunas palabras de aliento o en privado hacer comentarios certeros, aunque a veces no tan agradables ni fáciles de aceptar, que contribuyeron a nuestro crecimiento personal y profesional. Es de hacer notar que las sugerencias y comentarios hechos por las supervisoras a l@s estudiantes fueron disminuyendo gradual y cuantitativamente al paso de los semestres mas no en atención y seguimiento de los casos atendidos.

El equipo de trabajo por su parte fue de gran apoyo en casi todo momento en donde incluyo los buenos y malos; por la misma cercanía, pasar tanto tiempo junt@s, formar equipos en clase, que se formaron coaliciones y alianzas, las primeras temporalmente y en cuanto a las alianzas, como ya lo mencioné en otro apartado, las integrantes del equipo se convirtieron en una red de apoyo social importante para mí, al igual que otras compañeras del resto de la generación. Todo esto favoreció aprendizajes de diversa índole y en donde considero mencionar a l@s compañer@s de la segunda generación de quienes fungimos como observador@s y a los de la cuarta generación quienes fueron a su vez nuestr@s observador@s, con l@s que se establecieron vínculos de afecto y amistad y nos dieron muestras de compañerismo al respetar nuestra diversidad.

El equipo de trabajo fue de gran apoyo en las sesiones llevados a cabo sin supervisión y durante el seguimiento de casos, algunos de ellos se continuaron casi al finalizar el semestre posterior al término de la Maestría. Fue curioso observar los roles asumidos por cada una de nosotras como parte del equipo, el análisis realizado, los elementos a

tomar en cuenta al momento de la pausa durante la sesión, en donde pude observar cómo cada una de nosotras al principio y por momentos asumíamos el rol de alguna de nuestras supervisoras lo cual se reflejaba en los términos y frases utilizadas por ellas, que nosotras habíamos hecho nuestras ya, para posteriormente “soltarnos” más e integrar este equipo ausente físicamente pero presente en los aprendizajes.

Las habilidades adquiridas se han reflejado en mi práctica terapéutica privada, la cual he retomado al terminar el cuarto semestre. La pausa en dicha actividad se debió en primer término a la carga de trabajo en la Residencia y en mi trabajo como docente, el que no dejé de realizar durante mis estudios y por los cambios en mi familia, aspecto éste que fue cuidado dentro del proceso terapéutico personal. Es interesante observar la forma en que se interioriza el equipo a través de reflexiones propias sobre lo que las demás harían o dirían al respecto y las sugerencias que probablemente me harían, adoptar un enfoque sistémico me permite trabajar con la familia, sin necesidad de tener presentes, físicamente, a l@s miembros que la conforman y, sobre todo, convertirme en mi propia observadora y la influencia que mi persona y mi trabajo pueden llegar a tener en l@s otr@s.

Cabe destacar que la terapia es sólo uno de los aspectos contemplados para trabajar dentro la Residencia de Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología; la difusión del conocimiento a través de pláticas y talleres con los derechohabientes del ISSSTE y la comunidad de Iztacala, la presentación de trabajos en foros académicos, así como la asistencia a congresos y conferencias sobre diversas problemáticas sirvieron de apoyo para nuestra formación integral.

ANEXOS

Códigos de Genogramas	
Símbolos	Definición
	Distante y hostil
	Hostilidad
	Amorosa
	Sobre amorosa
	Separación
	Divorcio
	Personas que habitan en un mismo hogar
	Paciente identificado
	Abuso emocional
	Sobreinvolucramiento
	Violencia física
	Unión libre
	Matrimonio Civil y deceso

LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

Esta Ley tiene como antecedentes la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer en 1979, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer: *la Convención de Belem do Pará* que entró en vigor el 12 de noviembre de 1998. La Convención de los Derechos de los Niños de 1992, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing de 1995. En el Distrito Federal, en el año de 1996, la propuesta fue aprobada y a través de ésta se crea la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, reformada en junio de 1998, cambiando su nombre para establecerse como *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar*. Esto amplió su marco de acción, pues es una ley de carácter administrativo que tiene como objetivo la asistencia y prevención del problema (Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, 1999).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Dada la diversidad de denominaciones sobre violencia que existe en la literatura: violencia familiar, contra la mujer, de género, doméstica, etcétera, a continuación se presenta la terminología más utilizada en el trabajo con violencia y sus definiciones.

Violencia, la raíz etimológica de violencia remite al concepto de *fuerza*, por lo que la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño. En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza, que puede ser física, psicológica, económica o política; por lo tanto se habla de violencia social, violencia económica, violencia social, entre otras; implica la existencia de un *arriba* y un *abajo* reales o simbólicos y para que se materialice en conducta tiene que darse la existencia de un cierto desequilibrio de poder (definido por la cultura o por el contexto), o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.

El daño se refiere a cualquier tipo y grado de menoscabo para la integridad del otr@, por ende, existen diferentes tipos de daño que se ocasionan en una relación de abuso (físico, emocional, económico, entre otros)

Violencia de género son todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal, que adopta formas muy variadas

tanto en el espacio público como en el privado (incluye todas las formas de discriminación en los ámbitos familiar, social, institucional, político, laboral y cultural), “abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física” (Velázquez, 2002, p.29).

La *violencia doméstica* es una expresión de la violencia de género, se refiere a la violencia que tiene lugar en el espacio doméstico, entendido como el espacio delimitado por las interacciones en contextos privados (noviazgo, amasiato, concubinato, matrimonio, relaciones padre-hija, entre otros). Incluye el maltrato físico, verbal, psicológico, chantaje emocional, abuso sexual, emocional, económico, ambiental, entre otros.

La *violencia familiar* se refiere a todas aquellas formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diferentes niveles de daño. Los grupos identificados como vulnerables son las mujeres, l@s niñ@s, personas discapacitadas y las personas mayores. Este tipo de violencia presenta dos vertientes: la violencia basada en el género y la violencia basada en la generación; en una relación jerárquica desigual que coloca en un lugar vulnerable a una persona o grupo de personas. Por lo que en la primera encontramos la violencia hacia las mujeres y las niñas y en la segunda, nuevamente a las mujeres mayores, a los hombres mayores y a los niños (Corsi, 2003).

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona. Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: McNamee, S. & Gergen, K. La Terapia como construcción social. Barcelona: Paidós, p.p.77-91.
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. (2003). Postmodern social construction therapies. Recuperado el 8 de noviembre del 2005 de:<http://www.harlene.org/writings/PostmodernTherapiesChapte.htm>.
- Anderson, H. (2004). Ethics and uncentainty: Brief unfinished thoughts. Recuperado el 8 de noviembre del 2005 de [http://www.harlene.org/writings/PosmodernTherapiesChapter](http://www.harlene.org/writings/PosmodernTherapiesChapter.htm).htm.
- Aponte, H. (1992). Training the person of the therapist in structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (3), 269-281.
- Aumann, V. & Iturralde, C. La construcción de los géneros y la violencia doméstica en: Corsi, J. (1994) (comp.). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Aurón, F. & Troya, E. (1988). La Diferenciación de los constructos del Terapeuta en la Supervisión. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, México.
- Badinter, E. (1992). XY La identidad Masculina. Barcelona: Alianza.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu.
- Botinelli, M.C. (2000). *Herederos y protagonistas de relaciones violentas*. Buenos Aires: Lumen.
- Botkin, D.R., Weeks, M. O. Morris, E. (2000) Changing Marriage Role Expectations: 1961-1996. *Sex Roles: A Journal of Research*, May, E.U: Plenum Publishing Corporation.(42) 933-942 Recuperado el 9 de noviembre del 2003 de <http://www.findarticles.com>.

- Bueno, N. L., Amaro, S. A. Caballero, P. S. y Mejia, A. O. (2004). Estereotipos de Género en relación a los años de convivencia en pareja: un estudio descriptivo. México: UNAM. s/p.
- Burin, M. & Meler, I. (1998). Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. & Meler, I. (2000). Varones, Género y subjetividad masculina. Buenos Aires: Paidós.
- Capítulo tres: La familia, sus funciones, derechos, composición y estructura. Recuperado el 12 de diciembre del 2005 de <http://www.conapo.mx/prensa/informes/003.pdf>.
- Carter, B. Divorcio el de él y el de ella, en : Walters, M., B., Carter, P., Papp y Silverstein, O. (1996). La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. México: Paidós.
- Cea D'Ancona, M: A: (1996). Metodología Cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. España: Síntesis.
- Ceberio, M. & Linares, J. (2005). Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, 5(1).
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas. Barcelona: Paidós.
- Código Ético del Psicólogo (2001). Sociedad Mexicana de Psicología. México: Trillas.
- Corsi, J. (1994). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. Dohmen, M.L., Sotés, M.A. y Bonino, M. L. (2002). Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (comp.).(2003) Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.
- De la Cuesta, P. M. (1994). Victimología y Victimología Femenina: las carencias del sistema. España: Edit. Universidad de Cádiz.

- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15 (1) 47-56.
- De Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. México: Paidós.
- Dutton, D. & Golant, S. (1997) El golpeador. Un perfil psicológico. Buenos Aires: Paidós.
- Eguiluz, L (2001) La Teoría Sistémica, alternativa para investigar el sistema familiar. UNAM, Campus Iztacala, Universidad de Tlaxcala, México.
- Eguiluz, L. (2004).(comp.). Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Editorial Pax.
- Espinosa, M. R. (2001). Características Socioculturales en familias mexicanas. *Psicoterapia y Familia*. 14. (1).
- Estrada, L. (1997). El Ciclo Vital de la Familia. México: Grijalbo.
- Fernández, L. A. & Rodríguez, V. B. (2002). La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. España: DDB.
- Fassler, F. Violencia doméstica. Algunas reflexiones en : Araujo, P. G., Desatnik, M. O. y Fernández, R.L. (1999). (Ed) Frente al silencio. Testimonios de la violencia en Latinoamérica. México: ILEF.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Flaskas, M. & Humpreys, C. (1993). Theorizing about power: intersecting the ideas of Foucault with the "problem" of power in Family Therapy. *Family Process*. 32:35-47.
- Foucault, M. (1971). Verdad y poder en Foucault, M. (1999) Obras esenciales: Estrategias de poder (II) Barcelona: Paidós.
- Foucault (1976). Curso del 14 de enero de 1976 en M. Foucault, (1992). Genealogía del poder. Microfísica del poder. La Piqueta: España.
- Foucault (197/a). Las relaciones de poder penetran los cuerpos en M. Foucault, (1992). Genealogía del poder. Microfísica del poder. La Piqueta: España.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder en: Dreyfus & Rabinow: Michael Foucault. Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. México: UNAM.
- Foucault en: Desatnik, O. (1997). Autoritarismo, poder y violencia. Mecnograma.

- Geffner, R. A.; Jaffe, P. G. y Sudermann, M. (ed). (2000). Children exposed to domestic violence. Current issues in research, prevention, and policy development. USA: The Haworth Press, Inc.
- Gergen, K. (1992). El Yo Saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Paidós. Barcelona.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2000) Family Therapy an Overview. Australia: Brooks/Cole. Thompson Learning.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. y Walker, G. (1990). Love and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments. *Family Process*. 29 (4) 343-364.
- Golombok, S. & Fivush, R. (1994) Gender Development. Cambridge University Press.
- Haley, J. (1989). Terapia No Convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Argentina: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1990). Terapia para resolver problemas. Argentina: Amorrortu.
- Hanson, F. I., Ferligoj, A. Kogovsek, T. Rener, T., Horvat, J. & Sarlija, N. (2003). Sex Roles :Gender-Role attitudes in university students in the United States, Slovenia, and Croatia. *Psychology of Women Quarterly*. (27). 256-261. Recuperado el 5 de noviembre del 2003 de <http://www.findarticles.com>.
- Heise, L. , Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). Para acabar con la violencia en contra de la mujer. *Population Reports*. Recuperado el 4 octubre del 2005 de <http://www.infoforhealth.org/pr/s11/111creds.shtml>.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2002). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hoffman, L. (1998). Fundamentos de la terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado el 27 de diciembre del 2005 de <http://www.inmujeres.gob.mx/vidasinviolencia/reto.index.htm>.
- Keeney, B. P. & Ross, J. (1993). Construcción de terapias familiares sistémicas. "Espíritu" en la terapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. P. (1994). La Estética del Cambio. Barcelona: Paidós.
- Kerlinger, F. (1999) Investigación del Comportamiento. México: McGraw-Hill.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. Nueva antropología: III (30)

- Lamas, M. (1998). La Perspectiva de Género. Carpeta de Sexualidad. México: SEXUNAM.
- Lara, C. M. (1989). Rasgos Masculinos y Femeninos en Parejas: Autodescripción y descripción del cónyuge; similitud o diferencia de roles. *Revista Mexicana de Psicología*, 6, (1).
- Lara, C. M. (1993) Inventario de Masculinidad y Femenidad IMAFE. México: El Manual Moderno.
- Lara, M., Navarro, C. y Navarrete, L. (2005). Una propuesta de intervención en el primer nivel de atención para mujeres en riesgo de depresión. Fase: difusión de resultados y evaluación de impacto. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México. Proyecto 4185. Recuperado el 8 de noviembre del 2005 de <http://www.salud.gob.mx>.
- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar y Reglamento de las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF).
- Limón, G. (2005). El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social. México. Editorial Pax.
- Linares, J. L. (2002). Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control. Buenos Aires: Paidós.
- Macías, R. (1995). La Familia. Antología de Sexualidad Humana (1). México: CONAPO.
- McGoldrick, M., Anderson, C. y Walsh, F. (1991). Women in families. A framework for family therapy. New York: Norton & Company, Inc.
- McNamee y Gergen, 1992. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Madanes, C. (1990). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Manual de estilo de publicaciones (2002). México: Manual Moderno.
- Minuchin, S. (1989). Familias y Terapia Familiar. México: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fischman, H. (2002). Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós.
- Najera, M. Algunas herramientas teóricas y prácticas para trabajar con violencia en la pareja: cómo romper el silencio. En: Jenkins, R. E. (2001), (Ed). Ética y estética en la Terapia Familiar en México. Asociación Mexicana de Terapia Familia, A.C.

- Nardone, G. & Watzlawick P. (2001). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. España: Paidós Terapia Familiar.
- O'Leary, K. D. & Maiuro, R.D. (2001). Psychological abuse in violent domestic relations. New York: Springer Publishing Company.
- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Herder.
- Papp, P. Parejas. Cuestionario para terapeutas matrimoniales en : Walters,M., B.,Carter, P.,Papp y Silverstein, O. (1996). La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. México: Paidós.
- Partida, V. (2004a) Migración en la vejez y reunificación familiar. México: CONAPO. Recuperado el 27 de octubre del 2005 de <http://www.conapo.gob.mx>
- Partida, B.V. (2004). Migración en la Vejez y Reunificación Familiar. CONAPO. Recuperado el 27 de octubre del 2005 de <http://www.inegi.gob.mx>.
- Partida, V. (2004b). Situación demográfica nacional. CONAPO. Recuperado el 27 de octubre del 2005 de <http://www.inegi.gob.mx>
- Payne, M. (2002). Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. Barcelona. Paidós.
- Powlishta, K. (2000). The Effect of Target Age on the Activation of Gender Stereotypes. *Sex Roles: A Journal of Research*. E.U: Plenum Publishing Corporation Feb. 42 (42) 271- 282. Recuperado el 8 de noviembre del 2003. <http://www.findarticles.com>.
- Programa de Residencia de la Maestría en Psicología (2001). México: UNAM. Recuperado el 20 de octubre del 2005 de <http://www.unam.mx/maestrías/psicología>.
- Ravazzola, M.C. (2003). Historias infames: los maltratos en las relaciones. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (2000). Comunicación no violenta. Como utilizar el poder del lenguaje para evitar conflictos y alcanzar soluciones pacíficas. México: Urano.
- Rossmann, R., Hughes, H. M. y Rosenberg, M. S. (2000). Children and interparental violence. The impact of exposure.

- Salguero, U. A. (2002). Significado y Vivencia de la Paternidad en el Proyecto de vida de los varones. Tesis de Doctorado en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM.
- Serra, P. (1993). Physical Violence in the Couple Relationship: A Contribution toward the Analysis of the Context. *Family Proccess* (32):21-33.
- Serrano, J. (1997). Estudio de Casos. En: A. Baztán. Etnografía: Metodología Cualitativa en la investigación Sociocultural. México. Alfaomega.
- Selvini Palazzoli-, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980) Hipotetizando-Circularidad-Neutralidad: Tres Guías para la conducción de una sesión. *Family Process*: 19 (1).
- Selvini Palazzoli-, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1994) Paradoja y Contraparadoja. Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia de Transacción Esquizofrénica. México: Paidós.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*: Agosto, 65-69.
- Sobral, J. & Arce, R. (1994) Manual de Psicología Jurídica. México: Paidós.
- Silva R. A. (1992). Métodos Cuantitativos en Psicología. México. Trillas.
- Stake, R. (1992). Investigación con estudios de casos. Madrid: Ediciones Morata.
- Stoler, R. F. (1968). Sex and Gender: On the development of masculinity and feminity, s/r.
- Tarragona, M. (1990). La mujer en Terapia Familiar, hacia una terapia sensible al género. *Psicoterapia y familia*. 3, (2).
- Tarrés, M. (2001). Lo cualitativo como tradición. Observar, Escuchar y Comprender sobre la tradición cualitativa en la Investigación Social. México: FLACSO.
- Twenge, (1997 en: Hanson, F. I., Ferligoj, A. Kogovsek, T. Rener, T., Horvat, J. y Sarlija, N. (2003). Gender-Role attitudes in unversity students in the United States, Slovenia, and Croatia. *Psychology of Women Quarterly*. (27). 256-261.
- Umbarger, C. (1999). Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Vallés, M. (2000). Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis.
- Velázquez, S. (2003). Violencia cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar. Buenos Aires: Paidós.

- Walters, M., B., Carter, P., Papp y Silverstein, O. (1996). La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. México: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. y Jackson, D. (1983). Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R (1999). Cambio. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona: Paidós.
- Wittezaele, J. & García T. (1994). La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Herder.
- White, M. & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona. Paidós.
- White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona. Gedisa.