



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

MITOS Y LEALTADES
EN LAS RELACIONES FAMILIARES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A
P R E S E N T A :
L I L I A B U E N O N I E V E S

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE EXAMEN: TITULAR: DRA. MARÍA SUAREZ CASTILLO
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ
MONTROYA
TITULAR: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA
SUPLENTE: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A LA MTRA. OFELIA DESATNIK Y LA DRA. MARIA SUÁREZ POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS; SUS ORIENTACIONES, CALIDAD HUMANA Y PROFESIONALISMO.

A TODAS LAS PROFESORAS DE LA MAESTRÍA QUE CON SUS ENSEÑANZAS, OBSERVACIONES, COMENTARIOS Y ACCIONES CONTRIBUYERON A MI FORMACIÓN PROFESIONAL.

A MIS PADRES POR EL ACOMPAÑAMIENTO QUE ME DAN CON SUS ENSEÑANZAS, CONFIANZA Y APOYO DÍA CON DÍA.

A MI HERMANA POR SU APOYO INCONDICIONAL

A MI HERMANO QUE SIGUE VIVIENDO EN MÍ A TRAVÉS DE LOS RECUERDOS.

A MIS HIJOS POR EL TIEMPO QUE ME DISTANCIE AL PERSEGUIR EL OBJETIVO DE CONCLUIR LA MAESTRÍA.

A MI ESPOSO PORQUE CON SUS ACCIONES ME IMPULSO A TOMAR LA DECISIÓN DE CONTINUAR BUSCANDO CAMINOS PARA MI CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL.

A MIS COMPAÑEROS PORQUE DE ELLOS ME LLEVO GRANDES ENSEÑANZAS.

A LOS CONSULTANTES QUE ME PERMITIERON CONOCER SUS PROBLEMÁTICAS Y TRABAJAR CONJUNTAMENTE EN BENEFICIO DE AMBOS.

A MIS AMIGOS DE MUCHOS AÑOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO QUE CONFIARON EN MI CAPACIDAD Y PERSISTENCIA.

ÍNDICE

I. Introducción y Justificación

1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar
 - 1.1 Características del campo psicosocial
 2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico
 - 2.1 Descripción de los escenarios clínicos
 - 2.2 Trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos
 - 2.3 Análisis sistémico de los escenarios clínicos

II. Marco Teórico

1. Marco Teórico Epistemológico
 - 1.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna
 - 1.1.1 Modelo de Terapia Estructural
 - 1.1.2 Modelo de Terapia Estratégica
 - 1.1.3 Modelo de Terapia Breve (MRI) Centrada en Problemas
 - 1.1.4 Modelo de Terapia Sistémica de Milán
 - 1.1.5 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
 - 1.1.6 Terapia Narrativa
 - 1.1.7 Enfoque Colaborativo
 - 1.1.8 Equipo Reflexivo
 2. Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas
 - 1.1 Integración de expedientes, análisis y discusión Teórico-Metodológica
 - 1.2 Mitos y Lealtades en las Relaciones Familiares
 - 1.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total desde la Cibernética de Segundo Orden
2. Habilidades de Investigación
 - 2.1 Reporte de la Investigación usando Metodología Cuantitativa
 - 2.2 Reporte de investigación usando Metodología Cualitativa
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria
 - 3.1 Elaboración y Presentación de Productos Tecnológicos Individuales
 - 3.2 Elaboración y Presentación de Productos Tecnológicos Colectivos
 - 3.3 Programas de Intervención Comunitaria
 - 3.4 Presentación de Trabajos en Foros Académicos
4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

IV. Consideraciones Finales

BIBLIOGRAFÍA

I. Introducción y Justificación

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

1.1 *Características del Campo Psicosocial*

Actualmente, la sociedad contemporánea enfrenta grandes transformaciones económicas y políticas en muchas partes del mundo: enfermedad, guerra, pobreza, hambruna y otras más la están abrumando, más allá de su capacidad para salir adelante. Más de mil millones de familias en el mundo viven en absoluta pobreza y carecen de vivienda adecuada, de condiciones de sanidad e higiene además de que presentan un alto nivel de analfabetismo. Por tanto, el reto actual del mundo contemporáneo es dar respuesta a tales transformaciones, tomando en cuenta que la familia es el principal motor del desarrollo económico y social de toda sociedad, por lo que su atención y seguimiento son considerados como prioridad en la determinación de las políticas de cada país (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\FAMILIA - FAMILY.htm).

México no está exento de la problemática del mundo contemporáneo, entre éstos, la pobreza, la salud y la educación. No podemos dejar de considerar que en la pobreza se viven condiciones de marginación extrema que conducen a la ignorancia y a grandes niveles de analfabetismo, así como al detrimento de las condiciones básicas de salud cuando no se tiene acceso a los mismos o su acceso es limitado; de igual forma, es necesario tener en cuenta el contexto socio económico en el que sobreviven muchos mexicanos que ven día a día deteriorarse sus condiciones de vida (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Una de las políticas educativas en México ha sido abocarse a la formación de profesionales dentro de diversas disciplinas; una de éstas, es la Psicología, como una forma de dar respuestas y enfrentar las problemáticas sociales considerando el contexto nacional y sus "transformaciones políticas, sociales y económicas, teniendo en cuenta la modernización del país y su inserción en un mundo globalizado" (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001; p. 3). De esta forma, la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México surge como una necesidad de abordar la problemática derivada de las condiciones sociopolíticas y económicas del México actual. Algunos programas de atención psicosocial, de salud y educación, se han propuesto, entre los cuales podemos mencionar.

En el periodo 2001-2006, en México, se diseñó como estrategia para atender la creciente demanda de la problemática familiar, El *Programa Nacional de Población* (PNP), reconociendo como uno de sus principales desafíos atender las necesidades y potencialidades que derivan de las transformaciones sociodemográficas en la estructura y organización familiar y en el curso de vida de sus integrantes.

Dentro del marco del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* (PND) el organismo que tiene a su cargo el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) propuso programas institucionales anuales que incluían el desarrollo de políticas en materia de asistencia social, prevención y atención de la discapacidad, los programas de atención a población con vulnerabilidad social, la orientación jurídica a familias y las estrategias de protección a la infancia (<http://pnd.presidencia.gob.mx/>)

En nuestro país, la principal estrategia para la superación de la pobreza durante el periodo 1997-2004 fue el diseño e implementación de un programa de carácter integral que abarcara acciones en diversos ámbitos: educativo, de salud y alimentario, principalmente. El *Programa de Educación, Salud y Alimentación* (PROGRESA) que operó entre 1997 y 2001 integró subsidios alimentarios, consultas médicas gratuitas y becas de apoyo a familias en situación de pobreza. Hasta 1999, PROGRESA había atendido a 977 mil familias y en ese mismo año añadió 680 mil familias más a su padrón.

Posteriormente, PROGRESA se convierte en el *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* beneficiando en el 2003 a un total de 4 millones 240 mil familias.

En el ámbito educativo, *Oportunidades* apoya estudiantes de familias en situación de pobreza que están inscritos entre el tercer grado de primaria y el nivel medio superior otorgándoles útiles escolares y becas; estas últimas se incrementan conforme aumenta el grado escolar y, a fin de abatir las desventajas de las niñas en cuanto a acceso a la educación en México, son progresivamente mayores para éstas.

En el área de alimentación, el Programa Oportunidades realiza una transferencia monetaria mensual a hogares con niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. El recurso para contribuir a mejorar la alimentación se complementa con una vigilancia periódica del estado nutricional de los beneficiarios, la cual se lleva a cabo a través de las unidades del sector salud.

Desde una perspectiva asistencial, se están realizando esfuerzos para incrementar la cobertura de los servicios de salud a través del *Programa Seguro Popular de Salud*, el cual comenzó en 2002. La mayor parte de las familias beneficiarias forman parte de los dos deciles de la población con menores ingresos. En su inicio benefició a 317 mil familias y al cierre de 2003 se alcanzó una cobertura de medio millón de mexicanos.

De reciente creación e implementación (2001), el *Programa Arranque Parejo en la Vida* tuvo el objetivo de garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todos los niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad. En 2002, 17 estados estaban en el proceso de incorporarse al programa con la participación del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) Oportunidades y la Secretaría de Salud (SSA).

Por último, en años recientes se han diseñado acciones para atender problemáticas específicas de salud. Por ejemplo, desde 1999 el *Programa Lazo Rojo*, coordinado por la Secretaría de Salud, ha implementado estrategias con el objetivo de incorporar a diversos sectores de la sociedad en la lucha

contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Otro ejemplo es el *Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico* a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el sector social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha diseñado y puesto en práctica varias acciones dirigidas a mejorar el acceso de los trabajadores y de las familias derechohabientes a los servicios, seguros y prestaciones. Entre otros, el *Programa de Medicina Familiar* (<http://www.conapo.gob.mx/prensa/informes/003.pdf>).

En este sentido, México ha venido desarrollando acciones para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de los hogares y apoyarlos a aliviar las presiones y cargas que se derivan de modificaciones en la estructura del curso de vida, en las pautas de formación y disolución familiar; a proteger y apoyar a los hogares en situación de pobreza o bien a aquéllos donde se combinan la atención a varios tipos de vulnerabilidad; a promover una más justa distribución de obligaciones y responsabilidades entre hombres y mujeres; y a propiciar relaciones familiares basadas en el respeto y la solidaridad de sus miembros, lo que exige avanzar en la erradicación de todas las formas de violencia que a menudo tienen lugar en ese ámbito, así como promover la importancia de la unión y el fortalecimiento de la familia. Sin embargo, la realidad es que no se cuenta con los recursos suficientes, la cobertura es limitada, las acciones se realizan de manera aislada o se aplican de manera desigual, por lo que los resultados no son del todo satisfactorios (<http://www.conapo.gob.mx/prensa/informes/003.pdf>).

Asimismo, los problemas nacionales relacionados con las deficiencias en materia de educación, salud y condiciones de vida, conllevan a la familia mexicana a sufrir grandes niveles de estrés y vivir problemáticas de depresión, alcoholismo, drogadicción, deserción escolar, cáncer, sida, delincuencia, suicidios, desintegración familiar, violencia, entre otros. Por tal motivo, el compromiso de la disciplina psicológica, es la formación de profesionales con capacidad de delimitar y detectar las variables psicosociales asociadas a los problemas psicológicos y proponer alternativas de solución efectivas, siendo uno de los principales espacios de intervención, la familia, considerando sus cambios y sus transformaciones a través del las demandas del contexto histórico.

En las últimas décadas los hogares mexicanos han tenido que enfrentar cambios en su composición y por lo tanto en su estructura. Aún y cuando sigue prevaleciendo la familia nuclear, las familias u hogares unipersonales van creciendo poco a poco. Este incremento se debe a que los hogares formados por una persona (hogares unipersonales), han aumentado su peso relativo de 4.2 por ciento del total de unidades domésticas del país en 1976 a 6.5 en 2000.

Los arreglos familiares nucleares también han sufrido transformaciones. Entre 1976 y 2000 los arreglos familiares del tipo nuclear han pasado de 71 a 68.3 por ciento del total de hogares y, dentro de ellos, los conformados por la pareja con hijos solteros (tipo nuclear conyugal) representan la organización familiar predominante (82% en 1976 y 75.4 en 2000) aunque ha ido descendiendo paulatinamente su importancia. A la par, la proporción de hogares nucleares que sólo cuentan con uno de los miembros de

la pareja (nucleares monoparentales) ha ido incrementándose ligera pero sistemáticamente, al igual que la de aquellos que se componen de la pareja sin hijos (nucleares estrictos) (INEGI, 2000^a).

La estructura y la dinámica de la familia también se han visto influenciadas por factores como el incremento en la jefatura femenina de los hogares mexicanos. Ser jefe de un hogar supone ser reconocido, tener jerarquía, ser la persona más importante de la familia, es decir, aquella que está presente regularmente en el hogar, o que es la persona con mayor autoridad en la toma de decisiones o bien el principal soporte económico.

En México, los hogares encabezados por mujeres se han incrementado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976 a más de uno de cada cinco en 2000 (CONAPO, 2001). En 2000 el número de unidades domésticas encabezadas por mujeres ascendía a 4.6 millones, cuando en 1990 sumaba 2.8 millones (CONAPO, 2001b).

Las principales tendencias demográficas que explican este fenómeno destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; el aumento de la separación y el divorcio; el incremento en la proporción de madres solteras; y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas. La condición de jefa de hogar está progresivamente separándose de la viudez que sobreviene a edades tardías y se está relacionando con la conformación de hogares monoparentales con jefatura femenina.

Ahora bien, en cuanto a la dinámica interna de la familia mexicana hay una realidad que no se puede negar, como es el uso y abuso de la violencia contra la mujer y el maltrato infantil. La violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el hogar, en el trabajo y en las calles, pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. Este tipo de violencia es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad; su justificación deriva por lo común de las normas sociales sobre el papel y los deberes asignados al hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género.

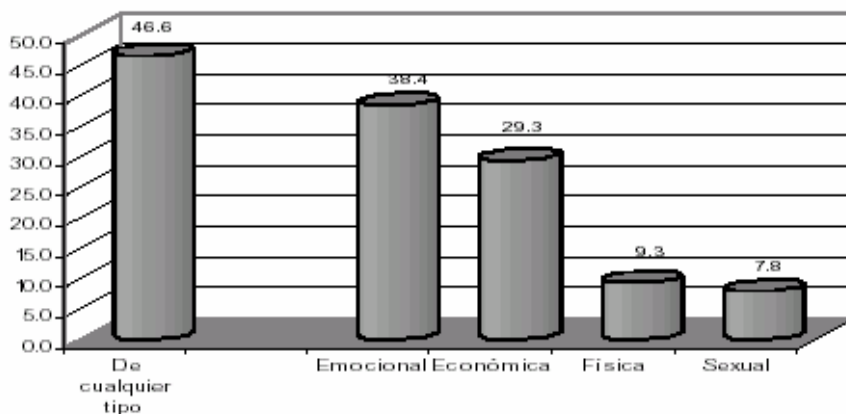
La Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF), levantada en 1999, registró que uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México sufre algún tipo de violencia intrafamiliar; asimismo, reveló una mayor presencia de actos de violencia en los hogares con jefatura masculina, 32.5% de estos hogares reportó algún tipo de violencia por 22% de los dirigidos por mujeres. Por otra parte, los miembros más frecuentemente agresores son el jefe del hogar (49.5%) y la cónyuge (44.1%), mientras que las víctimas comúnmente afectadas son hijas, hijos (44.9%) y cónyuges (38.9%) (INEGI, 2003).

En el ámbito nacional, la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, aplicada en mujeres mayores de 15 años, usuarias de los servicios de salud de hospitales generales del IMSS, ISSSTE y SSA durante los meses de enero a marzo de 2003, registró que poco más de 2 de cada 10 usuarias de estos servicios de salud sufrieron algún tipo de violencia infligida por su pareja durante el año previo al

levantamiento de dicha encuesta, y que cuatro de cada diez padecieron algún tipo de agresión a lo largo de su vida por diversas personas cercanas a ellas (INEGI, 2004).

Otro índice de cómo afecta la violencia a la población mexicana, lo representa la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones de Pareja en los Hogares (ENDIREH, 2003), siendo la primera y única realizada en hogares a escala nacional para reunir información sobre la violencia contra las mujeres por parte del esposo o compañero. Dicha encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) entre octubre y noviembre del 2003. Los datos arrojados indican que en México, 47 de cada 100 mujeres mayores de 15 años que viven con su pareja en el hogar, sufren violencia emocional, económica, física o sexual por parte de su compañero o esposo. Asimismo, por tipo de violencia, de cada 100 mujeres del grupo señalado arriba, 9 padecen violencia física; 8, sexual; 38, emocional y 29, económica representado como (INEGI, 2004).

Porcentaje de mujeres de 15 años y más¹ con al menos un incidente de violencia de pareja por tipo de violencia, 2003



¹ Se refiere a mujeres con pareja residente en el hogar.

Fuente: INEGI-INMUJERES. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003.

La ENDIREH 2003 (INEGI, 2004) registró también información que permite identificar situaciones de violencia que hubiese vivido la pareja conyugal (hombre y mujer de manera independiente) durante su infancia y dentro de su familia de origen; los datos muestran que las mujeres que actualmente viven violencia de su pareja, fueron objeto de actos de violencia durante su infancia por algún miembro de su familia de origen, en mayor medida que las mujeres que declararon no padecer violencia con su esposo o compañero. Por otra parte, 65 de cada cien mujeres que sufren violencia física o sexual fueron objeto de violencia cuando eran niñas. Por lo anterior, 9 de cada 100 mujeres viven violencia física y 7 de cada cien declararon ser objeto de actos de violencia sexual por parte de su pareja. Asimismo, la violencia física la

padecen más las mujeres jóvenes: 13 de cada cien mujeres de 15 a 19 años e igual proporción de aquellas entre 20 y 24 años. La violencia que viven las mujeres repercute en el trato para con sus hijos; mujeres víctimas de violencia por parte de su esposo o compañero agreden más a sus hijos que aquellas que declararon no haber experimentado ningún incidente de violencia con su pareja. De acuerdo con la ENDIREH 2003, 45 de cada cien mujeres que son maltratadas por su compañero o esposo agreden a sus hijos, mientras que 27 de cada cien mujeres que no padecen violencia de pareja son generadoras de violencia en contra de sus hijos. La violencia hacia los hijos se incrementa en parejas donde las mujeres sufren violencia física o sexual: 57 de cada cien mujeres que sufren violencia física, y 49 de cada cien mujeres que sufren violencia sexual, por parte de su compañero o esposo son agentes generadores de violencia en contra de sus hijos.

Asimismo, las muertes violentas son la quinta causa de los decesos femeninos, le anteceden las muertes por enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y padecimientos cerebrovasculares. De igual forma, según el lugar donde ocurre el fallecimiento, 22.1% del total de muertes violentas femeninas tuvo lugar en el hogar. Por tipo de causa, 15.2% de los accidentes, 36.6% de homicidios y 74.9% de suicidios de mujeres, ocurrieron en el hogar.

En general, las muertes violentas femeninas se presentan básicamente en mujeres mayores de 15 años, 77.6%; cabe señalar que el 41% se registró en aquellas de 15 a 49 años (INEGI, 2004) cabe señalar que ambos grupos corresponden a mujeres en edad productiva.

Otro indicador del estrés que vive la familia y su repercusión en la vida familiar en México, lo representan las tentativas de suicidio y el suicidio consumado. El director de los Servicios de Salud Mental en el país, Salvador González, ubica el suicidio entre las 10 principales causas de muerte en el país. Actualmente la tasa es de 3.5 por cada 100 mil habitantes, lo que significa un aumento con relación al año 2000, que era de 2.5, según cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (cimacnoticias.com, 2002).

De igual forma, en relación al rubro de salud, la rápida propagación del VIH/SIDA en México como en otros partes del mundo afecta a los niños y sus familias, dejando a muchas de ellas sin protección, asistencia e ingresos. Las estimaciones actuales, considerando diversas comparaciones internacionales, evidencian que alrededor de 150,000 personas son portadoras del VIH en México, la gran mayoría (78%) entre las edades de 15 y 44 años, por lo cual el SIDA representa la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 44 años y la sexta causa de muerte en mujeres de este grupo de edad. Entre los otros grupos de edad, 2.6% de los casos corresponden a menores de 15 años y el 17.6% al grupo de 45 o más años. El 86% de los casos corresponden a hombres y el 14% mujeres, existiendo una relación hombre/mujer de 6/1 (UNICEF, 2001).

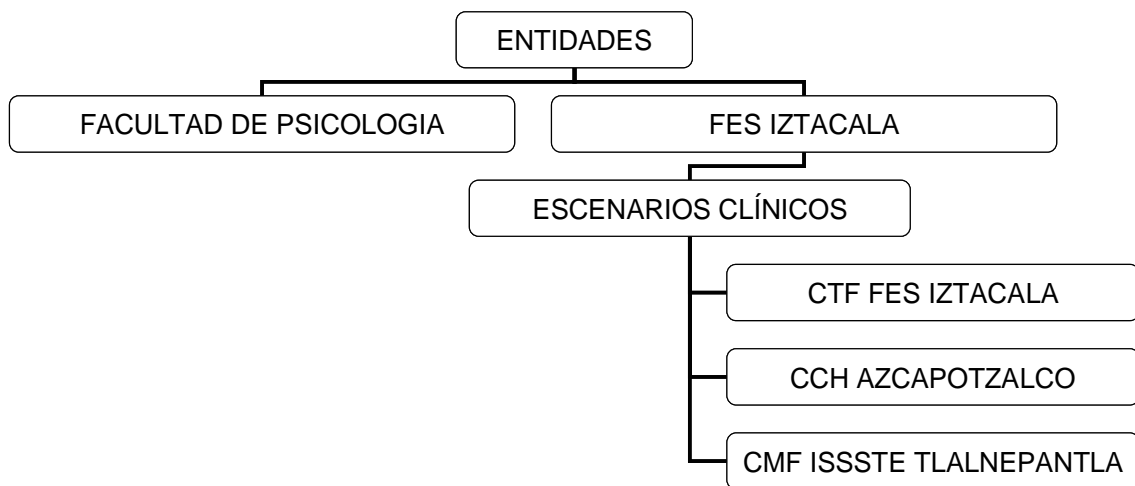
Lo anterior sólo es una pequeña muestra del panorama de los factores sociales, políticos ideológicos y económicos que afectan la vida en familia, pero sin lugar a dudas quedan muchos otros más sin tocar.

2. Caracterización de los Escenarios donde se realiza el Trabajo Clínico

2.1. Descripción de los Escenarios Clínicos

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque Sistémico y Construccionalista, tiene como objetivo desarrollar en los estudiantes, competencias profesionales con una visión integrativa que les permita abordar los problemas clínicos que inciden en la calidad de vida y de salud de las personas, desde una mirada interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural político, económico, etc.). Para tal fin, a lo largo de los dos años que dura el Programa, los residentes son participantes activos en la práctica supervisada en las entidades donde se imparte la maestría: Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI).

En el caso particular, mi participación dentro del Programa de Maestría en Psicología lo realicé en la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala; la práctica clínica supervisada se realizó en los siguientes escenarios clínicos: Clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala, Colegio de Ciencia y Humanidades (CCH) plantel Azcapotzalco y la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tlalnepantla.





Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I)

Av. de los Barrios # 1, Los Reyes Iztacala Municipio de Tlalnepanitla
Estado de México

Antecedentes

La FES Iztacala forma parte de la riqueza académica, de investigación y cultura de la Universidad Nacional Autónoma de México, la que fue creada el 21 de septiembre de 1551 con el nombre de Real Universidad de México bajo el auspicio de la Corona Española expidiéndole la cédula de creación como Real y Pontificia Universidad de México e inaugurándose el 25 de enero de 1553. En la época independiente se suprime el nombre de Real, estableciéndose como Universidad Nacional y Pontificia, para posteriormente quedar sólo como Universidad de México. El 22 de septiembre de 1907 se inaugura como Universidad Nacional de México. En el año de 1929 se constituye como una entidad independiente que le permitirá la libertad de cátedra, libertad de pensamiento y la independencia académica, conquistando su Autonomía quedando establecida como Universidad Nacional Autónoma de México (www.unam.mx).

En los años 50' se inicia la construcción de Ciudad Universitaria durante el gobierno de Miguel Alemán y como rector Luis Garrido. Desde su construcción hasta los primeros años de la década de los 70' tuvo un gran crecimiento siendo necesario implementar un programa de descentralización de los estudios profesionales aprobado en el año 1974 siendo rector el Dr. Guillermo Soberón y respondiendo a la creciente demanda académica principalmente dentro de la zona metropolitana. De esta manera se crearon las Escuela Nacional de Estudios Profesionales ENEP's Cuatitlán (1974), Acatlán (1975), Iztacala (1975), Aragón (1976) y Zaragoza (1976).

La FESI surge como una respuesta a la descentralización regionalizada de las actividades de docencia, investigación y extensión universitaria; inicia sus labores en el ciclo escolar 1975 abriendo las carreras de Biología, Medicina, Odontología, Psicología a nivel licenciatura, Enfermería en inicio a nivel técnico y actualmente también existe a nivel licenciatura y Optometría a nivel técnico.

En el año 2001 el Consejo Universitario aprueba el estatus a la ENEP-I como Facultad de Estudios Superiores por contar con la infraestructura, el personal académico, experiencia, generación de

investigación de alta calidad y doctorados necesarios para alcanzar el grado de facultad (<http://gaceta.iztacala.unam.mx/B3.pdf>).

Contexto Terapéutico: Clínica de Terapia Familiar FES-Iztacala

Se ubica en el primer piso del edificio de Endoperiontología, construida ex profeso para brindar servicio psicoterapéutico a la comunidad por parte de los residentes del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, a partir de marzo del año 2001.

La clínica cuenta con dos cubículos y una sala. Los cubículos se encuentran comunicados por un espejo de visión bidireccional. Se cuenta con el siguiente equipo técnico: línea telefónica con sistema de comunicación interna para ambos cubículos, micrófono ambiental, amplificador de sonido, videocámara, video casetera VHS, televisor así como con sillas. En uno de ellos trabaja el terapeuta asignado con el (los) consultante (es) lo que constituye el Sistema Terapéutico; mientras tanto, en el cubículo contiguo se ubica el equipo de supervisados y el supervisor quienes conforman el Sistema de Supervisión.

Consultantes

En la FES-Iztacala, la coordinación de la Clínica de Terapia Familiar en cuanto a la organización y asignación de casos a los residentes del servicio de Terapia Familiar estuvo a cargo de la Dra. María Suárez, siendo las responsables de la supervisión en este escenario clínico: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, Dra. María Suárez Castillo, Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Xóchitl Galicia.

La población atendida es muy heterogénea, bien podía ser de las colonias próximas, las escuelas cercanas, gente de la comunidad estudiantil y trabajadores de la misma institución, así como personas de otras comunidades no cercanas al plantel, pero que buscaban una ayuda profesional y especializada y a un costo accesible.



Colegio de Ciencia y Humanidades Azcapotzalco (CCHA)

Av. Aquiles Serdan 2060, Ex-Hacienda del Rosario, Azcapotzalco, C.P. 02020, México D.F.

Antecedentes

La Universidad Nacional Autónoma de México ofrece dos modalidades de bachilleratos, la Escuela Nacional Preparatoria que cuenta con un programa anual y el Colegio de Ciencias y Humanidades que se

divide en seis semestres, cursándose en ambos casos, estudios de enseñanza media superior, en tres años. El CCH fue creado para atender la creciente demanda de ingreso a nivel medio superior en la zona metropolitana y al mismo tiempo para resolver la desvinculación existente entre las diversas escuelas y facultades y los institutos y centros de investigación de la UNAM, así como para impulsar la transformación académica de la propia Universidad con una nueva perspectiva curricular y nuevos métodos de enseñanza. Los primeros planteles en abrir sus puertas para recibir a la primera generación de estudiantes fueron Azcapotzalco, Naucalpan y Vallejo, el 12 de abril de 1971.

Misión

“El Colegio de Ciencias y Humanidades tiene como misión que sus estudiantes, al egresar, sean sujetos y actores de su propia formación y de la cultura de su medio, capaces de obtener, jerarquizar y validar información, utilizando instrumentos clásicos y tecnologías actuales, y resolver con ella problemas nuevos. Sujetos poseedores de: Conocimientos sistemáticos y puestos al día en las principales áreas del saber; actitudes propias del conocimiento, de una conciencia creciente de cómo aprenden, de relaciones interdisciplinarias en el abordaje de sus estudios, y de una capacitación general para aplicar sus conocimientos y formas de pensar y de proceder, a la solución de problemas prácticos. Con ello tendrán las bases para cursar con éxito sus estudios superiores y ejercer una actitud permanente de formación autónoma. Además busca que sus estudiantes se desarrollen como personas dotadas de valores y actitudes éticas sólidas y personalmente fundadas; con sensibilidad e intereses variados en las manifestaciones artísticas, humanísticas y científicas; capaces de tomar decisiones, de ejercer liderazgo con responsabilidad y honradez y de incorporarse al trabajo con creatividad, para que sean al mismo tiempo, ciudadanos habituados al respecto y al diálogo y solidarios en la solución de problemas sociales y ambientales”(C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\Colegio de Ciencias y Humanidades misión y filosofía.htm).

Filosofía

Se basa en el aprendizaje dinámico y tiene como objetivo desarrollar alumnos críticos que aprendan a aprender, a hacer y a ser.

Aprender a Aprender.- El alumno adquirirá la capacidad de apropiarse de nuevos conocimientos por cuenta propia, congruente a su edad y por tanto relativa.

Aprender a Hacer.- El alumno desarrollara habilidades que le permitan poner en práctica lo aprendido tanto en el aula como en el laboratorio.

Aprender a Ser.- El alumno desarrollará los conocimientos científicos e intelectuales, los valores humanos, los cívicos y los de la sensibilidad ética.

La finalidad última, es formar un alumno crítico; capaz de analizar y valorar los conocimientos adquiridos, afirmándolos, cuestionándolos, o bien, proponiendo otros diferentes.

Contexto Terapéutico: Aula de Lectura, edificio del SILADIN

Para favorecer el logro de los objetivos propuestos por esta institución, se llevó a cabo un enlace de apoyo entre la Secretaría Estudiantil del C.C.H. y el Programa de Residencia en Terapia Familiar impartido en la FESI. El plantel donde se está llevando a cabo este trabajo es el C.C.H. Azcapotzalco.

El servicio de Terapia Familiar prestado por los Residentes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar dentro de las instalaciones del CCH Azcapotzalco se realizó en el aula de lectura del edificio del SILADIN el cual fue equipado especialmente para prestar el servicio de terapia. Esta aula cuenta con dos cubículos, separados por un espejo bidireccional. El aula de mayor dimensión está destinada al terapeuta responsable y el (los) consultante (es), que forman el Sistema Terapéutico, mientras que en el otro cubículo se ubican el equipo de terapeutas supervisados y la supervisora responsable de la sede, los que forman el Sistema de Supervisión. El equipo técnico con el que se cuenta es: línea telefónica con sistema de comunicación interno, micrófono ambiental, videocámara, video casetera VHS y televisor.

En el aula mayor se reúnen el terapeuta responsable y el Sistema de Supervisión para: a) Presesión, planear la sesión, comentar las posibles hipótesis y líneas de trabajo, b) Acordar los comentarios a ser dados por el equipo y terapeuta a los consultantes, o en su caso la terapeuta supervisora comentar el mensaje que dará ella, o bien, se planean los mensajes a dar por cada uno de los terapeutas residentes cuando se trabaja equipo reflexivo y c) Postsesión, comentar el impacto del mensaje dado a los consultantes, de las posibles implicaciones personales del trabajo terapéutico, de las posibles líneas de intervención a futuro.

Consultantes

En el CCH Azcapotzalco la mayor demanda de atención está constituida por la comunidad estudiantil, sus familias y en el menor de los casos por los trabajadores del plantel. Los principales motivos de consulta fueron los problemas escolares (altos índices de reprobación, inasistencia), conductuales (agresión, adicción, autoestima, depresión, dificultad para empalmar con el adolescente por parte de los padres, falta de claridad en el establecimiento de límites con el adolescente) y emocionales (falta de motivación para las actividades escolares, negativismo, duelo, inseguridad, pertenencia a la familia en casos de adopción, sentimientos de culpa, miedos). El departamento de Psicopedagogía del plantel, en coordinación con la responsable de este escenario clínico, la Mtra. Carolina Rodríguez, se encargó de la captura de solicitudes de servicio, ya sea por parte de los profesores y padres de familia para los alumnos, para las familias, de los propios alumnos o de los trabajadores de la institución, según fuera el caso. Asimismo, ella se encargó de asignar los casos clínicos a los residentes y de supervisar el trabajo realizado por los mismos.



Clinica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tlalnepantla. Xalapa N° 68, Valle Ceylán, Estado de México

Antecedentes

En 1917 al promulgarse la Constitución Política de los Estados Mexicanos, en su artículo 123, se reconocen los derechos de los trabajadores a la seguridad social como obligación patronal a otorgar pensiones, habitación, escuelas, enfermerías entre otros servicios; pero no es hasta el mandato presidencial de Adolfo López Mateos en el año 1959, quien presenta al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que dará origen al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, transformándose en el año 1960, la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro, en el ISSSTE. De esta manera, la Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores. Su principal función es la seguridad social en las áreas económicas, sociales, culturales y protección de la salud, para lo que ampara y protege actualmente a sus derechohabientes mediante el otorgamiento de 21 seguros, prestaciones y servicios. Algunas prestaciones y servicios relacionados con el área de la salud son: Medicina preventiva, seguro de enfermedades y maternidad, servicios de rehabilitación física y mental, servicios de atención al bienestar y desarrollo infantil, seguros de riesgo de trabajo entre otros (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\ISSSTE.htm).

Misión

Contribuir a los niveles del bienestar integral de los trabajadores 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; vivienda, tiendas y farmacias y servicios turísticos (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\ISSSTE misión.htm).

Visión

Nuestra derechohabencia deberá contar con servicios acordes a sus necesidades y expectativa, 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 (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\ISSSTE vision.htm).

Contexto Terapéutico: Consultorio de Psicología

El escenario clínico de la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE responde a la coordinación entre la Facultad de Estudios Superiores (FES- Iztacala) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado a través del directivo de dicha clínica; las responsables del escenario clínico y de la supervisión fueron la Mtra. Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Susana González.

El espacio con el que se contó para la atención terapéutica, fue el consultorio de Psicología de la clínica, lugar en donde se reunían al frente el terapeuta responsable y el (los) consultante (es) que formaban el Sistema Terapéutico y, dentro del mismo consultorio en la parte posterior se encontraba el Equipo de Supervisados y las supervisoras responsables los que conformaban el Equipo de Supervisión, integrándose de esta manera el Sistema Terapéutico Total (S.T.T.) en el mismo espacio. El equipo técnico fue proporcionado por la FES-I constando de videocámara, video casetera VHS y un televisor.

Las condiciones de trabajo requirieron que los consultantes permanecieran en la sala de espera de la institución, mientras el equipo de terapeutas -residentes y supervisoras- realizaban la presesión, mensaje y postsesión.

Consultantes

La principal fuente de referencia de los solicitantes del servicio, fueron los médicos de la clínica, quienes en coordinación con el área de psicología de la misma, los enviaban con un diagnóstico previo relacionado con algún desorden de la conducta y/o emocional. A su vez estuvo la coordinación de la psicóloga Araceli Martínez responsable del servicio en la clínica quien seleccionaba los pacientes que serían referidos a terapia familiar y en coordinación con las terapeutas responsables de la sede asignaban los casos a los residentes.

Es importante considerar que algunas características comunes de la población que se atiende es ser trabajadores de dependencias del gobierno y familiares derechohabientes.

2.2 Trabajo y Secuencia de Participación en los distintos Escenarios Clínicos

El Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, preocupado por el desarrollo las habilidades clínicas de los residentes en formación en cuanto a la detección, evaluación y tratamiento de los consultantes, organiza las actividades de práctica terapéutica y supervisión bajo la asignatura de práctica supervisada a lo largo de los dos años del desarrollo del programa.

Proceso de Entrenamiento Clínico

Semestre	Escenarios clínicos	Día/horario	Familias atendidas/terapeuta responsable	Total de familias atendidas
<i>Primero</i>	Clínica de Terapia Familiar FESI	Martes 9:00 a 13:00	Observador	5
		Jueves 9:00 a 13:00		5
<i>Segundo</i>	CCH Azcapotzalco	Martes 7:00 a 12:00	1	5
	Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla	Jueves 8:00 a 13:00	2	7
<i>Tercero</i>	Clínica de Terapia Familiar FESI	Martes 9:00 a 13:00	1	5
		Jueves 9:00 a 13:00	1	6
<i>Cuarto</i>	CCH Azcapotzalco	Martes 10:00 a 13:00	1	5
	Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla	Jueves 11:00 a 15:00	1	5
	Clínica de Terapia Familiar FESI	Seguimientos	2	10

Durante el primer semestre la participación se realizó en la Clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala, mi función como parte del equipo de terapeutas en formación (residentes) fue el de observador del trabajo clínico realizado por los residentes del 3er. Semestre del mismo programa y participante del sistema de supervisión. El equipo terapéutico estuvo constituido por cinco residentes del 3er semestre, cinco

residentes del primer semestre y dos supervisoras. Los días martes el sistema de supervisión lo integraban la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky y la Dra. María Suárez Castillo; los días jueves las terapeutas supervisoras fueron la Dra. Xóchitl Galicia y la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.

En el segundo semestre realicé las actividades de práctica supervisada en dos escenarios clínicos: CCH Azcapotzalco los días martes y Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla los jueves. A partir de este semestre mi función fue de terapeuta responsable de casos y participante del sistema de supervisión. En CCH Azcapotzalco participé como parte del sistema de supervisión en la atención a cuatro familias y como terapeuta responsable con una familia; se atendieron un total de cinco familias. En la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla, participe como parte del sistema de supervisión en la atención a cinco familiar y como terapeuta responsable a dos familias; se atendieron a un total de siete familias.

En el tercer semestre, mi participación fue nuevamente en la Clínica de Terapia Familiar FES-Iztacala; los martes se atendieron un total de cinco familias, en cuatro participé como parte del sistema de supervisión y en una como terapeuta responsable, los jueves se atendieron un total de seis familias, en cinco participé como parte del sistema de supervisión y en una como terapeuta asignada.

En el cuarto semestre mi práctica terapéutica la realicé en los tres escenarios clínicos. Los martes en CCH Azcapotzalco; se atendieron un total de cinco familias, en una participé como terapeuta responsable. Los jueves en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla en donde se atendieron un total de cinco familias, en una participé como terapeuta responsable. En la Clínica de Terapia Familiar FES-Iztacala se atendieron en seguimiento de procesos terapéuticos no concluidos los miércoles a cinco familias, de las cuales participé como parte del sistema de supervisión en dos y en una como terapeuta responsable, los lunes se atendieron un total de cinco familias, participé como parte del sistema de supervisión en dos y como terapeuta responsable en una.

2.3 Análisis Sistémico de los Escenarios Clínicos

Como ya se mencionó, se tuvo la oportunidad de desarrollar las habilidades de entrenamiento clínico en tres escenarios, cada uno de ellos contó con dos profesoras como equipo de supervisión; esto permitió tener acceso a una población diversa así como a estar en contacto con diferentes estilos de supervisión, y escenarios clínicos de entrenamiento lo que contribuyó a diversificar los aprendizajes y la capacidad en la intervención terapéutica.

Una de las modalidades empleadas en la Residencia para el entrenamiento de los terapeutas en los escenarios clínicos, fue la supervisión en vivo, es decir, mientras que el terapeuta trabaja con los consultantes, ya sea detrás del espejo o al frente del espacio terapéutico (Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla durante los cuatro semestres y CCH Azcapotzalco el segundo semestre), del otro lado del espejo, o en el mismo espacio se encuentran el equipo de supervisados y la(s) supervisoras (Sistema de Supervisión).

Se asigna de entrada un caso clínico a cada uno de los terapeutas en formación; el primer contacto entre los residentes y los consultantes es a través de la entrevista telefónica en la cual se recaban datos como el motivo de consulta, antecedentes de la problemática planteada, datos acerca del familiograma - miembros que conforman la familia, edad, ocupación, escolaridad, lugar de residencia- si hay antecedentes de atención psicológica y/o atención médica, quienes de la familia asistirán, entre otros. De igual manera, se realiza vía telefónica el encuadre del trabajo terapéutico en el escenario clínico: video grabación de las sesiones, trabajo con equipo, duración, periodicidad, destino y uso del material video grabado (fines de enseñanza y cuidando la confidencialidad), características de las sesiones (en el caso de la Clínica de Terapia Familiar FES-I los consultantes permanecen en el espacio destinado al sistema terapéutico mientras el terapeuta sale a dialogar con el sistema de observación y regresa a dar las tareas propuestas, etc.; en la CMF ISSSTE Tlalnepantla, los consultantes salen a la sala de espera mientras se reúne el sistema de supervisión (terapeutas en supervisión + supervisora o supervisoras) y el terapeuta responsable para diseñar y planear los comentarios y tareas o la estrategia de intervención; en el caso del CCH Azcapotzalco ambos estilos de trabajo se vivieron, dado que dentro del proceso de entrenamiento se acondicionó el espacio con el espejo de doble visión). En la primera sesión de inicio se realiza nuevamente el encuadre con los consultantes, se les entrega un contrato terapéutico con los datos ya mencionados y se solicita su firma de acuerdo de las condiciones de trabajo.

En todos los escenarios clínicos se trabajó como parte del equipo de supervisados, el cual varió entre cinco y diez compañeros -como terapeuta responsable en los casos que se me asignaron-, los demás el equipo detrás del espejo junto con la supervisora o supervisoras según el caso.

El desarrollo de las sesiones desde su inicio, independientemente del escenario clínico se divide en tres etapas:

1. Presesión: Se revisa brevemente la información recabada en la entrevista telefónica o en la sesión anterior, la cual se concentra en una acta de sesión por escrito que es parte del expediente del caso que se concentra en cada sede , se revisan las posibles hipótesis, las intervenciones realizadas, y se planean posibles líneas de intervención en la sesión. Su duración aproximada es de 15 minutos.
2. La sesión: Es la atención a los consultantes por un terapeuta mientras el equipo de terapeutas supervisados y la (s) supervisora(s) observan, comentan e intervienen a través del teléfono, señalando información o líneas importantes a ser investigadas. Posteriormente el terapeuta se reúne con el sistema de supervisión para conversar, planear y diseñar el cierre de la sesión; en algunos casos de compartían las reflexiones con los consultantes (equipo reflexivo). La duración total de esta fase fue de aproximadamente 60 minutos.

3. Postsesión: Esta etapa se destinó al análisis teórico metodológico de la sesión, cuando fue necesario y pertinente a las implicaciones de la persona del terapeuta responsable y del equipo de observación, así como a planificar posible líneas de intervención futuras. Su duración fue de aproximadamente 15 minutos.

Cabe señalar que en la modalidad donde el sistema de supervisión y el sistema terapéutico se encontraban en el mismo espacio, al inicio lo viví como amenazante, sin embargo posteriormente, fue el acompañamiento y guía del proceso mismo. En el caso particular de estar separados sistema de supervisión y sistema terapéutico el acompañamiento era a través del teléfono, lo que en un inicio me resulto estresante al sentirme mirada y al mismo tiempo cuestionada, pero a través del proceso de entrenamiento fue un acompañamiento de mi formación.

Ambas modalidades contribuyeron de manera significativa en un inicio sintiendo la cercanía física que a la vez que provocaba ansiedad proporcionaba un sentimiento de no estar sola sobre todo en el inicio. Cuando nos separó un espejo permitió que poco a poco fuera cobrando mayor confianza en los aprendizajes adquiridos y mayor seguridad.

II. Marco Teórico

1. Marco Teórico Epistemológico

Por definición la epistemología se encarga de establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden dentro del ámbito de la Filosofía, la epistemología hace referencia a un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos del conocimiento en el ámbito sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas (Kenney, 1994. p. 27).

El Modernismo y el Postmodernismo son dos paradigmas, dos tipos de pensamiento que describen formas de cómo entender, interpretar, y actuar en el mundo. El desarrollo de las ciencias incluida la Psicología, es sólo una muestra de la diversidad que ha vivido el trabajo terapéutico con las familias.

El Modernismo es una tradición filosófica occidental que deja ver su influencia a finales del siglo XIX logrando su máxima expresión en la primera mitad del siglo XX. Se caracteriza por un desarrollo en las ciencias y el avance tecnológico en la informática y telecomunicaciones; sustenta y mantiene la tradición dualista sujeto - objeto, en donde el sujeto o individuo sólo es receptor de las experiencias del medio, es un ser cognitivo que accede a la representación mental interna de la realidad a través de la razón y la observación y el objeto de conocimiento es la realidad la cual existe a priori e independiente del observador. La realidad objetiva tiene como único acceso el conocimiento científico validado en supuestos universales (Anderson, 1999; Sánchez, 2000; Limón, 2005).

En cuanto al desarrollo de las ciencias, influencias determinantes en las ciencias sociales fueron las investigaciones antropológicas de Gregory Bateson, las investigaciones de la comunicación en familias esquizofrénicas de Watzlawick, la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy y la Teoría Cibernética del matemático Norbert Wiener, donde surge la epistemología cibernética que Bateson retoma para el ámbito de los sistemas humanos apreciándose dos momentos o etapas: la cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden.

1.1 *Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna*

La Terapia Familiar Sistémica tiene como base el cambio epistemológico y conceptual del abordaje de los problemas considerados como psíquicos, marca una transición del enfoque y paradigma tradicional basado en el estudio de las relaciones causales y del tratamiento del individuo, a la investigación e intervención del grupo familiar como una totalidad, siendo sustentado este nuevo paradigma por la Teoría General de los Sistemas, la Teoría Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana.

Teoría General de los Sistemas

Ludwing Von Bertalanffy, biólogo austriaco nacido en Viena en el año 1901, da estructura a la Teoría General de los Sistemas en los años 50s del siglo XX después de la segunda guerra mundial. Establece

el punto de partida de la formulación de un nuevo pensamiento científico que generará una forma diferente de observar y conocer la perspectiva psicológica del individuo y de la ciencia en general. La Teoría General de los Sistemas constituye un modelo teórico que formula principios aplicables y válidos para los sistemas explicando la estructura de lo general tomando como base un complejo organizado de componentes en permanente y mutua interacción. Dentro de esta teoría el concepto de sistema es considerado como un conjunto de unidades interrelacionadas en donde cualquier cambio en cualquiera de ellas producirá un cambio en todos los demás. El sistema abarca el todo y las partes al mismo tiempo (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997).

Bertalanffy (1986) considera que todo organismo viviente es un sistema abierto dado que mantiene un constante intercambio de información y energía con otros sistemas, a diferencia de los sistemas cerrados como el caso de las ciencias de la física o la química en donde no existe un intercambio de información con el medio exterior ni retroalimentación recíproca de forma clara.

La familia como sistema abierto funciona en relación a su contexto, su momento de desarrollo y a las reglas y principios que aplican sus diferentes subsistemas (conyugal, parental, fraterno e individual), pero al mismo tiempo se constituye como un subsistema de la sociedad; ambos intercambian información, se retroalimentan y se encuentran en un proceso de equilibrio dinámico constante, es decir de cambio y transformación que responden a las demandas del medio, cuando la familia es funcional.

Watzlawick et. al., (1997) y Eguiluz, (2001) mencionan los siguientes conceptos, como propiedades que caracterizan a los sistemas abiertos que pueden ser aplicados a la interacción familiar:

Totalidad.- Cada una de las partes del sistema está relacionada de tal manera con las otras que un cambio en alguna provoca un cambio en las demás, comportándose como un todo inseparable y coherente.

Retroalimentación o causalidad circular.- Es la influencia que ejerce un sistema sobre otro y las modificaciones que provoca de manera positiva o negativa, pues sus elementos tienen que ver unos con otros a través de la retroalimentación o intercambio que puede ser en forma de energía, información o comunicación.

Recursividad.- Un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas. Subsistemas (sistemas menores), suprasistemas (sistemas mayores).

Equifinalidad.- El equilibrio que se da dentro de un sistema no es unicausal; un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas

Equicausalidad.- La misma condición inicial puede dar lugar a diferentes estados finales.

Ordenación jerárquica.- En toda organización hay una jerarquía, delimita y diferencia de manera progresiva los sistemas, sus obligaciones y responsabilidades.

Teleología.- Se refiere a la adaptación a las exigencias de las etapas de desarrollo, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Esto se da a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: morfostasis y morfogénesis

- Morfostasis u homeostasis.- Se refiere a la capacidad de un sistema por mantener su estructura en un ambiente cambiante; a pesar de que pase por etapas de pequeños ajustes, éstos no conducen a cambios cualitativos. Un cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, siendo un cambio compensatorio que restaura el equilibrio de la familia.
- Morfogénesis.- Se refiere a la formación y desarrollo de estructuras del sistema con tendencia al cambio, al crecimiento. Permite el desarrollo de nuevas habilidades o funciones para manejar los cambios y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que conforman a la familia que enfrenta el cambio.

Teoría Cibernética

La Teoría Cibernética se atribuye a Norbert Wiener, nacido en Estados Unidos en 1894, uno de los matemáticos más reconocidos del siglo XX. Su participación en las Conferencias Macy de marzo de 1946 a abril de 1953, (fecha en que ocurrió la última), contribuyó de manera significativa a comprender que los sistemas de comunicación entre los seres humanos dependían de la información que generaban ellos mismos, llegando incluso a crear sistemas patológicos de comunicación; la comunicación se daba en distintos niveles de abstracción (teoría de los tipos lógicos de Russell) partiendo de la diferencia entre la comunicación analógica y digital así como de los procesos de retroalimentación negativa y positiva. Tales planteamientos fueron la base para la formulación del paradigma interaccional en la explicación de los fenómenos humanos en la terapia sistémica. Representa uno de los giros epistemológicos más importantes en diferentes ciencias como la ingeniería, las matemáticas, la biología, la psicología y las ciencias sociales (Wittezaele y García, 1994; Eguiluz, 2004).

Para Wiener, Cibernética "es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos" (Eguiluz, 2001. p. 120). Su propósito fue desarrollar un lenguaje propio de las máquinas, así como las técnicas específicas que permitieran al hombre encarar los problemas de comunicación y regulación en las relaciones con otros y establecer ideas y métodos que constituyeran conceptos particulares a las manifestaciones para su explicación y comprensión. La Teoría Cibernética creó un lenguaje común que permitió construir sistemas artificiales así como entender sistemas naturales (Eguiluz, 2004).

El paradigma planteado por Wiener propone reemplazar la relación causa-efecto tradicional planteada por el positivismo, por la causalidad circular, en la explicación interaccional y comprensión de los fenómenos, teniendo en consideración los procesos de retroalimentación negativa y positiva, autorregulación, circularidad, entre otros.

Al respecto Bateson señala que en el intento por apropiarnos del mundo que nos rodea y explicárnoslo, existen dos clases de epistemologías. La epistemología progresiva lineal, la cual es reduccionista, no contextual y se basa en una lógica analítica causa-efecto en donde el terapeuta se vuelve sólo un observador del sistema familiar siendo ésta una característica de la cibernética de primer orden. Por su parte, la epistemología recurrente o circular, hace referencia a la ecología de la familia (la totalidad de influencias), las relaciones que se dan considerándola como un sistema total, la complejidad de las mismas y el contexto en el cual se encuentra inmersa. El sistema familiar y el terapeuta se encuentran involucrados en un proceso de aprendizaje, cambio y evolución recíprocos, considerando la posibilidad de epistemologías alternativas como referente del cambio epistemológico y característica de la cibernética de segundo orden En: (Keeney, 1987).

De aquí, que la operación epistemológica fundamental sea la de establecer distinciones creando la posibilidad de reconocer realidades alternativas tomando en cuenta que el observador primero distingue y luego describe, lo que señala la diferencia que hace la diferencia, que implica adoptar una visión totalizadora y una organización recursiva de los sucesos característica de la cibernética de segundo orden.

De esta manera, uno de los principales aportes de la cibernética a la terapia familiar es la manera diferente de prescribir distinciones estableciendo límites del síntoma en relación con la familia y no con el individuo, de tal forma que las preguntas y las hipótesis del terapeuta contribuyen a crear la realidad del problema que se trata sumándose a la construcción de una realidad compartida en función de las distinciones epistemológicas que se establezcan en el proceso terapéutico.

De esta forma, la cibernética se estructuró como el soporte teórico que retomaría Gregory Bateson para la explicación interaccional del comportamiento entre otras muchas herramientas que le permitirían más tarde plantear las bases para constructos como la "doble coacción" o "doble vínculo" en su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos (Witzeaele y García, 1994).

Teoría de la Comunicación Humana

Otro de los campos importantes a tomar en cuenta por su influencia conceptual para entender a la familia como una unidad sistémica, es la contribución de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1967) siendo desarrollada en su libro Pragmática de la Comunicación Humana (Witzeaele y García, 1994). En las investigaciones realizadas con pacientes esquizofrénicos en torno a la comunicación, se pudo observar que cuando el paciente diagnosticado como sintomático presentaba mejoría, los demás miembros de la familia actuaban en contra de la misma observándose que la familia mantenía ciertas pautas de acción y formas de comunicación que provocaban que uno de los integrantes manifestara desórdenes de la personalidad aportando elementos que explican la comunicación en el ser humano y por lo tanto las interrelaciones en el entorno familiar.

...en toda vía se observa la tradicional selección de variables para estudiar al individuo en aislado, remitiéndose a la naturaleza de la mente humana, pero si se amplían los límites de la observación con el propósito de incluir los efectos en que tienen lugar, entonces se debe analizar la relación entre las partes de un sistema más amplio. Se da una transición del estudio deductivo al estudio de las manifestaciones observables de la relación, el vehículo de tales manifestaciones es la comunicación (Watzlawick et. al, 1997; p.23).

Watzlawick et. al. (1997), mencionan que a partir de las observaciones que se realizaron de la Teoría de la Comunicación se formulan los siguientes cinco axiomas:

- **Axioma 1:** Es imposible no comunicarse.
- **Axioma 2:** Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo califica al primero, provocando una metacomunicación.
- **Axioma 3:** La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- **Axioma 4:** Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- **Axioma 5:** Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios según estén basados en la igualdad o la diferencia.

Posmodernismo

El Modernismo contempla una forma de entender y explicar la realidad de la cibernética de "primer orden" en donde el terapeuta es sólo el observador del sistema, manteniéndose al margen del mismo y por tanto, es considerada como una "cibernética de los sistemas observados" donde la posición del terapeuta es privilegiada y de expertez.

Sin embargo, el devenir histórico de la conceptualización del mundo y del individuo no tiene un desarrollo lineal; la postura Constructivista es considerada por Kenneth Gergen (1998) como una especie de preludio para la aparición de la orientación Construccionalista dentro la terapia familiar (Limón, 2005).

El Constructivismo en su tendencia radical se asocia al físico Heinz Von Foerster (1982, 1984), a los psicólogos Ernest von Glasersfeld (1987) y Paul Watzlawick (1984), y al biólogo Humberto Maturana (1978), conocida como una escuela de pensamiento que estudia la relación entre conocimiento y realidad desde la perspectiva evolutiva. El individuo conoce y construye la realidad a partir de las posibilidades que le ofrece su sistema nervioso creando mapas cognoscitivos internos a partir del enfrentamiento que tiene con la realidad (Glasersfeld, 1984), pero no conoce la realidad en su totalidad; tal postura responde a la tradición del individualismo occidental y de la mente constructora individual (Anderson, 1999).

A partir de la segunda mitad de los años ochenta del siglo XX se gestan nuevos paradigmas acerca de cómo ver y entender la realidad, el mundo que nos rodea, el individuo y por lo tanto los problemas

humanos y el ejercicio terapéutico. Aparece la postura Construccionalista, conocida como Teoría del Construccionalismo Social o Socioconstruccionalismo asociado a los nombres de Kenneth Gergen, Tomás Ibáñez, John Searle, Rom Harré, John Shorter entre otros (Limón, 2005).

El pensamiento postmoderno representa una crítica, un cuestionamiento al discurso modernista y por lo tanto un alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo... En suma rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno, y se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido (Anderson, 1999; p.70).

Para el pensamiento postmoderno el conocimiento se produce en la práctica discursiva, considerando la existencia de narrativas locales (individuo), contextuales (en relación a los otros y las características histórico culturales) y por lo tanto una multiplicidad de enfoques y de verdades basada en la naturaleza relacional de los individuos que producen el conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje que da sentido y significado a los criterios de verdad de ese momento y de esos individuos en particular a partir de las creencias y las prácticas que se vinculan con, se crean en y ocurren en el lenguaje.

El construccionalismo social es una forma de indagación social que incluye el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo como una construcción en común con los otros y producto del intercambio social; su base es el contexto del significado y su continua negociación en el tiempo (McNamee, Gergen, 1996).

1.1.1 Modelo de Terapia Estructural.

Principales influencias

En la década de los 50's algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era modificar el funcionamiento de ésta, sino aumentar la comprensión de la problemática del consultante para así mejorar su tratamiento. Ackerman estudió los problemas en las familias de mineros y cómo el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados (Hoffman, 2002).

Minuchin por su parte, tenía como objetivo diseñar una forma de trabajo que rebasara las posturas individualistas y llegara a las gentes más pobres. Su trabajo se vio influido por las investigaciones del Grupo de Palo Alto, conformado por Gregory Bateson, Don Jackson, Paul Watzlawick, John Weakland, Jay Haley, Richard Fish, quienes retomaban el marco de referencia teórico contextual de la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética para la comprensión de los procesos interaccionales y la comunicación en las relaciones humanas.

Representantes y principios rectores

El Modelo de Terapia Estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin, médico psiquiatra nacido en Argentina en 1921. Sus primeros trabajos los realizó en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia en Estados Unidos teniendo como colaboradores a Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Hary Aponte y Berenice Roseman. La atención a familias de grupos marginales y a familias con miembros que tenían problemas psicosomáticos, le permitirían elaborar los planteamientos teóricos y las técnicas de este modelo de terapia familiar sistémica.

El enfoque Estructural considera a la familia como un grupo social y natural con pautas de interacción particulares que distinguen su estructura familiar y rigen el funcionamiento y organización de sus miembros en un proceso de interacción recíproca.

La familia se encuentra en un proceso de equilibrio - cambio permanente, que se establece a través de las reglas de interrelación entre sus miembros, estructurando una identidad individual determinada por la función que desempeña.

El criterio de normalidad no lo determina la ausencia de problemas sino la capacidad de desarrollar variaciones en su estructura y organización respondiendo a las demandas de cambio sin tensión.

Minuchin (1986) propone para el proceso de evaluación e intervención de la familia tomar en consideración:

1. La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.

Minuchin (1986) refiere que la estructura familiar es "un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia, ya que es un sistema que opera a través de pautas, las cuales regulan la conducta de los miembros de la familia" (p. 90). Propone tomar en cuenta para su evaluación:

- Subsistemas. El proceso de desarrollo de la familia se da a través de la formación y función de diferentes subsistemas los que se pueden formar por: género, función, generación, entre otros.
- Límites. Designa el cómo se establecen las relaciones entre los miembros de la familia pudiendo ser claros, difusos o rígidos; hacen referencia a dos tipos de organización familiar: familias desligadas o aglutinadas.
- Jerarquías. Refirieren la distribución del poder dentro de la familia y destacan el miembro que manda dentro del subsistema familiar. Definen la función de "poder".
- Alianza. Señala una relación positiva y objetivo común entre dos miembros de un subsistema.
- Coaliciones. Estas se marcan cuando dos miembros de un sistema establecidos como alianza se ubican en oposición a otra parte del sistema.

- Triángulos. Contempla la relación conflictiva establecida entre dos miembros del sistema que incluye a un tercero como una manera de desviar o encubrir el conflicto
- 2. La familia muestra un desarrollo normativo y previsible desplazándose a través de etapas que exigen una reestructuración.

La formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescente y la familia con hijos adultos.

- 3. La forma en qué la familia enfrenta y se adapta a situaciones de estrés.

Si se adapta manteniendo la continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro o se rigidiza y genera pautas de relación que se manifiestan a través del síntoma.

- 4. El mapa familiar que constituye la representación gráfica de la estructura familiar o su esquema organizativo. Contribuye a la formulación de hipótesis de trabajo y forma parte del genograma de la familia (McGoldrick, Gerson, 1987).

El diagnóstico estructural implica el planteamiento de hipótesis tentativas a través del proceso terapéutico que expliquen la relación entre las interacciones familiares, su contexto y su relación con el o los síntomas.

Minuchin y Fishman (1999) proponen tres estrategias principales, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas específicas para la intervención con familias:

- Cuestionamiento del síntoma

Su objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que tiene la familia del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Las técnicas que sirven a esta estrategia son: Escenificación, Enfoque e Intensidad.

“Les pido a ambos que coloquen sus sillas frente a frente y le digan a su hija qué representó su llegada para la familia, qué significa para ustedes ese gran regalo del que hablaba”.

- Cuestionamiento de la estructura familiar

El cuestionamiento de la estructura familiar o reestructuración es necesario cuando la pertenencia excesiva entre los miembros de la familia dificulta el desarrollo como subsistemas diferenciados. Las principales técnicas son: Fijación de fronteras, Desequilibramiento y Complementariedad.

“Ahora entiendo todo lo que ha sufrido al tener que dar más importancia a su función de proveedor ante la ausencia de su pareja y el dolor que le causa el no poder ser todo lo afectiva que usted quisiera con su hija; sin embargo, veo a dos mujeres fuertes, luchadoras, con una gran sensibilidad y eso sin duda lo

aprendió de su madre aquí presente. Ahora ¿cómo van a emprender este camino de apoyo mutuo teniendo como meta sacar adelante a su hija?"

- Cuestionamiento de la realidad familiar

Se refiere al conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguida por un cambio en su estructura y viceversa. Las técnicas son las siguientes: Constructos cognitivos, Paradojas y Lados fuertes.

"El saberte hijo de crianza y no biológico, ¿cambiará la relación que tienen como madre e hijo, de qué manera?"

1.1.2 Modelo de Terapia Estratégica

No existe un solo modelo de terapia estratégica. Nardone y Watzlawick (2001) consideran que son dos los modelos consolidados. El modelo de Haley que fue influido por Erickson y su investigación sobre las paradojas en la comunicación, es el primer gran difusor de las técnicas brillantes de Erickson y, el modelo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto que surge en 1967. Ante la inquietud de algunos fundadores desilusionados de la terapia familiar e interesados por la terapia hipnótica de Milton Erickson, Don Jackson planteó el "Proyecto de Terapias Breves", bajo la dirección de Richard Fish, siendo sus asociados fundadores Arthur Bodin, Jay Haley, Paul Watzlawick y John Weakland. El primer libro editado por este proyecto fue: Cambio, enfocado a problemas y a soluciones (Sánchez, 2000).

Principales influencias

El modelo estratégico, 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, el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevado a cabo por Milton Erickson (Nardone, Watzlawick, 2001; p. 56)

Erickson representa la parte pragmática, el maestro de las estrategias de aplicación clínica y la modificación en breve tiempo de situaciones consideradas problemáticas. Este modelo se centra en la comunicación y no en las causas del pasado, poniendo especial atención a las reglas que gobiernan las interacciones en el aquí y ahora. De la pregunta del porqué del problema se pasa a la de que es y a cómo se puede modificar. La terapia se constituye como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal, tendiente a modificar a través de acciones o prescripciones directas, indirectas y a veces paradójicas (doble mensaje) o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones establecido considerado como problemático.

Representantes y principios rectores

El principal representante del Modelo de Terapia Estratégica es Jay Haley, Cloé Madanes se le une posteriormente al trabajo cuando dirigen el Instituto de Familia en Washington.

Este modelo propone que el problema es determinado por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las consecuentes alianzas y juego de poder que se dan al interior de la misma. El síntoma es la expresión, una metáfora del problema a la vez que la solución insatisfactoria dada por el consultante. El terapeuta se incluye en el interior del juego de poder de la familia y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo que las jerarquías estén en concordancia con la etapa de desarrollo familiar. Haley, 1976 En: (Nardone, Watzlawick, 2001).

El terapeuta bajo este enfoque adopta un estilo terapéutico directivo asumiendo la responsabilidad de planear las estrategias a fin de dar solución a la problemática planteada además, de considerar fundamental la superación de las crisis situadas en diferentes estadios de la vida familiar: periodo del noviazgo, periodo inicial del matrimonio, nacimiento y la relación con el hijo, periodo intermedio del matrimonio, separación de los padres por parte de los hijos y jubilación y la vejez. Haley, 1973 En: (Nardone, Watzlawick, 2001).

Wittezaele y García (1994) mencionan que Haley utiliza por primera ocasión el término terapia breve en su primer obra: *Estrategia de Psicoterapia* en 1963, lugar en donde muestra las piezas que faltan para unir los trabajos de Erickson, la terapia breve y la terapia estratégica tal y cómo es concebida por Jay Haley, señalando lo siguiente:

1. Definir un objetivo a la intervención.

La terapia breve que define una intervención no máxima de veinte sesiones, ataca síntomas claramente definidos, objetivos específicos y limitados.

2. Papel activo del terapeuta.

El terapeuta breve intenta inducir cambios desde la primera sesión, incluso en la recolección de datos prepara el terreno para el cambio siendo éste el que tiene el control.

3. Concentración en la situación presente más que sobre el pasado.

Tomando en cuenta el pasado de la persona con el objetivo de esclarecer su influencia en el presente. ¿Cuáles son las dificultades que encuentra en su vida actual? y ¿Cómo se puede hacer para que ya no interfieran en su adaptación actual?

4. Cambio de comportamiento más que toma de conciencia.

El enfoque es pragmático y de comportamiento, lo que importa es que los síntomas desaparezcan y que el cliente pueda comportarse de forma diferente aunque ni consultante ni terapeuta hayan comprendido la causa u origen del síntoma.

5. Estimular la motivación del paciente.

Es característica de las terapias directivas y consiste en poner en duda y someter a prueba la motivación del consultante para cambiar.

6. Utilización del lenguaje imperativo.

Partiendo de técnicas utilizadas por la hipnosis, el terapeuta debe dar consignas en un lenguaje imperativo, que contenga ordenes sencillas, fáciles de seguir y adaptadas con contexto y lenguaje del paciente.

7. Utilización de técnicas paradójicas.

Es un aspecto de las terapias estratégicas planteado por Haley, se refiere al uso de paradojas como una técnica más eficaz de provocar el cambio.

La terapia tiene como objetivo la ruptura del sistema de interacciones que mantienen la situación problemática, la redefinición de la situación y la modificación de la percepción que tiene el consultante de la relación consigo mismo, con las personas y con el mundo que lo rodea.

Las intervenciones se aplican a través de directivas o prescripciones de comportamiento, esto es, el terapeuta indica qué es lo que los miembros de la familia tienen que realizar, ya sea dentro y/o fuera de terapia como una vía de poner en contacto al consultante(es) con las posibilidades de cambio. Los tipos de prescripciones pueden ser: a) directas, b) indirectas y c) paradójicas.

- a) Directas. Las caracteriza la comunicación precisa y clara al consultante (es) lo que deben realizar para que se dé el cambio.

“Cuando ustedes discuten se enfrascan en una lucha interminable por vencer al otro logrando empeorar más el problema, al querer demostrarle al otro que usted tiene la razón, esto se convierte en una cadena interminable de no romperla uno de los dos. De aquí a que nos veamos, cuando observen que van a enfrascarse en esta cadena de imposición, usted no va a participar en el juego e incluso puede llegar a darle la razón”.

Veremos qué pasa.

- b) Indirectas. Son imposiciones de comportamiento que prescriben hacer algo con el objetivo de que se haga algo diferente a lo prescrito.

“Cuando esa gran tristeza que me manifiesta se apodere de usted, se va a sentar a la mesa, tomará su cuaderno y escribirá todo lo que pasa por su mente en ese momento y no podrá levantarse hasta que haya terminado de escribir sus pensamientos y sentimientos”.

- c) Paradójicas. Se plantea ante situaciones en donde se muestra resistencia al cambio prescribiendo la aparición voluntaria del síntoma. La ejecución voluntaria anula el síntoma.

“Escucho que es usted una persona muy preocupada por la limpieza de su hogar limpiando todos los días el piso de su casa en varias ocasiones. Los días sucesivos vamos a hacer una limpieza intensiva tres veces al día, mañana medio día y noche, pero especialmente por la noche, con mucha atención y dedicación lo tallará con la escoba y jabón, la cocina la tallará doble vez porque es un espacio que se contamina muy fácilmente. Sólo al término de la tarea cuando el piso esté completamente limpio, podrá irse a la cama”.

Las prescripciones deben ser retomadas para redefinir el resultado llevando al consultante hacia una percepción diferente de su persona en relación a la situación planteada como problema y hacer presente la capacidad mostrada.

1.1.3 Modelo de Terapia Breve (MRI) Centrada en los Problemas

Principales influencias

El MRI es fundado por Don Jackson en 1959 estando conformado el grupo por Riskin y Satir,, posteriormente se les unen Haley, Weakland y Watzlawick. Bateson era investigador asociado. Sus investigaciones giraban en torno a los procesos interaccionales, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico.

Principales influencias son los estudios del antropólogo Gregory Bateson sobre los procesos interaccionales y la comunicación humana con respecto a la terapia breve y el cambio. Sus planteamientos parten de la Teoría de los Tipos Lógicos de Russel acerca de los diferentes niveles que se dan en el proceso de comunicación y los procesos interaccionales en las relaciones humanas. Bateson plantea que existe una relación recursiva entre el significado y la acción del consultante, por lo que se produce un cambio en cómo se percibe. La percepción del problema puede incidir en un cambio en la conducta del consultante. Otra influencia fue el pensamiento cibernético que destaca la circularidad en los procesos interactivos. Se formula la Teoría del Doble Vínculo resaltando la importancia de la práctica del uso de diferentes niveles en la comunicación al transmitir dos mensajes a la vez, característica de la comunicación en pacientes esquizofrénicos.

Representantes y principios rectores

Este modelo hace una distinción entre dificultad y problema. La dificultad es una situación indeseable pero que se puede resolver sin tener que hacer cambios que transformen el sistema (cambio tipo 1). Los problemas son situaciones que se perciben no resolubles, generan crisis y es necesario hacer cambios que transformen al sistema (cambio de tipo 2).

Watzlawick Weakland y Fisch (1985) hablan de tres maneras de cómo el enfocar mal una dificultad genera que se convierta en problema:

- Intentar una solución negando que el problema lo sea en realidad; se pretende que se actúe pero no se hace.

- Intentar el cambio cuando la situación planteada es inmodificable o inexistente; se actúa cuando no se debe.
- Cuando la acción se emprende de manera equivocada; se intenta un cambio de tipo uno cuando se requiere uno de tipo 2 o viceversa.

La familia es considerada como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades, el manejo inadecuado que se haga de éstas dará como consecuencia los problemas y/o síntomas. Se puede trabajar con toda la familia con fines de esclarecer algunas hipótesis pero no es necesario trabajar con todos.

Existen dos protagonistas en este modelo de terapia; el "paciente" o persona que reporta algún síntoma y el "cliente" conformado por el o los miembros del sistema que están interesados en el cambio.

Este modelo plantea dos tipos de intervenciones: Principales y Generales.

Intervenciones Generales

1. No apresurarse

"No es necesario ir de prisa. Más vale trote que dure que paso que canse".

2. Los peligros de una mejoría

"Probablemente no sea aún tiempo de que te decidas a controlar tu manera de comer, si lo haces en este momento te verías forzada a cambiar tu guardarropa y tendrías que regalar todo lo que tienes en el closet".

3. Un cambio de dirección

"He estado pensando que probablemente te has sentido presionado cuando trabajamos sobre la función que quieres ejercer con tu sobrino y pensaba si no será mejor partir de qué es lo que puedes hacer con relación a él durante el tiempo que conviva con ustedes".

4. Cómo empeorar el problemas

"He estado pensando en lo que pasa entre ustedes y curiosamente veía que ante tanto amor existe un gran miedo que los lleva a caer en el enojo cada vez más frecuentemente. Pensaba que este miedo puede ser tan fuerte que incluso no les permita desarrollar proyectos futuros de vida considerando su individualidad fortaleciendo de manera cada vez más negativa la relación madre hijo".

Intervenciones principales

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

"Entiendo que quizá en este momento el destino le está jugando una mala pasada y, que se siente tremendamente agobiada cuando vienen a su mente las ideas de que su marido le es infiel agolpándose una tras otra en su mente. Es muy importante que con motivo de aclarar qué es lo que le está pasando;

cuando estos pensamientos se apoderen de usted, los plasme por escrito, se sentará a la mesa y tomará una pluma de tinta roja y escribirá todo lo que pase por su mente. Al terminar lo guardará y juntará todos los que realice. La próxima vez que no veamos los traerá consigo”.

2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

“Te pido que la próxima vez que tomes la decisión de a ver una película de terror completa, te sientes cómodamente en el sillón de la sala, te asegures que esté algún familiar contigo y cuando leas el título, te levantes y te vayas a tu cuarto, así no te sudarán las manos, no cerrarás los ojos, ni te agacharás. Por mucha curiosidad de saber que pasa en la película, no regresarás”.

3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.

“Entiendo que se siente sola y está haciendo esfuerzos enormes porque su esposo escuche que necesita que pasen tiempo juntos y que en el intento por hacérselo saber ha intentado repetidas veces diciéndole que es indispensable que hablen de ustedes. Sin embargo, hombres y mujeres somos diferentes, probablemente su esposo sienta lo mismo que usted pero no sabe cómo acercarse para decírselo. ¿Si usted hiciera algo totalmente inesperado para él, la situación entre ustedes pudiera ir de manera diferente?”

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

“Cada uno de nosotros hemos aprendido a expresar diferente nuestros sentimientos, desafortunadamente a muchos hombres no les han enseñado a expresarse a través de detalles. Dices sentir algo muy especial cuando estás con él, me parece que a él le pasa lo mismo contigo. Si le dices abiertamente lo que deseas, podrá conocerte cada vez con más claridad. ¿Qué sucederá si le dices directamente que te regale flores en tu cumpleaños?”

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

Cada vez que su esposa le diga “nunca me ayudas”, va a responder de manera diferente a la habitual, usted quiere se termine esta situación, le va a decir: “tienes toda la razón, no te ayudo, hasta ahora lo he comprendido”.

1.1.4 Modelo de Terapia Sistémica de Milán

Principales influencias

Sus principales influencias parten de las investigaciones y postulados propuestos por los integrantes del MRI de Palo Alto, -Don Jackson, Jay Haley, Paul Watzlavick y Gregory Bateson-, y la asesoría directa de uno de los miembros del equipo, Paul Watzlavick.

Del equipo del MRI retoman la visión sistémica de la familia en donde el comportamiento sintomático se mantiene bajo los patrones de la homeostasis y el equilibrio es el resultado de la homeostasis y la capacidad de transformación de la familia; de la teoría de la comunicación humana, la teoría del doble vínculo (Bateson)

y la interacción de tipo circular que responde a un juego interminable y se mantiene en oscilación entre el ganar y el perder, lo cual es denominado por el Grupo de Milán como "comunicación paradójica" (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 2003, Sánchez, 2000).

Representantes y principios rectores

En 1967 Mara Selvini funda el Centro para el Estudio de la Familia Italia. Sus principales colaboradores fueron Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata quienes junto con Mara Selvini Palazzoli, todos psicoanalistas, conforman el Grupo de Milán en su primera etapa. Trabajan principalmente con familias que tienen un integrante que presenta problemas de anorexia, o en transición esquizofrénica, partiendo de la concepción de que la enfermedad mental es producto de un trastorno de la comunicación en la familia, las reglas que mantienen el juego familiar son rígidas ante los intentos de cambio.

La persistencia de este tipo de comunicación y las reglas del juego de no definir las relaciones entre los diferentes miembros de la familia generará la conducta sintomática y la disfuncionalidad del sistema familiar (Boscolo et. al., 2003; Sánchez, 2000).

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1988) señalan que este tipo de sistemas muestra una renuencia al cambio a través de prescripciones directas y lógicas por lo que se hace necesario el uso de intervenciones paradójicas en donde se prescribe el síntoma como bueno para la familia (confirmación de la tendencia homeostática) y se define la relación de los miembros del sistema como complementaria por lo que no tendría lugar la tensión.

Las principales intervenciones de esta primera etapa se definen como:

- ***Connotación positiva***

La connotación positiva lleva una serie de mensajes.

- a. Los terapeutas definen la relación de los miembros de la familia como complementaria en su tendencia homeostática; la tensión simétrica se vuelve vana.
- b. Los terapeutas definen claramente la relación familia-terapeuta como complementaria, declaran su liderazgo mediante una metacomunicación, con carácter de confirmación.

En cuanto al contenido no puede ser desechado ni descalificado pues va con la tendencia dominante del sistema, evita que los terapeutas sean rechazados e introduce en la experiencia de la familia la confirmación de la autoridad y abre implícitamente el camino hacia la paradoja estableciendo el contexto terapéutico.

"Veo que el que toda la familia permita que Ana haga su voluntad, no respete las reglas familiares y sea el motivo de peleas entre sus padres, es una muestra del gran amor que existe entre sus miembros y el deseo de mantener la unión y convivencia familiar a costa de todo".

- ***Rituales terapéuticos***

Es una forma de cambiar las reglas del juego, la epistemología de la familia, sin recurrir a explicaciones, críticas, es decir, al instrumento lingüístico. Además concordando con Piaget primero hay que retomar las operaciones concretas, de la acción, para llegar a las operaciones formales o la abstracción. De este modo la prescripción de un ritual evita el comentario sobre las reglas que perpetúan el juego. El ritual familiar es la prescripción ritualizada del juego (Selvini et. al., 1988).

Imber-Black, Roberts y Whiting (1991) mencionan como los principales motivos para estructurar rituales en las familias y en la terapia familiar: a) definición de pertenencia, b) curación, c) definición y redefinición de identidad y celebración.

“Les pido que durante el tiempo que transcurre para la siguiente sesión, realicen dos antifaces cada uno, uno de cómo llegaron cuando inició la terapia y otro de cómo se encuentran en este momento, cada detalle que le pongan será una señal de cada momento. Los realizarán por separado. Cuando los terminen lo guardarán cuidadosamente en una bolsa de regalo cada uno por separado. No se los mostrarán entre ustedes. Los traerán en su bolsa cada uno para la siguiente sesión”.

- ***Intervenciones paradójicas***

En el proceso de la investigación con familias en transacción esquizofrénica el grupo de Milán señala que ante las prescripciones directas al cambio, surge la descalificación hacia el terapeuta, se fortalece la rigidez ante el cambio y se refuerza el estilo comunicacional paradójico por parte de la familia, por lo que para inducir el cambio se deben prescribir intervenciones contraparádicas o de doble vínculo terapéutico con el objetivo de anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio de un modo tal que haga lo que haga se logre como resultado terapéutico el cambio.

“Esta fidelidad al mito del silencio parece ser una manera de proteger a tu madre y a tu familia y no romper los fuertes lazos de amor que los unen. A pesar de esto, tu madre te lo ha dicho, aunque le duela mucho, respetará tu decisión de pertenecer o no pertenecer a ésta familia y siempre te seguirá queriendo”.

La investigación y la práctica del grupo de Milán en su primera etapa, pasó del análisis de las intervenciones verbales (paradojas) a las intervenciones no verbales (rituales, prescripciones simples, prescripciones ritualistas) en donde el mensaje final era el momento decisivo en cada sesión terapéutica; tenía el objetivo de ser una bomba que obligara a mover o romper el juego familiar. A partir de 1978 se abandonan los mensajes finales perturbadores, se prioriza la coordinación de la sesión y el tipo de suprasistema terapéutico que se negocia a través de un contrato terapéutico. Matteo Selvini (1990) en el libro *Crónica de una Investigación* menciona este momento como la caída de la última ilusión comunicativa.

Modelos del Periodo Post Milán

El periodo Post Milán corresponde a desarrollos posteriores a la separación de los integrantes del modelo de Milán en el año 1980, por un lado Selvini Palazzoli y Prata, por el otro, Boscolo y Cecchin.

En relación a las primeras se sigue observando la influencia del pensamiento estratégico; continuaron su trabajo de investigación con familias en transacción esquizofrénica proponiendo como estrategia de intervención la prescripción invariable. Esta consistía en inducir el cambio en la familia por medio de la acción, tenían la característica de poder repetirse con el mismo formato -días pares e impares- con familias distintas que tenían en común ser parejas de padres de uno o más hijos con trastornos que presentaban la descalificación recíproca. El principal objetivo era: a) cambiar las reglas del "juego familiar" impidiendo las interferencias sin decirlo explícitamente y así dar paso a los cambios a nivel analógico tanto en la persona señalada con trastornos como en la familia, b) desviar la atención de los padres de la regla interaccional referente a la "interferencia en las iniciativas del otro" y, c) aprovechar la respuesta de los padres en tanto se cumpliera o no la prescripción, para retroalimentar el proceso de la terapia (Selvini, 1990).

Ante la separación del grupo de Milán, Boscolo y Cecchin se conformaron como los "Asociados de Milán" continuando el entrenamiento a terapeutas familiares y la investigación relacionada con el proceso de la entrevista en la terapia. Esta propuesta recibe una influencia directa de las ideas de la cibernética de segundo orden; el observador es parte del sistema que observa así como la posibilidad de la existencia de múltiples realidades. El terapeuta debe incorporar los supuestos (creencias) e hipótesis de todas las posibles influencias que conforman el sistema significativo (consultantes) tomando en cuenta las relaciones entre todas las personas implicadas en el problema. Esto, permite la elaboración de hipótesis que consideren al sistema global (contexto) (Boscolo et. al., 2003).

Principales postulados

A partir de la influencia de los postulados de Gregory Bateson sobre la circularidad cibernética y la importancia de la participación del terapeuta en la conducción de la terapia, se desarrolla el interrogatorio circular contemplando tres categorías. La elaboración de hipótesis considerada como un proceso de evaluación permanente; el interrogatorio circular como la técnica de entrevista, y neutralidad como la postura terapéutica. El objetivo era poner énfasis en las diferencias y en los cambios dentro del proceso terapéutico (Selvini et, al., 1988).

a. Hipotetización

La elaboración de hipótesis se realiza desde la sesión inicial, es la postura que permite al terapeuta utilizar sus recursos cognoscitivos con el fin de crear explicaciones partiendo de la elaboración de hipótesis circulares y no lineales para lo que es necesario tomar en cuenta la cibernética de segundo orden en donde se atiende a la circularidad a partir de los sistemas de observación. Si la hipótesis no es funcional para la

familia, se formula otra hipótesis basada en la información obtenida en el proceso terapéutico y así sucesivamente.

b. Circularidad

Aduce al proceso de interacción recursiva del terapeuta con los consultantes, así como la posibilidad de moverse de un lado a otro sondeando a los miembros de la familia, parafraseando, anotando la respuestas verbales y no verbales con el fin de establecer las distinciones de sus experiencias (Tomm, 1987).

- ***Interrogatorio circular***

En el periodo post Milán el interrogatorio circular ya no persigue establecer relación entre el síntoma y la problemática familiar para mandar mensajes finales que movilicen a la familiar, sino es una manera de dirigir la investigación sistémica de los cambios y las diferencias en las relaciones familiares, las que recursivamente sustentan las interacciones disfuncionales y los síntomas de la familia, además de ser una herramienta para generar hipótesis e intervenciones que por sí mismas pueden dar lugar a un cambio espontáneo. No hay hipótesis verdaderas o falsas, hay hipótesis útiles para el trabajo terapéutico.

c. Neutralidad

Neutralidad es una posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las soluciones adoptadas por la familia como únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento... los terapeutas nunca pueden saber de antemano cómo debería ser una familia, por lo tanto, deben actuar como un estímulo o perturbación que active la capacidad de esa familia y que puedan generar sus propias soluciones (Boscolo et. al., 2003; p. 126).

Desde esta epistemología el énfasis está dado en la co-evolución conjunta entre terapeuta y familia con el objetivo de incidir en un punto importante de las interacciones familiares, el problema existe en tanto el sistema de observadores, terapeuta y consultantes, lo definen de manera recíproca y colectiva bajo el supuesto de que existen múltiples realidades que adquieren su significado a través del consenso otorgado por el grupo, puntos trascendentes en la evolución de los modelos sistémicos bajo la influencia del Socioconstruccionismo

1.1.5 Modelo de Terapia Centrada en Soluciones

Principales influencias

El modelo de terapia breve centrada en las soluciones se basa en la cibernética de Segundo Orden y en la Teoría Constructivista en donde se parte de que no existen familias normales o anormales ni una realidad única, sino que cada familia y cada sistema viviente posee una construcción de significantes que

dan sustento a la realidad vivida, por lo que el paciente es el experto en su problema y es él quien determina los objetivos a seguir en terapia a través de un proceso de cooperación simultáneo entre consultantes y terapeuta.

Sus principales precursores son Milton Erickson con su estrategia del trance hipnótico naturalista, el MRI y el proyecto de terapia breve, teniendo como antecedente el modelo de terapia centrado en problemas, los trabajos de Mara Selvini y colaboradores y el desarrollo de intervenciones a la medida diseñadas para situaciones particulares, posteriormente llamadas "tareas de fórmula".

Representantes y principales postulados

Son dos los principales representantes del modelo de terapia breve centrada en las soluciones: Steve de Shazer y Bill O'Hanlon.

Los trabajos de Steve de Shazer se remontan a su participación en el *Brief Family Therapy Center* (BFTC) en 1978 dedicado a la investigación; sus colaboradores Insoo Berg quien se esforzó por la preparación de terapeutas, Eve Lipchik quien dirigió sus esfuerzos al desarrollo de cuestionarios terapéuticos y Michel Weiner-Davis que posteriormente se separaría para fundar su propia institución de terapia breve en Woodstock, Nueva York (Sánchez, 2000).

Steve de Shazer (1985) sostenía que el terapeuta no necesitaba saber sobre la naturaleza de los problemas, lo importante era la naturaleza de las soluciones. No existía la resistencia, el no cumplimiento de las sugerencias era la manera en que el consultante informaba al terapeuta cómo debía ayudarlos para el cambio. William Hudson O'Hanlon, fue instruido por Milton Erickson y junto con Weiner-Davis apuntan en relación a la terapia enfocada a soluciones refiriendo que los consultantes atribuyen límites a su comportamiento que restringen la posibilidad de aplicar alternativas para solucionar su problema, siendo necesario intentar nuevas soluciones hasta resolver el problema.

El principal objetivo era encontrar las soluciones ayudando a los consultantes a identificar lo que quieren conseguir a través de:

- a) La pregunta del milagro cuando hay dificultades para inducir el cambio

"Supongamos que esta noche, mientras está dormido, sucede un milagro y los problemas que le han traído aquí, se resuelven de repente y de forma milagrosa. Pero como usted está durmiendo en el momento en el que ocurre el milagro, usted no se entera. A la mañana siguiente, cuando se despierta. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro ha sucedido?, ¿Qué de eso ya está pasando? Lo que nos coloca nuevamente en la búsqueda de las excepciones, ¿Qué harás para que esto siga sucediendo?"

b) Preguntas presuposicionales

“¿Qué cosas han sido diferentes desde que hiciste la llamada telefónica para concertar cita y hoy? ¿Qué de lo que está cambiando le gustaría que siguiera ocurriendo?”

c) Marcar excepciones

- Elicitar

“En relación a esta dificultad que planteas de relacionarte con tu hijo Ha cambiado algo a partir de que hiciste la cita telefónica?”

- Marcar

“¿Te das cuenta como cuando le hablas sin gritos, tu hijo y tú tienen una mejor relación?”

- Ampliar

“¿En qué otros casos ha pasado que ha tenido que contenerse y no cae en gritarle?”

- Atribuir el control

“¿Cómo te hace sentir el darte cuenta que hay ocasiones en que las relaciones con tu hijo son buenas y logras que te haga caso?”

- Seguir

“¿Qué otras cosas que ya estás haciendo te han ayudado a mejorar la relación con tu hijo?”

d) Normalizar y despatologizar

“Tomando en cuenta lo cansado y agotado que te encuentras ante las demandas de tu trabajo, me sorprende que te des un tiempo para buscar la solución a esta situación transitoria por la que estás pasando”. (Dificultades para mantener la erección).

e) Uso del lenguaje para crear contextos de cambio.

“De modo que algunos días del mes puedes contrarrestar la depresión”.

f) Definir objetivos

“¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino? ¿Cuántas veces tendría que ocurrir en la siguiente semana para que sea una señal de mejora?”

g) Tarea de fórmula de la primera sesión

“Les voy a pedir que desde hoy y hasta la siguiente vez que nos veamos estén muy atentos a todo lo que sucede en su relación de padres que les agrada y les gustaría que siguiera ocurriendo”.

Tareas de fórmula. Pueden ser usadas a través del proceso terapéutico (De Shazer, 2001). Algunas de estas son:

- Tarea de la sorpresa

“Les pido que de aquí a la próxima sesión cada uno de ustedes sin decir en qué consiste, se van a dar una sorpresa. El otro tratará de identificar cuál es lo que retomaremos en la siguiente sesión”.

- Tarea de “Haga algo diferente”

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos les pedimos que cuando sorprendan a su hija llegando después del horario acordado, en lugar de hacer lo que deben, hagan algo diferente, por más extraño, fantástico o disparatado que lo crean. Lo único importante, es que sea diferente a lo ya hecho”.

Preguntas de escala. Pueden usarse al inicio, en el proceso y al final.

“En una escala de 1 a 10, siendo el diez el máximo posible a alcanzar en este momento ¿Cuánto están dispuestos a hacer por su matrimonio?”

Como hemos visto, el periodo Post-Milán y el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones, muestran ya la transición hacia la epistemología de los modelos posmodernos de Terapia Familiar los que a continuación se presentan.

Modelos Posmodernos

1.1.6 Modelo de Terapia Narrativa

Principales influencias

El trabajo de terapeutas que se ubican en el Posmodernismo ha sido influido por las ideas de Michel Foucault así como por los planteamientos de Jacques Derrida y la hermenéutica. Para Derrida, los textos escritos pueden tener un significado nuevo cada vez que son leídos o releídos, no existe un significado “verdadero” o inherente al texto, el lenguaje no refleja una correspondencia perfecta entre las palabras y la realidad. Esto es entendido como un proceso de reconstrucción del texto, se cuestionan las prioridades culturales que se dan en el lenguaje y los significados atrapados en las convenciones. Su objetivo es descubrir significados alternativos ocultos, y esto lo hace analizando las brechas, las inconsistencias y las contradicciones en el relato mismo (<http://www.psico.uniovi.es.REIPS/v1n1/ref2.html#r16>).

Por su parte Foucault va más allá del análisis del texto de Derrida y se ocupa ya de consideraciones explícitas de las relaciones entre la cultura y el discurso, siempre tomando en consideración que todo escrito valida las relaciones de poder (MacNamee, Gergen, 1996).

Representantes y principios rectores

Los enfoques Posmodernos abandonan la visión internalizadora e individualista del problema para ubicarlo fuera del individuo. El abordaje narrativo esta representado principalmente por Michel White quien reside en Australia y David Epston en Nueva Zelanda, ambos de formación antropólogos. Sus trabajos destacan dos modalidades, una relacionada con el concepto de "externalización" del problema y la otra con el uso de medios narrativos con fines terapéuticos (White y Epston, 1993).

Externalización del problema

La externalización es el proceso de deconstrucción que se sigue con las personas y grupos al crear historia alternativas; la persona no es el problema, el problema la atrapa. Para este fin White y Epston han creado metáforas alusivas.

"¡Entonces es una caca traicionera la que te ataca!"

Se les pide cosifiquen o personifiquen al problema como algo que se encuentra fuera de ellos.

"¿Cómo es esa caca traicionera que se ha apoderado de ti, qué tan grande, de qué color, qué nombre le pondrías?"

Se trabaja con preguntas de influencia relativa que dirigen la narrativa en dos direcciones: a) la influencia que tiene el problema sobre la vida de las personas en todos sus aspectos (en sí mismo, en sus emociones, en sus relaciones, en lo social, en lo laboral).

"¿Qué ha hecho de tu vida el berrinche agazapado? ¿Qué ha hecho con tu familia? ¿Qué ha hecho con tus amistades? ¿Qué cosas contra ti misma, te ha hecho hacer ese berrinche agazapado?"

b) la influencia que tienen las personas sobre la existencia del problema. Este último persigue indagar, reconocer y hacer suyos en este proceso de agencia personal hechos extraordinarios del pasado o de cualquier otro momento incluyendo el presente, que contradigan la narrativa del problema, es decir, hacer exótico lo doméstico, y a partir de esto abandonar los relatos saturados del problema, reconstruyéndolos al ir conformando una nueva narración al re-narrar y así engrosar una historia diferente y liberadora del problema y que sobre todo contribuye a la conformación de una nueva identidad (White y Epston, 1993, White, 1997).

"¿Alguna vez le has ganado a la inseguridad por el abuso? ¿Cómo fue que lo hiciste? ¿Cómo te deshiciste de lo que sentías? ¿Qué piensas de ti ahora que estas más tranquila? ¿Conocías esta capacidad tuya? ¿Cómo te sentiste al descubrirla? ¿Descubriste otras capacidades?"

La deconstrucción de la narrativa se mueve en dos panoramas: a) panorama de acción (manejo del pasado, presente y futuro al ir indagando y conformando las nuevas narrativas manejando hechos, secuencias).

“¿Qué hizo de ti la inseguridad mañosa? ¿Qué cosas de las que ahora conoces de ti te ayudaron a que le cerraras la puerta a la inseguridad mañosa y estés aquí? ¿Qué será diferente en ti cuando de deshagas de la inseguridad mañosa?”

b) panorama de conciencia (Interpretaciones, reflexiones y resignificaciones) con la finalidad de validar las nuevas narrativas.

“¿De qué manera la tranquilidad va a repercutir en tu familia? ¿Qué diría tu mamá si la tranquilidad fuera parte de tu vida? ¿Qué pensaba al principio la inseguridad mañosa de ti? ¿Qué piensa ahora de ti?”

El método interpretativo retoma a la historia o narración como el marco dominante para la experiencia de vida por lo que definen a la narración como una unidad de significado y marco para la experiencia de vida ya que a través de la narración los terapeutas entramos en la vida de las personas y estas pueden entender su vida en el relato o la re-narración considerando las influencias del pasado y los posibles efectos en el futuro. Su idea principal es la co-generación de relatos alternativos que compitan con los patológicos logrando una co-construcción diferente del problema. El re-narrar ayuda a reconstruir el significado problemático y co-construir narraciones liberadoras a través del lenguaje verbal o escrito, es decir, reescribir sus vidas de forma alternativa (White, Epston, 1993).

Un ejemplo del uso de medios escritos en la terapia narrativa es:

Estimada María Elena:

Partiendo del momento en que llegaste a terapia y hasta nuestra anterior sesión, surgieron en mí varias ideas que quisiera compartir contigo.

Si bien vivimos en una sociedad que valora a la mujer en gran parte en función de su capacidad de dar vida, surgió en mí la pregunta ¿si sólo somos valiosas por esta condición de la naturaleza y de la biología de nuestro cuerpo? ¿Cuáles podrán ser esos otros atributos que nos dan valor no sólo como mujeres, sino como seres humanos que pensamos, sentimos, queremos, deseamos y actuamos?

Recordando nuestras conversaciones, veo en ti a una mujer con unas enormes ganas de dar amor y darse a los demás, de volcar ese sentimiento maternal que hasta este momento la vida no te lo ha permitido en un hijo, pero no sé, quizás en un futuro te lo permita, eso solo el tiempo y la sabiduría de tu cuerpo lo dirá.

Sin embargo, como maestra has tenido muchos hijos que son todos esos jóvenes a los que has enseñado, guiado, orientado; e incluso me pregunto siendo tu una mujer tan sensible ¿cómo has vivido y qué ha significado para ti el acompañarlos en su sentimiento de gozo cuando han logrado sus objetivos pero también en su sufrimiento cuando han enfrentado tropiezos en este proceso de vivir? ¿De qué manera te ha servido a ti para descubrir tu esencia como mujer y ser humano? ¿Qué es lo que has descubierto de ti más allá de lo que ya conocías?

También te veo como una mujer comprometida consigo misma, con unas enormes ganas de salir adelante y con el gran don de la confianza en sí misma y en los otros, lo que te ha permitido pedir ayuda en el momento que lo necesitas ¿será esto lo que te ha permitido estar abierta a buscar opciones y posibilidades? ¿Será ésta una actitud tuya ante la vida?

Eres una buena alumna, que como tú lo dijiste te has permitido ser guiada y orientada pero además pusiste en juego tu capacidad reflexiva logrando darte cuenta de que si a lo mejor cuando llegaste no estabas totalmente estática, si estabas dando vueltas en círculo, sin dirección, pero has aprendido que

para que el movimiento tenga dirección quizá tengas que cerrar algunos espacios incluso dolorosos, algunas cosas y abrir o continuar con otras, pero sobre todo que esto es un proceso que cada uno camina a su propio paso.

Quizá hasta hace poco tiempo le habías dado demasiado espacio en tu vida al ser madre, no lo sé, eso solo el tiempo lo podrá decir. Pero como te decía este andar a tu propio paso es un proceso en donde has tenido que vivir y enfrentar situaciones dolorosas a las que has tenido que decir adiós, cerrar, para retomar o abrir otras nuevas, nuevos proyectos y entonces me viene esta idea a la mente ¿cómo se verá María Eugenia en un futuro próximo en otros espacios de su vida: como mujer, como profesional, como pareja, como hija, como amiga? ¿Será que este proceso que trae consigo cambios te está posibilitando aprender a aceptarlos y a despedirte de ellos? ¿Será que la soledad de la que me hablabas no estriba en el acompañamiento físico y que la puedes contrarrestar con la voz que te acompañe?

Habiendo compartido contigo mis reflexiones y esperando que puedas acudir a estas líneas cuando así lo creas pertinente, me despido de ti.

Atentamente.

Eloisa

19 de mayo del 2005.

1.1.7 Enfoque Colaborativo

El enfoque colaborativo está representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian (1988) pioneros en el giro interpretativo en la terapia, abandonan la cibernética para retomar la hermenéutica; retoman la intersubjetividad del diálogo, lo que lleva el desplazamiento de la terapia hacia la conversación, partiendo de la idea que los seres humanos somos generadores de significado en el lenguaje y por lo tanto el sistema terapéutico es un sistema lingüístico; los significados son cambiantes, se crean y se experimentan en el intercambio con los otros, por lo que en el espacio terapéutico la generación de nuevos significados puede permitir desorganizar el problema. A medida que se da el diálogo se crea una nueva narración, la narración de historias no contadas producto de la conversación dialógica y la colaboración relacional durante la terapia (MacNamee, Gergen, 1996; Limón, 2005).

Bajo este enfoque, la conversación terapéutica parte de un "modelo dialogal" en donde tanto consultante como terapeuta co-participan del desarrollo de nuevos significados. La posición del terapeuta es de horizontalidad (sin jerarquías basadas en el poder del conocimiento), ignorancia (que se refiere a aprender la verdad narrativa del consultante y las descripciones que hace de su propia experiencia) respeto y curiosidad realizando un análisis de la experiencia dentro del contexto

La labor del terapeuta es resignificar las historias que están alrededor, en y entre el problema y encontrar nuevas historias, en donde el problema signifique algo diferente, teniendo como un recurso muy importante los diálogos de la conversación, y los diálogos sobre los mismos diálogos que lleven a la reflexión y la creación de nuevos significados.

1.1.8 Equipo Reflexivo

Este enfoque está relacionado con los sistemas de lenguaje colaborativo y las múltiples voces, es el equipo reflexivo creado por Tom Andersen (Limón, 2005).

El Equipo Reflexivo (ER) congruente con la postura Socioconstruccionista, enfatiza la importancia del lenguaje en la construcción de diferentes versiones de la realidad y valora las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces. Bajo esta forma de trabajo, el ER no aspira a reflejar la realidad sino a compartir lo que los miembros del mismo, piensan y sienten a raíz de lo escuchado durante la entrevista entre consultantes y terapeutas. Esta modalidad indica que el ER "reflexiona" en presencia del sistema terapéutico (consultantes y terapeutas).

La idea del Equipo Reflexivo no es un método, es una forma de pensar y poner ideas sistémicas en acción. Las ideas cambian con el tiempo y con las diferentes culturas. Múltiples voces ofrecen, múltiples y variados significados, lo que permite abrir el panorama de las significaciones. El grupo de terapia se reúne para contar diferentes voces -nuevas preguntas- distinciones nuevas e impulsar cambios de acuerdo a metas particulares.

Andersen, en 1995 señala que el ER no debe comentar sobre cosas que pertenecen a otros contextos (fuera de la entrevista), dar connotaciones negativas, interpretar ni juzgar al hacer presente las diferentes voces en el proceso terapéutico (Licea, Paquentin, y Selicoff, 2002)

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

Algunas consideraciones acerca de las diferencias y similitudes entre los modelos de terapia familiar citados son las siguientes.

Los modelos estructural, estratégico, terapia breve enfocado a problemas y Milán en su primera etapa, van más de la mano con los planteamientos de la cibernética de primer orden en donde el observador tiene una posición independiente de la familia, sabe hacia donde ir y tiene una posición de jerarquía. La etapa segunda del modelo de Milán (pos-Milán), terapia breve enfocado a soluciones y una parte posterior del modelo estructural se encuentran ya en los inicios del pensamiento caracterizado por la cibernética de segundo orden, así como los modelos denominados Posmodernos como el modelo narrativo y los enfoques reflexivos y colaborativo, consideran que el terapeuta se encuentra inmerso en el sistema y existe una relación recíproca de influencia en donde juntos van co-creando y co-construyendo significados acordes a la realidad familiar.

Una similitud entre los modelos estructural, estratégico y Milán en su primera etapa, es que consideran el desarrollo de la familia como evolutivo-normativo con tareas propuestas de acuerdo a cada etapa, las que

siguen una continuidad; las situaciones problemáticas surgen como resultado de no responder normativamente a los requerimientos de la etapa por la que se transita.

Una semejanza entre el modelo estructural, estratégico y la primera etapa del modelo de milán, es que el síntoma está asociado a la dificultad para enfrentar las demandas evolutivas de la transformación natural de la familia; en los dos primeros los trastocamientos en las relaciones jerárquicas se encuentran relacionados con la aparición del síntoma. El modelo estructural y la primera etapa del modelo de Milán, se enfocan en encontrar las pautas de conexión síntoma y sistema así como la funcionalidad del síntoma para el sistema.

Un aspecto en el que coinciden los modelos de terapia estratégica, terapia breve centrada en problemas y soluciones es la influencia de las ideas de Milton Erickson y su experiencia sobre hipnosis así como la teoría de la comunicación y su influencia en el proceso de intervención terapéutica.

En el caso del modelo de terapia breve centrada en problemas, considera que los problemas surgen por una actitud excesiva o insuficiente por parte de las personas, ante las dificultades normales de la vida. Una diferencia entre los modelos de terapia breve es que el centrado en problemas su prioridad es conocer la pauta que genera el problema, desaparecer el síntoma y promover el cambio. El modelo centrado en soluciones se enfoca a los recursos de los clientes y su amplificación sin ser necesario conocer el problema. Lo que ambas tienen en común es que se centran en el presente.

Los modelos de terapias breves plantean un tiempo limitado de sesiones para resolver la problemática planteada, tomando en consideración que los cambios pueden ser de tipo 1 (no transforman al sistema) o tipo 2 (transforman el sistema). Por su parte el modelo estructural plantea que la intervención debe transformar el sistema y no tiene un límite de sesiones.

El modelo de Milán en su primera etapa, plantean la necesidad de trabajar con todos los miembros del sistema familiar. Los modelos de terapia breve centrada en problemas y soluciones, las propuestas del periodo pos-Milán, así como los modelos Posmodernos propiamente dichos como el modelo narrativo, el enfoque colaborativo y el enfoque de equipo reflexivo, señalan que con un solo miembro de la familia que acuda es suficiente.

En el modelo de Milán el que ostenta el poder es el terapeuta; se pone el énfasis en las raíces del problema, en las generaciones anteriores y los mitos que han pasado de generación en generación; el bloqueo en los cambios se debe a incongruencia en los niveles de comunicación que se mantienen en las reglas del juego familiar; es importante que acudan todos los miembros de la familia. En el periodo pos-Milán, el problema existe a partir de que observadores, consultantes y terapeuta lo definen de manera colectiva ya que se parte de la premisa de la existencia de múltiples realidades que cobran significado a través del consenso del colectivo. Esta postura es semejante con las propuestas del modelo narrativo, el enfoque colaborativo y reflexivo.

Aún dentro de los enfoque considerados estrictamente posmodernos, el modelo narrativo prioriza la narrativa de historias que contradigan la historia dominante contribuyendo en la construcción de un contexto de mayor satisfacción para los consultantes; el enfoque colaborativo atiende con mayor fuerza al diálogo y los procesos conversacionales atendiendo a los significados que son susceptibles de transformarse en el proceso de terapia y; el enfoque reflexivo pone su acento en las diversas voces que son una muestra de la diversidad de realidades con las que los significados pueden cobrar diferencias significativas para cada familia.

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

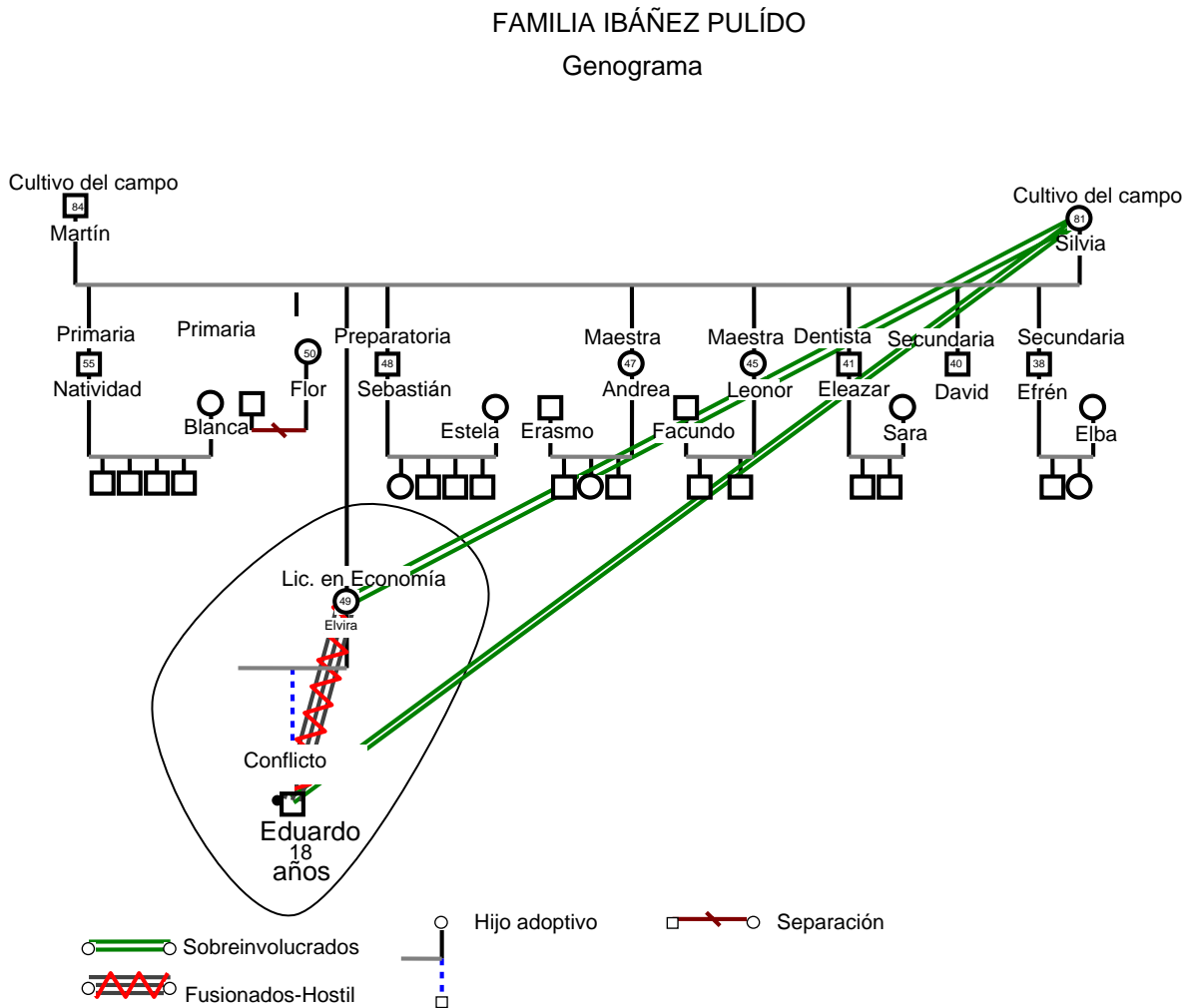
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

A continuación se presenta un cuadro que sintetiza las familias donde participé como terapeuta responsable del caso:

SEDE	CONSULTANTE	MOTIVO DE CONSULTA	# DE SESIONES ALTA O BAJA	MODELO TERAPÉUTICO
Clínica de Terapia Familiar FESI S.S: a) Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez . b) Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y Dra. Iris Xochitl Galicia	Familia Ibáñez Pulido	Secreto de adopción. Relación conflictiva entre madre-hijo	21 a) ALTA	Modelo Estructural Modelo de Milán (cuestionamiento circular y preguntas reflexivas)
	Familia Morales Hernández	Caso de tres generaciones. Desequilibrio en la relación abuela-tío-nieto a causa de la indefinición de roles.	11 b) ALTA	Modelo Estructural
H C C Azcapotzalco S.S. Mtra. Carolina Rodríguez	Familia Mendoza Sandoval	Conflictos familiares con las hijas adolescentes	9 ALTA	Modelo de Milán
	Familia Valencia Gómez	Crisis de transición a la etapa de hijos adolescentes y secreto de adopción.	11 ALTA	Modelo Estructural y Modelo de Milán
Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalneapantla S.S: Mtra: a) Rosario Pérez Salcido y b) Mtra: Carmen Susana González	Familia Pérez Flores	Violencia en la pareja	3 b) ALTA	Modelo de Soluciones
	Familia Gómez Ruiz	Menor de 9 años referida con diagnóstico de psicosis infantil	5 b) ALTA	Modelo Estructural y Modelo Estratégico
	Familia Centeno García	Proceso de duelo	6 b) ALTA	Modelo de Problemas y Modelo Narrativo centrado en medios escritos
	Familia López Sánchez	Niña de 5 años enviada con un diagnóstico de hiperactividad	1 b) ALTA	Consejería Familiar
Con el fin de respetar la confidencialidad de los consultantes se modificaron en el presente reporte los nombres y datos personales de los integrantes de las familias.				

1.1. Integración de Expedientes, Análisis y Discusión Teórico-Metodológica

A continuación se presenta el análisis de cuatro casos y sus correspondientes procesos terapéuticos, los cuales me fueron asignados como terapeuta.



Número de sesiones: 21

Descripción de la familia

Familia de progenitor único que tiene al frente a una mujer, que por decisión personal a los 31 años adopta un bebé del género masculino de año y medio. Se encuentran viviendo el proceso de transición de familia con un hijo adolescente a familia con un hijo adulto y la crisis que conlleva el proceso de individuación separación para ambos.

Antecedentes familiares y del problema

La señora Elvira se consideraba una mujer vanguardista e innovadora, egresada de la Preparatoria 2, se conceptualizaba como una mujer con una forma diferente de ver la vida; no estuvo entre sus planes tener una pareja formal pero sí la intención de adoptar ella un hijo; pensaba que había muchos niños necesitados y no era necesario que lo tuviera, por lo que adoptó a Eduardo desde el año 6 meses.

Los conflictos entre la señora Elvira y Eduardo se habían agudizado sobre todo a partir de que éste cumplió 14 años, dice la madre: "porque yo le exijo mucho sobre todo con relación a la escuela". Ella menciona que su hijo Eduardo es cariñoso pero cuando "se le sube el temperamento, pateo puertas, grita, acelera el carro cuando van por las calles".

La señora Elvira se queja de que ella tiene que enterarse por sus propios medios de las calificaciones de su hijo quien no le informa de su situación escolar. Al enterarse del número de materias reprobadas le dijo que se buscara un trabajo dado que sólo iba a recursar materias, pero como él no lo encontró, ella lo incorporó a su oficina; sin embargo, le enojaba que le discutiera las ordenes frente a los demás trabajadores y que fuera violento. La madre se declaró incompetente, se sintió impotente al decir no saber cómo resolver el problema, por lo que solicitó el servicio de terapia a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI.

Motivo de consulta

La señora Elvira solicitó el servicio porque deseaba que se le orientara cómo resolver aspectos sobre la educación, el futuro y el presente de su hijo Eduardo. Solicitó el apoyo para él, porque siempre está molesto, enojado y no sé qué hacer, "me trata como igual y eso no me agrada".

También deseaba que se abordara en la terapia el que Eduardo era hijo adoptivo; comentó que ella se lo dijo cuando tenía 10 años pero él no lo recuerda, incluso se encuentra parecido físico con la familia materna.

Hipótesis sistémica inicial

La señora Elvira, al mirarse a sí misma como innovadora y diferente, ha trabajado para establecer una relación de iguales con su hijo, pero al no poder poner límites en la relación madre-hijo, se declaró incompetente y buscó la terapia como una manera de recuperar el control en la relación. Esto se vio exacerbado, dada la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia, ya que es necesario renegociar pautas de autonomía y control entre ellos.

Objetivo

El objetivo fue conocer las pautas de relación madre-hijo, su influencia en dicho sistema familiar, la estructura familiar incluyendo el manejo de límites, jerarquía y construcciones de la realidad que estaban dificultando la transición de ser una familia con hijo adolescentes a una familia con hijo adulto, así como el proceso de individuación que implicaba para ambos.

Descripción de la problemática familiar

Se describen por puntos los problemas encontrados en este caso:

- La señora Elvira refirió el deseo de que su hijo terminara las cosas que le indicaba en el tiempo que ella estima era lo necesario; actuaba ordenando constantemente a Eduardo la realización de actividades tanto del hogar como académicas, denotando corporal y gestualmente su enojo ante el incumplimiento. Eduardo dice que se sentía abrumado por tanta insistencia, lo que le enojaba y respondía aventando objetos, pateando puertas, entre otros.
- La relación madre-hijo se encontraba permeada de dobles mensajes: eres dueño cuando compartes conmigo, que soy tu madre, las actividades en la oficina, pero eres trabajador cuando me enfrentas o rebates las indicaciones frente a los empleados; eres mi hijo porque yo así lo decidí al adoptarte pero no eres mi hijo biológico.
- La madre tenía como objetivo personal que Eduardo fuera un profesionalista y dado que había concluido sus tres años de bachillerato y tiene 15 materias reprobadas, le confirmaba que había fallado a la confianza que depositó en él, que la había decepcionado. Eduardo por su parte se sentía inseguro y triste, se percibía incompetente; además pensaba que estaba faltando al objetivo de su madre, el cual había hecho propio, no estableciendo una diferencia entre lo que él deseaba y lo que deseaba su madre (dificultad para la individuación).
- El contexto socio familiar en el que se desarrolló la madre, apuntaló un rol de madre cuidadora, sobreprotectora, hiper-responsable que se intensificaba en la relación madre-hijo, lo que en lugar de contribuir al desarrollo sano del adolescente, limitaba sus experiencias de vida y marcaba como negativas las conductas que no respondían al proyecto de la madre.
- La señora Elvira enfrentaba una lucha por ejercer una responsabilidad no asfixiante (control y vigilancia constante) hacia Eduardo, ya que reconocía que lo había hecho de manera consciente creyendo que con esto lo haría un hombre de bien y con un futuro, sobre todo con una carrera. Eduardo por su parte le pedía que no lo vigilara ni lo controlara tanto, como una forma de dejarlo crecer.
- Eduardo se daba cuenta que el comportarse como un chico irresponsable de 13 años lo ponía en una zona de confort en donde tenía pocas responsabilidades, pero era descalificado; y el actuar como de 40 años le daba jerarquía al fungir como la pareja de su madre, incluso

celándole la relación con otras parejas, pero le limitaba que realizara actividades propias de su edad. Sin embargo, se debatía en el deseo de crecer como un joven de 19 años, pero no había encontrado la manera de poner límites claros y adecuados entre su madre y él, que les permitieran estar unidos y al mismo tiempo crecer de manera individual sin culpas.

Análisis Teórico- Metodológico del caso de la familia

Hipótesis de trabajo

- 1) Las manifestaciones conductuales de agresión entre madre e hijo eran síntoma de su miedo a la distancia o la separación ante la posibilidad de abrir y afirmar el secreto de la adopción; incluso ante la posibilidad de que entrase un tercero en la relación (cualquiera de los dos podría tener pareja), al transitar de la etapa de familia con hijo adolescente a familia con hijo adulto.
- 2) La rebeldía y el enojo del hijo contra la madre eran síntoma de la dificultad del sistema familiar para enfrentar la transición de ser una familia con un hijo adolescente hacia una familia con un hijo adulto; su agudización en la adolescencia es la manifestación de la necesidad de poner en claro el secreto de la adopción.
- 3) Los conflictos entre madre-hijo estaban mediados por una estructura familiar caracterizada por un manejo de límites rígidos y difusos por parte de la madre, dificultad en el manejo de la jerarquía, un conflicto por el manejo del poder en la relación madre-hijo, la dificultad para establecer la diferenciación e identidad propia por cada uno de los miembros de la díada madre-hijo, y la centralidad negativa de la madre que pone sus lentes casi exclusivamente en los aspectos negativos de su hijo y los resalta constantemente.
- 4) La influencia de la familia de origen con relación a las construcciones de género implícitas y la estructuración de lo que significa ser madre, influyeron las pautas del ejercicio de una responsabilidad que ahoga y un comportamiento sobreprotector en la relación madre-hijo, lo que en lugar de ayudarlo a diferenciarse y tener una identidad propia, lo vuelve más vulnerable ante las demandas tanto de la madre, como del contexto socio cultural en el que se desenvuelve, al que no responde de acuerdo a sus exigencias, quedando ambos atrapados en una relación simbiótica que les obstaculiza el desarrollo de proyectos futuros individuales de vida

Modelos de trabajo

El trabajo terapéutico en este caso se basó en el Modelo Estructural dadas las intervenciones realizadas en límites, jerarquías, centralidad, etapa del ciclo vital de la familia con hijos en edad adolescente y construcciones de la realidad.

Se consideraron los planteamientos de Minuchin (1986) para quien la familia es un grupo social y natural con pautas de interacción particulares que distinguen su estructura familiar, y que rigen el funcionamiento

y organización de sus miembros en un proceso de interacción recíproca. Se encuentra en un proceso de equilibrio - cambio permanente, y se adapta a las circunstancias históricas porque es un sistema abierto en constante transformación.

Sin embargo, cuando las pautas de interrelación en la familia se vuelven rígidas y estereotipadas, aparece el síntoma como una forma de poner en evidencia la necesidad de cambio, a través de diversas manifestaciones como pueden ser: sentimientos de tensión, angustia, culpa, entre otros, en alguno de sus miembros y/o en la totalidad de los integrantes de la familia, contribuyendo así, a perpetuar pautas de interacción que obstaculizan el proceso de adaptación de la dinámica familiar a condiciones nuevas (Papp, 1994).

Por otro lado, es una oportunidad para influir en las formas de organización y estructura del sistema familiar que les permita el cambio, entendido éste, como el proceso a través del cual la familia transforma o reestructura pautas transaccionales (reglas y estilos de relación estereotipados y rígidos) que le permitan la adaptación a condiciones nuevas, ya sean éstas de la exigencia interna de la misma familia o de las condiciones socio-históricas o externas del medio donde se encuentra inmersa (Minuchin, 1986).

Algunos aspectos del Modelo de Milán relacionados con el cuestionamiento circular. Cabe mencionar que se optó por dichos abordajes dado que la familia, en particular la madre, muestra características francas de las familias "sí pero" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata; 1988), el grupo "igual o peor" renuentes al cambio (O'Hanlon, Wiener-Davis, 1990), la descalificación frecuente del otro por parte de la madre, y la ambivalencia y los dobles mensajes en la organización de la díada madre-hijo (Selvini et. al.; 1988), por lo que se decidieron intervenciones como el reto, mensajes paradójicos, la prescripción del no cambio (Papp, 1994) y el cuestionamiento a través de preguntas reflexivas (Tomm, 1987, 1988).

Estrategias de intervención

Durante el proceso terapéutico se establecieron diferentes tipos de coparticipación con la familia (Minuchin y Fishman, 1999) tratando de hacerla sentir comprendida y segura para ensayar nuevas alternativas y cambiar. En un inicio se trabajó un *joining* distante, adoptando una posición de especialista con el objetivo de crear un contexto terapéutico competente que los proveyera de un sentimiento de ir hacia el cambio, dado que la madre presentaba una actitud pesimista ante la conflictiva familiar; se detectaron palabras claves como "un sentimiento de prisa" por parte de la madre. Posteriormente se usa el *joining* intermedio participando activamente y tratando de adoptar una postura neutral ante la problemática que los trae (también conocido como rastreo) proponiendo diversos tipos de interacción como una forma de conocer las pautas de interrelación que definen al sistema; se identificó el término de "arriesgarse en la relación" y dejar un poco la vigilancia y el control aunque esto no fue constante. Ya un poco más avanzado el trabajo se estableció un *joining* cercano, que permitió a la terapeuta coligarse alternativamente con cada uno de los miembros de la familia validando la realidad de cada subsistema, buscando los lados fuertes de cada uno de los miembros del sistema, reconocérselos y detectar áreas de

sufrimiento como: 1) Eduardo se encontraba abrumado por un sentimiento de gran compromiso (lealtad) hacia la madre ante el cual se percibe, no está respondiendo, 2) La señora Elvira enfrentaba sentimientos de coraje, desesperación y enojo por no poder resolver por ella misma la situación: coraje al sentirse incompetente para establecer el control de su hijo, desesperación por sentirse abrumada con sus actividades profesionales y tener que atender todavía la situación que viven y decepción porque Eduardo no cumple con sus expectativas de hijo.

Se intervino cuestionando el síntoma (reencuadre) a través de la utilización de la técnica de escenificación: se iluminó y se dio intensidad a interacciones espontáneas, se provocaron interacciones y se propusieron interacciones alternativas; con el objetivo de abrir las posibilidades para contactar no sólo con las acciones planteadas como problemáticas (aventar cosas, patear, puertas, etc.) sino también con los sentimientos y las ideas que se entrelazaban de manera interdependiente.

También se utilizó la técnica de enfoque para cuestionar el síntoma retomando uno por uno aspectos de la problemática familiar en los diferentes momentos del proceso: 1) El miedo al distanciamiento y el enojo manifiesto en las conductas problemáticas, como una manera de mantener unida a la díada, 2) Apertura del secreto de adopción, 3) Riesgos de haber abierto el secreto de la adopción, 4) El mandato familiar de ser madre, 5) El sentimiento de identidad y autonomía en la etapa adolescente, 6) Otra manera de ejercer la responsabilidad de ser madre sin caer en el ahogamiento, 7) Proyectos futuros de vida de ambos, 8) Luchando contra el sentimiento de lealtad para encontrar formar de interrelación madre hijo que permitan el crecer hacia la etapa adolescente sin culpa.

De igual manera, se cuestionó la estructura familiar (reestructuración). Se hizo uso de la fijación de fronteras al señalar la intromisión que hace la madre en el discurso, acciones, decisiones del hijo; se hace uso del espacio físico acrecentando la distancia física entre ambos, se asignaron tareas a realizar propias de un joven adolescente, lo anterior, con el objetivo de crear distancia psicológica en la díada madre hijo la cual se encontraba demasiado unida y así facilitar la relación jerárquica. Se intervino tratando de cambiar las estructuras de poder rígidas de la familia introduciendo cambios en el vínculo jerárquico a través del uso de la misma terapeuta, en la relación estableciendo alianza alternante en momentos claves, resaltando los lados fuertes de cada uno de los miembros de la díada; de manera estratégica se establecía alianza con Eduardo como una forma de fortalecer su autoestima, resaltar sus recursos y desequilibrar la relación dominante-sumiso madre hijo. Continuando con la reestructuración de la relación jerárquica lineal, se cuestiona el problema y el control lineal del mismo por medio de cuestionamientos circulares como ¿cómo ha contribuido la madre para la agudización del problema?, ¿cómo ha contribuido para los cambios que ha presentado su hijo?, introduciendo una visión circular y de complementariedad de la relación en donde la madre logra acceder a una visión más amplia de la realidad: cuando la conducta de la madre es de control y vigilancia permanente aunada a gritos, malas palabras, el hijo reacciona con negación y enojo; cuando el hijo se comporta como de 13 años la madre actúa como si fuera madre de un chico de 13 años.

Se cuestionó la construcción de la realidad, a partir de haber detectado un triángulo fuerte de alianza abuela-madre que permeaba el ejercicio de ser madre en el sistema familiar que acude a terapia, con el objetivo de redefinir y por lo tanto modificar, el modo en que la familia percibía el problema y que lograran una visión más flexible de la realidad familiar. Se trabajó sobre los constructos cognitivos del mandato de ser madre y el proceso de diferenciación y separación del adolescente.

- 1) Los mandatos de ser madre, aprendidos e impuestos por su familia de origen, los cuales se intensificaron al grado de ejercer una responsabilidad que vigila, controla y ahoga al hijo; se trató de contactar su propia experiencia adolescente como una manera de flexibilizar su visión acerca de las conductas, sentimientos e ideas de su hijo adolescente y la apertura y flexibilidad a que permitiera que aprendiera de sus propios errores. Se cuestionó si ¿existía una forma de ejercer la responsabilidad como madre de manera diferente? ¿había alguna forma de ejercer la responsabilidad de madre de una manera más tranquila y relajada?, ¿si la madre estaba dispuesta a continuar con una responsabilidad que ahoga, y correr el riesgo de que su hijo saliera de la relación abruptamente, como irse?, ¿en este proceso de aprender a dejar crecer a su hijo, el arriesgarse podía ir acompañado de la tolerancia en esta nueva forma de ejercer la responsabilidad como madre?
- 2) Si los hijos son la prolongación de la madre hacia el futuro ¿qué representaría para ella que su hijo no cumpliera con el proyecto que le tiene destinado, ser un profesionalista? ¿qué significaría para el hijo no cumplir con el proyecto que tiene para él su madre? ¿qué sentimientos, ideas y acciones lo embargarían si no cumpliera lo proyectado por su madre?, ¿qué representaría para la madre que su hijo se convirtiera en “un parásito”, según palabras de la madre?
- 3) Ante la apertura del secreto de adopción del hijo se plantea ¿cómo influye en ellos el saber que el hijo es adoptivo?, ¿si será algo diferente entre ellos ahora que saben que Eduardo es adoptivo? ¿si existe alguna diferencia para Eduardo entre ser hijo de genes y ser hijo de crianza?, ¿si el saberse hijo de crianza cambiará su relación con la madre, de qué manera?
- 4) Se redefine berrinche en un niño de 13 años por enojo en un joven de 18 años.
- 5) ¿Cuáles son los retos que enfrentará ella como persona que pasa por un momento particular del ciclo vital al tener un hijo independiente que ya no esté tan cerca de ella?

Uso del consejo especializado

- En este proceso de aprender de ser madre, tiene que aprender a dejar crecer a los hijos a partir de sus propias experiencias.
- Ser un hombre productivo y exitoso no tiene un sólo camino, como lo es a través de una licenciatura.

- El ejercicio de una responsabilidad como madre que ahoga y el compromiso que tiene para con su hijo Eduardo se han visto incrementados por el proyecto personal de hacer de él un hombre de provecho, pero puede ser que este control, vigilancia y sobreprotección lo vuelva más vulnerable para enfrentar los retos de la vida en lugar de fortalecerlo.
- Ser una madre que quiere y protege demasiado puede ser que obstaculice que su hijo aprenda a ser responsable y se desarrolle como un joven de su edad.
- Como buena madre que lucha por la felicidad de su hijo ¿esta lucha incluirá luchar contra ella misma y arriesgarse a ejercer menos vigilancia sobre su hijo?

Otra estrategia de intervención utilizada fue el uso de paradoja (Selvini et. al., 1986) dado que se percibe una rigidez importante en las pautas de interacción y su respuesta es mínima o nula ante intervenciones directas y el coro griego (Papp, 1994) cuestionando su apertura ante el cambio; una de las intervenciones fue la siguiente:

“Con tu actitud Eduardo, le estás dando la oportunidad y estas ayudando a la señora Elvira a ser madre en este proceso de aprendizaje; te estás poniendo ahí a costa de que tú, no aprendas a ser un hombre con decisiones, elección, responsabilidad y ahí vas a seguir atrapado. El equipo piensa que no van a cambiar y van a seguir siendo la mamá de un chico más pequeño; ella no quiere dejar de ser la mamá que guía, dice, checa, y supervisa constantemente. Van a seguir teniendo disgustos y diferencias pero juntos; lástima que con esto ninguno de los dos crezca en sus proyectos personales, los dos sigan atrapados.

Observaciones:

La familia fue dada de alta de común acuerdo en la sesión catorce, acordando un seguimiento en un mes, al término del cual la madre solicitó nuevamente la atención manifestando un sentimiento de desconcierto ante el no egreso de su hijo de la educación a nivel medio superior. Argumentó que ella había logrado tener confianza en su hijo, pero que el acontecimiento de no egreso la ha puesto mal. Se cita en una ocasión a la madre y posteriormente se está trabajando con su hijo al detectarse la necesidad de apoyarlo en su proceso de diferenciación e identidad propia, se le observó vulnerable ante el no cumplimiento de las expectativas de la madre.

Discusión Teórico-Methodológica

En este caso, madre e hijo compartieron una especial intimidad por tener una historia de vida en familia como díada, pero estaban enfrentando dos dilemas:

1. El proceso de diferenciación e independencia que vive una familia en etapa de hijos adolescentes, en donde cada uno debe enfrentar autonomía y nuevos retos.

2. Miedo a la separación y el distanciamiento ante la amenaza de un evento estresante como la apertura del secreto de que el hijo es adoptado (Minuchin, 1986)

La madre por su parte enfrentaba el dilema:

- 1) Como madre que encabeza un hogar de progenitor único su deber es hacer del hijo varón, un hombre emprendedor, exitoso, independiente como corresponde a los hombres en una cultura patriarcal apuntando hacia el distanciamiento tanto físico como emocional, pero su rol de madre le dice que tiene que cuidar, proteger, conducir, guiarlo al éxito aún a costa de postergar sus propios deseos (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1996).

Algo que llamó la atención de las primeras conductas de la familia fue el llegar recurrentemente tarde a las sesiones, sobre todo cuando acudieron ambos y manifestar verbalmente que estaban presentando problemas estomacales; parecía que este síntoma físico los vinculaba al tener que enfrentar un espacio que implicaba el abordaje de temas que les causaban ansiedad, probablemente el secreto de la adopción de Eduardo. Se realizó la primera intervención, validando su malestar y normalizando al introducir información profesional relacionada con los trastornos físicos que pueden presentar las personas cuando hay temas a tratar con los que se encuentran menos familiarizados, como lo concerniente a la familia, lo que muy probablemente se manifiesta en los malestares físicos, pero irían desapareciendo.

De acuerdo a los planteamientos de Minuchin y Fishman (1999) se usó un *joining* distante, connotando esta relación debido a que según el texto mencionado hay un dilema entre cuidarlo para hacerlo crecer y fomentar su independencia a pesar de distanciarse; estos aspectos concuerdan con lo planteado por Walters et. al. (1996) quienes mencionan que en familias con progenitor único que tienen al mando una mujer, se ha observado que la construcción social acerca de la masculinidad de la madre, influye su relación con el hijo hombre y aún más cuando se enfrenta el proceso de la diferenciación y formación de la identidad en la etapa adolescente.

En muchas ocasiones el hijo puede mostrarse alternativamente posesivo, protector y seductor de la madre imitando un estilo relacional de un marido convencional en el mundo patriarcal, y la madre responder pasivamente permitiéndole hacerse cargo de la situación, observándolo con una mezcla de diversión e irritación; por un lado está orgullosa de su precocidad y no desea reprimirla, pero al mismo tiempo le molesta verse controlada por él (Walters et. al.; p. 202).

En este caso la madre se declaró incompetente ante el manejo de su hijo y asumía esta doble tarea: por un lado, ella misma había contribuido al establecimiento de relaciones como iguales al acudir con él a bares, diversiones y tratarlo como igual, incluso como jefe en su despacho, por lo que pareciera su pareja, y en otras quería someterlo a la jerarquía de la relación parental en donde ella exigía y él debía obedecer como un niño de menor edad a la que tiene (18 años). Tal ambigüedad era observada en el adolescente el cual presentaba un arreglo que no corresponde a su edad sino al de un adulto (traje, portafolio), pero su tono de voz es bajo y entrecortado, su mirada evasiva, su inquietud, su frotamiento de

manos, se asemejan con un chico de menor edad. De aquí que, por un lado, se corroboraba parte de la primera hipótesis, la madre se declaraba incompetente como una forma de mantener el control de la relación al buscar el espacio y traer al hijo a terapia, y por otro lado, se intervino estratégicamente haciendo foco en que pareciera que a veces se comporta como un chico menor, como de trece años y en otras ocasiones de más de treinta cuando quiere tener el control de las situaciones, idea que será central para el subsiguiente trabajo.

Asimismo, Minuchin y Fishman (1999) refieren a las familias *pas de deux*, como aquellas compuestas únicamente por dos personas, en este caso madre e hijo, lo que puede dar como resultado un estilo relacional intenso caracterizado por la mutua dependencia y el resentimiento mutuo.

En esta familia se detectó esta pauta de ambigüedad en la relación a través de las interacciones espontáneas. Existía una pauta de interacción recursiva de vinculación a través del enojo y de los celos como una manera de contrarrestar la amenaza de la separación o distanciamiento; esta pauta estaba dada por una vigilancia y exigencia constante de la madre la que manifestaba una "sensación de prisa" porque su hijo adolescente tuviera claras sus ideas y acciones y se dirigiera hacia un futuro prometedor y, el comportamiento de negativismo de su hijo para realizar las actividades en el momento indicado, la manifestación de "berrinches" a través de aventar objetos, patear puertas, dejarla con la palabra y retirarse, acelerar el carro cuando van por las avenidas. Más adelante el chico habló de que su rebeldía estaba relacionada también con un sentimiento de tristeza y coraje ante la ausencia del padre y el que la madre no le hubiera dado una figura masculina cuando era más chico. El trabajo se dirigió a reencuadrar que madre e hijo se encuentran unidos por los celos y el enojo como una forma de continuar estrechando la diada, cuando lo que quieren en realidad es cuidar y proteger al otro, los celos y el enojo les provocan situaciones difíciles y dolorosas. Se redefinieron los celos mutuos a compartir al otro y el enojo como una expresión del miedo a la separación o la distancia entre ellos, señalando la complementariedad de la relación.

Esto es apoyado por Walters et. al., trabajando con adolescentes encuentran que las conductas negativas suelen ser intentos inexpertos por establecer su propia identidad y no meros actos de oposición. En la relación madre hijo, los esfuerzos por establecer la diferenciación los asustan a ambos, constituyen una amenaza para la especial intimidad que comparten y por lo tanto un riesgo de quedar atrapados en la relación y no desarrollar proyectos futuros de vida independiente.

Peggy Papp (1994) señala que en todo trabajo terapéutico puede que el cambio no sea la solución única a un problema único, sino un dilema a resolver, el cambio conduce a un interrogante ¿cuáles son las repercusiones para el sistema? porque pueden surgir nuevos problemas ante los riesgos del cambio.

La apertura del secreto de adopción demandó definirse con claridad el espacio de terapia familiar, la imposibilidad de guardar secretos por parte de la terapeuta y evitar la alianza con la madre. Se provocó interacción entre ambos para ser abordado, se hizo uso del enfoque, la iluminación y la intensidad del

mensaje. Por otro lado, se intervino con preguntas reflexivas como ¿en el caso de que la señora Elvira, no fuera tu madre de genes, cambiaría algo entre ustedes? ¿si existía alguna diferencia para él entre ser madre de crianza y madre de genes? Asimismo, se señaló que era un momento de reajuste, ahora a partir de certezas. Sin embargo, ante la apertura del secreto se planteó a la familia que uno de los principales riesgos, es que estrecharan aún más sus lazos ante el miedo a la separación, ahora que sabían que no los unían lazos de consanguinidad y esto no les permitiera el crecimiento individual y el desarrollo de proyectos futuros.

En la experiencia de Walters et. al. trabajaron familias con hijos adolescentes en donde se presentan conductas rebeldes como intentos de establecer su propia identidad, proponen que:

al trabajar hacia una relación más funcional, no sólo los dejará más libres de tratar con otras personas significativas en sus vidas sino que contribuirá a reducir la ambivalencia, ansiedad que exacerbaban la conducta rebelde, por lo que proponen intervenir reencuadrando viejos presupuestos que influyen en las conductas actuales y la flexibilidad para experimentar con otras conductas alternativas (p. 175).

En este caso, se intervino buscando las verdades familiares acerca de ser madre en la señora Elvira las cuales tenían su base en las experiencias tempranas de ser madre niña (de sus hermanos cuando tenía 7 años), madre estudiante (de sus sobrinos a los 15 años cuando vino al D.F. a iniciar sus bachillerato). Los mandatos familiares de la buena madre eran: a) cuidar, proteger y guiar hasta convertir al otro en una persona con futuro “si lo hice con mis sobrinos que no eran parte de mí, con más razón con Eduardo que sí es parte de mí”, b) no desfallecer, para ella no hay imposibles, c) los hijos son la prolongación de los padres hacia el futuro, su proyecto de vida futuro.

Eduardo, sentía un gran compromiso de lealtad con la madre ante el cual, bajo su percepción no estaba respondiendo ni académica y conductualmente.

Boszormenyi-Nagy y Spark (2001) plantean que la estructura interiorizada de la lealtad se inicia a partir de un sentimiento de deuda con el progenitor y en un sistema trigeneracional la deuda y la compensación hacia los propios padres, puede transferirse a los hijos, principalmente en los temas relacionados con la crianza y la educación de éstos.

Se intervino cuestionando el control lineal del síntoma señalando la complementariedad de la relación, así como con preguntas reflexivas con el objetivo de flexibilizar la visión de la madre: ¿la responsabilidad como buena madre va de la mano de la sobre vigilancia que lleva al ahogo?, ¿de qué manera participa ella en el comportamiento agresivo de Eduardo?, ¿qué tendría que pasar para que pudiera ver a su hijo como un chico de 18 años? En este proceso de aprender a ser madre, ¿tendrá que aprender que hay momentos en los que tiene que retirarse y dejarlo que tome sus propias decisiones a pesar de que no sean las proyectadas por ella? En esta lucha por la felicidad de su hijo como buena madre ¿tendrá que luchar contra ella misma y vigilar menos a Eduardo? ¿qué significaría para ella que Eduardo fuera un

“parásito”? ¿qué representaría para la familia extensa que Eduardo no cumpliera con el proyecto que tiene ella para él? Si la responsabilidad y el compromiso se han incrementado tanto que Eduardo lo vive como un ahogo, ¿será que estas acciones en lugar de fortalecerlo lo debiliten para enfrentar los retos de la vida?

El hijo por su parte demandaba menos vigilancia y control como una forma que le permitiría crecer sin sentirse sobrecargado. Los berrinches se redefinieron como enojos en un joven de 18 años, pero la madre continuaba con la pauta del “sí pero” ante los cambios positivos del hijo, por lo que se optó por prescribir el mensaje paradójico del no cambio como una forma de retar al sistema.

La madre reaccionó al reto y reflexionó sobre el aprendizaje como madre que la llevaba a descubrir el ejercicio de la responsabilidad considerando la posibilidad de arriesgarse a que su hijo no opte por lo que ella quiere y la tolerancia de la mano del respeto del ritmo del otro. “Creo que la que tenía prisa era yo” cuestionando de esta manera la forma de ver e interpretar la realidad a través de la redefinición de constructos cognitivos.

Como cierre se manejó un ritual de cartas de despedida a la madre del chico de 13 años y bienvenida a la madre del joven de 18 años. En el caso de Eduardo una carta de despedida al chico de 13 años y otra de bienvenida al de 18 años.

Cabe mencionar que los cambios más significativos a lo largo del proceso terapéutico fueron:

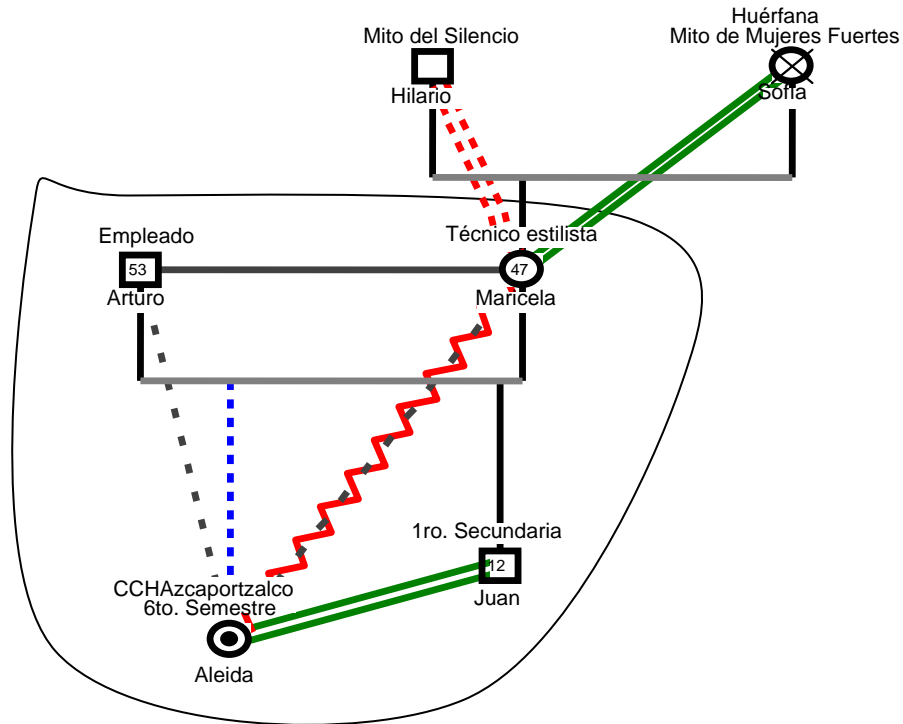
Ante la situación de llegar tarde a la terapia, no lo pudieron superar juntos, pero sí cuando acudieron de maneja individual. Eduardo incluso utilizó estrategias personales como trasladarse por sí mismo haciendo uso del transporte colectivo para llegar a tiempo, e incluso antes del horario acordado.

Con respecto a las peleas y conflictos entre madre e hijo, disminuyeron considerablemente durante el proceso de las primeras 14 sesiones de trabajo por parte de Eduardo. En las siguientes 6 sesiones logra establecer la estrategia de salir del espacio en conflicto como una forma de tomar control sobre sus propias acciones: al mismo tiempo fue ganado espacio personal relativo a sus amistades, gustos, deseos e incluso establece una relación de noviazgo que le hace sentir más cercano al joven de 19 años.

En relación a la flexibilidad por parte de la madre, cuando se percata que Eduardo al termino del año escolar (cuarto año de prepa) debe 2 materias de las 15 que debía, retrocede sintiéndose nuevamente defraudada al no poder ver a su hijo ingresado en la universidad, por lo que solicita nuevamente la atención al no saber como manejar sus sentimientos y pensamientos. Se tienen dos sesiones más con ella. En la sesión 15 logra reflexionar que la de la prisa era ella y no su hijo; en la sesión 20 se retoma lo que ha dejado de hacer durante todos los años pasados por estar tan pendiente de ser madre, pero que quiere retomar en ése momento. Posteriormente ella se contacta vía telefónica comentando que ha retomado aspectos de su persona (comprarse ropa) y profesionales (participa en un nuevo proyecto de trabajo) lo que le absorbe la mayor parte de su tiempo, lo que está contribuyendo a establecer pautas de relación más flexibles.

Referente al aprovechamiento escolar de Eduardo, al inicio de la terapia debía 15 materias, para la sesión 14 debía solo 2 materias, en la sesión 20 debía una materia y la otra la estaba recursando, por lo que mejoro de manera importante en relación al desempeño escolar.

FAMILIA VALENCIA GÓMEZ Genograma



- - - - ○ Conflictiva
- — ○ Armónica
- = = = ○ Sobreinvolucrada
- - - - ○ Distante
- - - - ○ Distante-Hostil

Número de sesiones: 11

Descripción de la familia

Familia rígida que enfrenta el proceso de transición de ser una familia con hijos en edad escolar a familia con hijos adolescentes, lo que sumado a la apertura del secreto de adopción de Aleida, entre otros, fortaleció en el presente la metáfora familiar del “mito del silencio” como una forma de poner en

cuestionamiento la estructura relacional de la familia y el proceso de individuación separación en la etapa adolescente así como la renegociación de límites y reglas familiares.

Antecedentes familiares y del problema

La señora Marcela comentó que las dificultades con su hija se presentaron a partir del cuarto semestre en el C.C.H; eran nuevos y diferentes sus amigos, al principio le comentaba que iban al billar y no habían entrado a clases; la madre la empezó a presionar verbalmente para que acudiera a sus clases e incluso la iba a recoger a la escuela para corroborar que hubiera ido, pero Aleida se enojaba y no entraba; la madre habló con algunos de sus profesores, los que le confirmaron que no entraba a clases por lo que la enfrentó, pero su hija dijo que lo hacía más a propósito. La madre comenta que le preocupa el índice de reprobación pues, hasta donde ella sabía debía 2 materias de tercer semestre, 5 de cuarto y 5 de quinto semestre; en ese momento cursaba el sexto semestre y no la veía comprometida, no hacía tareas, seguía con sus amistades y era rebelde.

A los 16 años Aleida se embarazó y a pesar de que en un inicio dijo deseaba continuar con el embarazo, la madre, al no ver apoyo por parte del chico ni de la familia de éste, e interpretando que su hija no sabía lo que quería y no era tiempo para que tuviera un hijo, toma la decisión de que le realicen un aborto.

A raíz del aborto y del nuevo grupo de amigos de Aleida, la madre reportó que permitía relacionarse con agresiones, pues incluso llegaba con moretones en el cuerpo, lo cual Aleida consideraba normal entre su grupo de amigos; la señora Marcela pidió la atención terapéutica y participaron en el grupo de red durante cinco sesiones junto con otras cuatro familias en el C.C.H. Azcapotzalco. Al concluir el trabajo terapéutico, la madre le comunicó que era hija adoptiva y esto cerró todo canal de comunicación de Aleida con la familia negándose a hablarles, lo cual se vio agudizado hacia la madre; a su hermano lo golpeaba a pesar de que éste se había vuelto su cómplice y cuando la madre le preguntaba por situaciones relacionadas con su hermana, decía no saber. El padre ante los cambios observados en la conducta de Aleida según refirió la señora Marcela, permaneció al tanto del proceso terapéutico a través de ella aunque él no podía acudir por cuestiones de trabajo. Asimismo, el abuelo materno, y la tía materna que vivían en el terreno familiar, estuvieron al tanto y de acuerdo con el proceso.

Motivo de consulta

La señora Marcela solicitó el servicio, a raíz de que abrió el secreto de la adopción con su hija Aleida, ésta no le hablaba ni a ella ni a su papá, no comía con ellos y trataba de estar el mínimo tiempo en casa; con su hermano Juan se llevaba mejor porque éste la quiere mucho y se había convertido en un aliado para ella aunque ésta en ocasiones le pegaba y lo trata mal; la madre interpretaba que le decía palabras con enojo y rencor.

Hipótesis sistémica inicial

La familia estaba atravesando por un momento de desequilibrio al vivir la transición hacia una familia con hijos adolescentes, que al sumársele el evento estresante de la apertura del secreto de la adopción agudizó la rebeldía de Aleida fortaleciendo aún más el mandato familiar del silencio, como una forma de poner en cuestionamiento el estilo relacional del sistema familiar, sus creencias y, al mismo tiempo, de re-encontrar un sentido de pertenencia e identidad a la familia y a la misma Aleida.

Objetivo inicial

Cuestionar cuál era el impacto en el sistema familiar y en la relación madre hija, de mantener vigente el mito familiar del silencio; sin embargo, a partir de la sexta sesión Aleida decide no seguir acudiendo cuando se le confirma que se continuará la atención con la(s) personas que lo deseen independientemente de que ella acuda. Aleida decide retirarse y se queda sólo la señora Marcela.

Problemática familiar

A lo largo de las sesiones se hizo manifiesta la rebeldía y el enojo por parte de Aleida hacia su madre. La señora Marcela, como responsable de la vida en familia, mostraba una jerarquía rígida en sus límites en cuanto al comportamiento y amistades de su hija, lo que ocasionaba conflicto entre ellas. La comunicación en la familia también era muestra de un sistema rígido que resistía la influencia del exterior. Esta situación se había presentado con mayor impacto desde que Aleida cursaba el tercer año de secundaria según ella lo dijo, pero se agudizó cuando Aleida se embarazó, haciendo vigente el mito del silencio en la familia ante situaciones que creaban tensión y estrés; Aleida no dijo con firmeza que deseaba tener a su hijo aunque manifiesta posteriormente sí desearlo y la señora Marcela interpretó como duda el que su hija contestaba "no sé" cuando le pregunta si desea conservarlo, tomando la decisión del aborto sin indagar más. Cabe señalar que en este momento la familia nuclear enfrentaba el cáncer terminal de la abuela materna lo cual provocó una mayor tensión que fue canalizada hacia esa situación.

Asimismo, la apertura del secreto de la adopción fue otro evento estresante que vino a reforzar el mito del silencio, dado que a partir de que la madre lo comparte con la hija, ésta muestra un total mutismo con los padres y la rebeldía se acrecentó. El intento por romper el mito del silencio, provocó más silencio.

A partir de que el espacio terapéutico es utilizado sólo por la madre, manifiesta sentimientos de miedo por que su hija se vaya de la casa familiar y de culpa por haber tomado la decisión del aborto. Refirió una gran necesidad de cambio en la organización familiar y de reencontrarse con ella misma.

Análisis Teórico-Metodológico del caso de la familia

Hipótesis de trabajo

1. La rebeldía de Aleida ponía en cuestionamiento la estructura familiar de un sistema con límites rígidos y comunicación indirecta al que le estaba siendo difícil transitar por la etapa de hijos adolescentes que requieren de nuevos ajustes en los límites para permitir un cambio en el proceso de individuación de sus miembros. Esto se exacerbó ante distintas situaciones estresantes como la enfermedad de la abuela, el embarazo de Aleida, la reprobación de materias, la asociación de Aleida con nuevos amigos y el secreto de la adopción. Ante la rebeldía de la hija la madre actuaba con mayor imposición y control que a su vez provocaba mayor rebeldía y silencio en la hija.
2. La lealtad por parte de Aleida al mito del silencio era una expresión de miedo al quedar cuestionada su identidad y su pertenencia a la familia al abrir el secreto de ser hija adoptiva.
3. Los sentimientos de miedo (a que se vaya Aleida del familia al darle a conocer que es hija adoptiva) y culpa (por haber decidido el aborto) aunados al rechazo del vínculo familiar por parte de la hija, obstaculizaban que la madre tuviera claridad y firmeza al mismo tiempo que empatía y flexibilidad para apoyar el proceso de diferenciación de Aleida y confirmar su pertenencia al sistema familiar.

Modelo de trabajo

Para este caso se consideró trabajar con el Modelo Estructural contemplando el manejo de elementos de la estructura familiar como: límites, jerarquía, territorio y geografía, así como la etapa del ciclo familiar, la transición positiva y los eventos estresantes a los que se enfrentaba la familia. Asimismo se consideraron aspectos del trabajo de la Escuela de Roma representada por Andolfi (Ackermans y Andolfi, 1994) como el mito familiar; y por el Modelo de Milán, la prescripción paradójica y la paradoja (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988) y el cuestionamiento circular basado principalmente en preguntas reflexivas (Tomm, 1987, 1988).

La familia se encuentra inmersa en un contexto socio-histórico que influye en la manera como se organizan sus miembros al interior de la misma, lo que constituye la estructura familiar, siendo ésta definida como "una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan" (Minuchin, 1986). El análisis del sistema familiar retoma la estructura que consiste en: límites, jerarquía, geografía y territorio; las etapas de evolución de la familia y el proceso de adaptación de la familia a situaciones estresantes.

El proceso de evolución de la familia, demanda la reestructuración de las pautas de interrelación entre sus miembros al paso por cada una de las etapas, las cuales se extienden del nacimiento hasta la muerte de la siguiente manera: formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad

escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos. Cuando en el sistema familiar las pautas de interacción se vuelven rígidas y estereotipadas, aparece el síntoma como la expresión de la disfuncionalidad familiar, siendo un recurso para mantener la homeostasis del sistema y al mismo tiempo una oportunidad para transitar hacia una dinámica familiar diferente (Minuchin y Fishman, 1999).

Minuchin (1986) refiere que en todas las culturas las familias enseñan a sus miembros los sentimientos de identidad e independencia que cada individuo requiere para su desarrollo personal a través del proceso de socialización. La familia moldea las conductas del niño de tal forma que cada individuo esté influido por un sentimiento de pertenencia a una familia. Por su parte, el sentido de separación se logra por medio de la participación del individuo en diferentes subsistemas familiares y extrafamiliares. De tal forma, Minuchin sostiene que la familia cambia y se adapta a las circunstancias históricas porque es un sistema abierto en constante transformación.

El Modelo de Milán por su parte, retoma la visión sistémica de la familia en donde el comportamiento sintomático es el resultado de la homeostasis y la capacidad de transformación de la familia. La Teoría de la Comunicación Humana, en especial la Teoría del Doble Vínculo (Bateson, 1956) y la interacción de tipo circular que responde a un juego interminable y se mantiene en oscilación entre el ganar y el perder. Esto es denominado por el Grupo de Milán como "comunicación paradójica". La persistencia de este tipo de comunicación y las reglas del juego de no definir las relaciones entre los diferentes miembros de la familia generará la conducta sintomática y la disfuncionalidad del sistema familiar (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 1989; Sánchez, 2000).

Selvini et. al. (1988) señalan que este tipo de sistemas muestra una renuencia al cambio a través de prescripciones directas y lógicas por lo que se hace necesario el uso de intervenciones paradójicas en donde se prescribe el síntoma como bueno para la familia (confirmación de la tendencia homeostática) y se define la relación de los miembros del sistema como complementaria por lo que no tendría lugar la tensión.

Otro elemento importante a considerar es el interrogatorio circular introducido por el Grupo de Milán, como una estrategia de investigación sistémica que les da voz a los diferentes miembros de la familia a partir de su percepción de los motivos del porqué de los sentimientos, ideas y acciones de los otros como una manera de dirigir la investigación sistémica hacia los cambios y las diferencias en las relaciones familiares, incidiendo en el sistema de creencias de la familia. (Tomm, 1988).

Estrategias de intervención

En la primera sesión se intentó establecer un *joining* cercano con Aleida pero ella se mostró negativa y fiel al mito del silencio por lo que se optó por una estrategia de coparticipación intermedia con la finalidad de rastrear la influencia del mito en el sistema familiar. Se estableció un *joining* intermedio con la madre tratando de adoptar una posición neutral, escuchando su percepción de la problemática y ayudándola a expresar su percepción de la situación familiar y la percepción de los demás miembros tanto de la familia nuclear como de la familia extensa. A partir de la sexta sesión, cuando la hija decide dejar el espacio

terapéutico, se establece un *joining* cercano con la señora Marcela, lo que permitió adentrarse más a fondo en sus sentimientos, sus temores y sus culpas optando por una alianza alternada con su hija aunque no estuviera físicamente en el espacio terapéutico, lo que permitió flexibilizar y abrir el panorama de la realidad familiar (cuestionamiento de la realidad familiar).

Se intervino cuestionando el síntoma (reencuadre) a partir de la estrategia de enfoque en la cual se logra modificar la concepción que tiene la familia acerca del problema así como se cuestionó la realidad familiar (redefinir) incidiendo en los constructos cognitivos. El síntoma manifestado por Aleida fue la rebeldía, a través de una escalada simétrica, siendo fiel al mito del silencio, lo que había sido interpretado por la madre como agresión y rebeldía en contra de ella. Se hizo foco en que los comportamientos de la hija podían ser una manifestación de miedo ante la incertidumbre de su pertenencia a la familia y su lugar dentro de la misma al conocer el secreto de que era hija adoptiva y, por otro lado, que los comportamientos que en su momento la madre llamó como de rechazo pues no respondía a su abrazo o se mostraba renuente a recoger su cuarto, no eran más que parte del proceso evolutivo de una chica adolescente en donde en su mayoría no permiten las manifestaciones físicas de afecto y sobre todo de los adultos; así la madre pudo tener otra percepción de la realidad, que la ayudó a manejar su miedo a que se fuera de casa y su sentimiento de culpa ante el aborto de la hija, logrando tener claridad y firmeza al demandarle que tratara de estar bien en la familia mientras ella decidiera quedarse en casa pero que debía cumplir con las actividades de áreas comunes mostrándose flexible con los espacios más personales como su recámara.

También se intervino cuestionando la estructura (reestructuración) de una manera paradójica, se marcó la distancia entre madre e hija haciendo uso del espacio geográfico confirmando la intención de Aleida de permanecer fuera de la familia y de la relación con la madre; posteriormente se introdujo la prescripción de que ella tomara la decisión de la cercanía o no como metáfora de su pertenencia o no al sistema familiar, a la cual respondió con un doble mensaje: prefiero estar físicamente cerca pero fiel al mandato del silencio, lo que seguía no confirmando abiertamente su pertenencia a la familia, pero a la vez implicaba un grado de pertenencia al, ser leal al mandato. Es interesante cómo el mismo comportamiento de Aleida es una expresión paradójica, pues al aliarse al mito del silencio, no acaba de definir su pertenencia a la familia, pero este mismo hecho de apoyar el mandato familiar, es una expresión de pertenencia.

De igual manera, se intervino por medio del desequilibramiento ignorando a Aleida en diferentes momentos de las sesiones, cuestionando su deseo de pertenencia a la familia; sin embargo ésta permanecía fiel al mito del silencio aunque su comunicación analógica mostraba que en momentos estaba atenta, en otras enojada, en otras pensativa. Asimismo se trabajó sobre una visión más abarcativa de la realidad familiar cuestionando sobre todo el control lineal y el modo de recortar los sucesos, logrando una visión de complementariedad de la conflictiva familiar. La madre se percató de que al seguir siendo fiel al mandato o mito familiar del silencio, donde además les ha dicho a sus hijos deben hacer lo

que de que ella dice (como su padre lo hizo con ella), impuso una rigidez que creó una barrera al interior del subsistema parental; barrera que se fortaleció con su actitud crítica, enjuiciosa y directiva, lo que generó alejamiento y rebeldía en Aleida.

Los constructos cognitivos son otro elemento que permitió tener una visión más amplia y flexible de la realidad por lo que se reflexionó sobre: a) la fidelidad al mito del silencio, b) los riesgos para la familia de permitirle instalarse de manera permanente, c) el silencio protege pero también puede causar daño, d) el significado de la llegada de Aleida tanto para la familia nuclear como par la familia extensa, e) la trascendencia y pertenencia en la familia, f) la necesidad de reencontrarse con Maricela sensible y encontrar un equilibrio personal, g) la influencia en las mujeres de la familia con mito de ser fuertes.

Se intervino paradójicamente connotando positivamente que: a) a pesar de que la forma de vincularse con la madre era a través de la rebeldía y de una manera enojada, era una oportunidad para reencontrarse, b) que el mantenerse fieles al mito del silencio y no tener que hablar, las protegía de tocar sentimientos dolorosos, c) que aunque Aleida no era hija biológica representó un regalo para la familia tanto nuclear como extensa, d) se señaló una posibilidad de vinculación madre hija aunque fuera en el silencio, e) que el descontrol del señor Arturo al ver a la señora Marcela tomar decisiones con claridad y firmeza era parte del proceso de transición que vivía la familia.

Observaciones

A partir de la sexta sesión Aleida decide no seguir acudiendo a la terapia, por lo que se trabajan las siguientes sesiones con la madre, la señora Marcela aunque partiendo de la visión sistémica y de los resultados en donde se involucraron tanto a la familia nuclear como la extensa (abuelo y tía maternos), se trabajó con el sistema familiar completo.

Discusión Teórico-Methodológica

Era una familia nuclear que se encontraba enfrentando un proceso natural del desarrollo familiar como es el paso de los hijos a la etapa adolescente aunado a eventos estresantes como la vivencia de un aborto y la apertura del secreto de la adopción por parte de Aleida, la enfermedad de la abuela, la reprobación y alianza de grupos de amigos nuevos. El síntoma era la rebeldía mostrada por la hija quien manifestaba el fortalecimiento del mito familiar del silencio del cual ella era la principal protagonista al momento de solicitar el apoyo. El sistema familiar estaba caracterizado por un conflicto en el subsistema parental que se había fortalecido por la rigidez de los límites hacia el exterior, la jerarquía dominante de la madre, los límites difusos al interior del sistema como respuesta ante el evento estresante de la apertura del secreto de adopción, lo que concuerda con lo señalado por Minuchin (1986) cuando se refiere a las familias rígidas.

Lo anterior, también es apoyado por Ackermans y Andolfi (1994) "un sistema familiar es rígido cuando es incapaz de encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital" (p.32); la flexibilidad o rigidez de un sistema no son características intrínsecas de su estructura, pero sí se ponen en juego cuando la

familia enfrenta el proceso de crecimiento y diferenciación individual de cada uno de sus miembros y, en el caso de Aleida, en su tránsito hacia la etapa adolescente y el conocimiento de ser hija adoptiva, ponen en cuestión su identidad y pertenencia a la familia como metáfora del proceso de individuación separación. Giacommetti y Menghi en (Ackermans y Andolfi 1994) plantean como un "aspecto paradójico del proceso de individuación; para separarse es necesario poder vivir juntos; para poder vivir juntos es necesario saber estar separados" (p. 185).

Corigliano menciona que muchas familias presentan una estructura rígida y el efecto que esto produce en uno o todos los miembros de la familia es poner en tela de juicio el funcionamiento familiar cuando las pautas de relación se han vuelto estereotipadas, pero que esta estructura tiene un sustento, el "mito de la familia" el cual condensa los presupuestos que rigen a la familia y las creencias, de tal forma que las diferencias individuales tienden a desaparecer. En: (Ackermans y Andolfi, 1999).

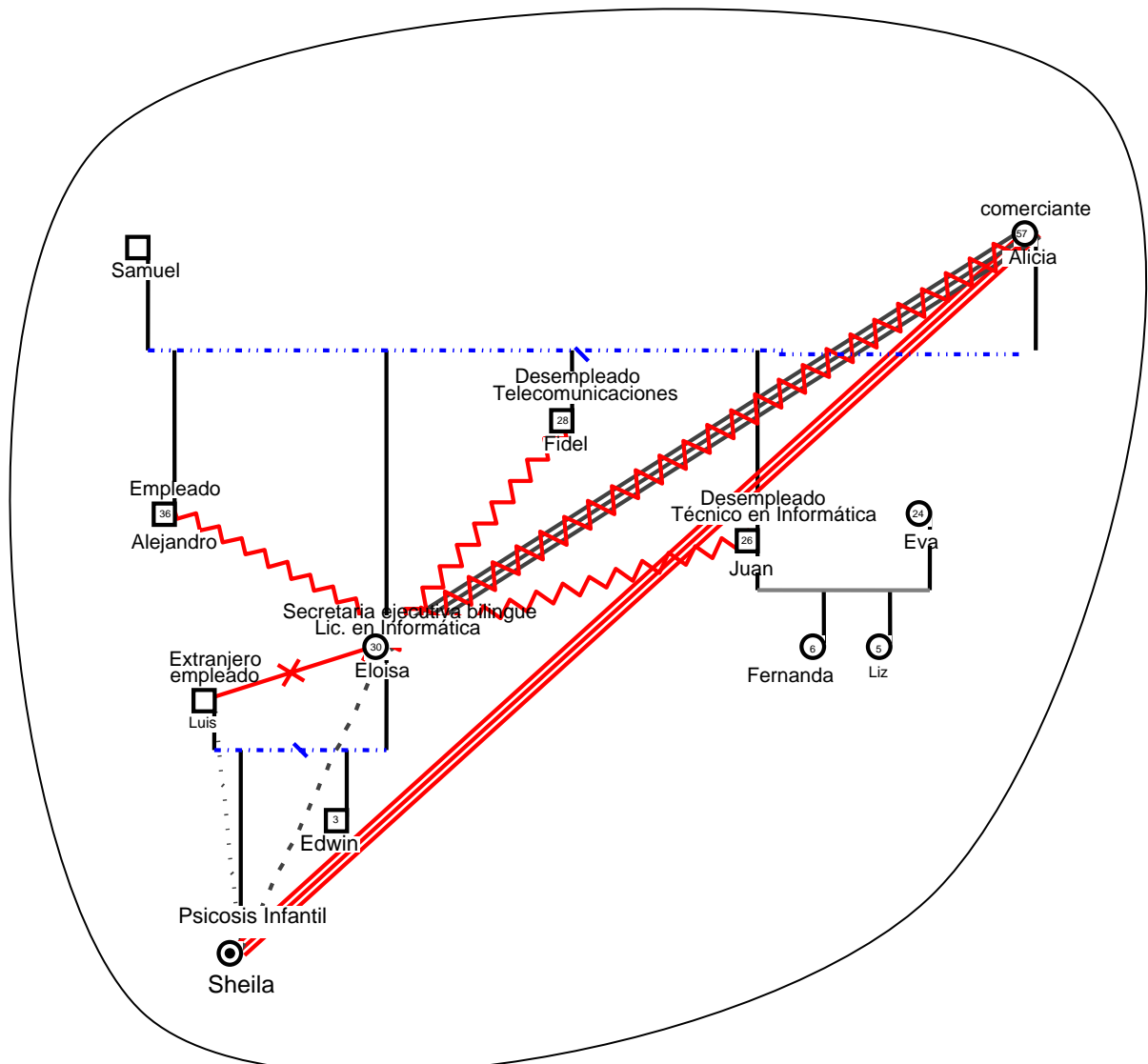
En este caso, se connotó positivamente el mito del silencio como una ayuda para ambas, pues no las ponía en el riesgo de hablar de sus sentimientos dolorosos y reconocerse como diferentes a partir del otro (separación) sino a partir de la vivencia que tuvieron juntas. Esta prescripción paradójica tuvo el objetivo de apoyar el proceso de diferenciación madre hija, lo cual resultó positivo tanto para la madre como la hija. La madre por su parte pudo contactar con su familia de origen, reflexionar sobre el impacto del mito en su vida y en su familia y diferenciarse tomando acciones como promotora del cambio dentro del sistema familiar (la comunicación se tornó clara, los límites al interior claros y firmes, no rígidos; ante el exterior flexibles y claros, la interrelación entre los miembros de la familia, respetuosa y empática, la centralidad se distribuyó a todos los miembros de la familia y no se centró en Aleida). En cuanto a Aleida, se deduce de su lenguaje analógico y de los cambios manifestados por la madre cuando ya no se presenta al espacio terapéutico, que respondió a la prescripción paradójica de que independientemente de su decisión de pertenecer o no a la familia, la madre la amaba como hija y respetaba su decisión aunque esto le doliera. La hija se permitió ver la similitud con la madre al seguir siendo la portadora de la fuerza de las mujeres de la familia, las cuales mostraban sólo su parte fuerte ante el dolor, lo que había fortalecido su fidelidad al mito de silencio así como a la posibilidad de reconocerse como diferente y separada de la relación con la madre, con sentimientos propios pero al mismo tiempo perteneciente a la familia que la consideró como "un regalo", representado en el significado de su nombre: flor de la esperanza, esperanza de la unidad familiar. Asimismo, Aleida, retomó como fortaleza el saber su origen "al menos sé de donde vengo" y, confirma su pertenencia a la familia al decidir su permanencia a pesar de la enfermedad contagiosa de su hermano Juan; pertenencia confirmada por su familia nuclear, al ser acogida con manifestaciones de afecto.

Imber-Black (1999), al investigar acerca de la vida secreta de las familias, menciona que otra forma de poner en cuestionamiento el funcionamiento familiar, es cuando uno de los miembros del sistema familiar siente haber sido excluido de un secreto; ante esto, responde con agresión y profunda distancia y afecta áreas de relación que no tienen nada que ver con el secreto. En ocasiones, este síntoma de agresión y

distancia, que bien pueden ser otros (adicción, depresión, entre otros), puede ser una fuerza compensatoria que tienda a sepultarlo o a revelarlo ante una crisis aguda a nivel familiar. En el caso de los adolescentes, estos comportamientos pueden ser la manifestación de que la familia guarda un secreto. Este es otro elemento, que Minuchin (1986) señala como la capacidad de la familia de enfrentar eventos estresantes como la apertura del secreto de la adopción y la aparición y/o fortalecimiento de la conducta sintomática como una manera de cuestionar la dinámica familiar y llevarla hacia el cambio que reestablezca el equilibrio bajo las nuevas condiciones.

Corigliano hace la reflexión de que no todos los mitos son nocivos para la familia, pues los hay que son flexibles y se transforman con las etapas de desarrollo de las mismas. En el caso de los mitos rígidos como el mito del silencio en esta familia, prescriben conductas, enseña a leer los acontecimientos, contribuye a definir roles y vínculos, codifica las emociones e incluso puede predeterminar las acciones como lo que fue vivido en el proceso de atención a la familia. En: (Ackemans y Andolfi, 1999).

FAMILIA GÓMEZ RUÍZ Genograma



- | | | | | | |
|-----------|--------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------------------|
| ○ ——— ○ | Hostil-conflictiva | ○ - - - - ○ | Distante | □ - - - - ○ | Cohabitación legal y separación real |
| ○ ———— ○ | Fusionada-hostil | ○ ····· ○ | Indiferente | | |
| ○ = = = ○ | Fusionado | ○ — X — ○ | Manipulador | | |

Número de sesiones: 5

Descripción de la familia

Familia de tres generaciones, caracterizada por ser extensa. Sheila es la paciente identificada, enviada por su médico familiar (Clínica de Medicina Familiar ISSSTE) con un diagnóstico de psicosis infantil.

Esta constituida por abuelos, hijos y nietos; es una familia amalgamada en donde la mayor jerarquía es la señora Alicia (abuela). Predomina el valor familiar del “deber ser” y “saber ser padre” llevándolos a una relación conflictiva entre Eloisa (madre de Sheila) y los demás miembros de la familia

Antecedentes familiares y del problema

Sheila y Edwin han estado a cargo de su abuela Alicia desde pequeños; dado que la madre desempeña un rol proveedor económico importante para la familia, por lo que la abuela ha desarrollado el rol funcional de madre. Sin embargo, tanto la abuela como los hermanos se quejaban de que Eloisa no cumplía sus funciones de madre y se lo reprochaban constantemente diciéndole que se comportaba como soltera, además de recriminarle que no se hiciera cargo de sus hijos cuando llegaba de trabajar, lo que era motivo de conflicto familiar.

Otro motivo de conflicto con Eloisa era que Luis acudía a visitarlos a la casa parental y que, desde la mirada de la familia extensa, mostraba preferencia por su hijo Edwin permitiendo que éste tomara y destruyera objetos de Sheila.

Asimismo, refirieron como problema el que la pareja formada por Eloisa y Luis peleaba constantemente frente a sus hijos en la casa parental y mandaban a Sheila a encerrarse en la habitación donde dormía.

La señora Alicia acudió a la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla porque su nieta Sheila sufrió un desvanecimiento en la escuela y sofocamientos sin causa aparente, por lo que la enviaron al servicio de Psicología de su clínica y a Cardiología, quienes después de realizarle la valoración correspondiente concuerdan con la necesidad del servicio psicológico.

Motivo de consulta

Sheila es enviada por el médico general con un diagnóstico de psicosis infantil. La señora Alicia comentó que desde hace dos años Luis, el padre, los visitaba más frecuentemente y había observado que su nieta decía mentiras, se encerraba en su cuarto y lloraba aparentemente sin motivo negándose a contestarle cuando le preguntaba qué le pasa, además de haber bajado considerablemente sus calificaciones de 9 y 10 a 6 y 7.

Asimismo, refirió que se desvaneció sin causa aparente estando en la escuela y estaba presentando sofocamientos constantes por lo que la niña se encontraba muy angustiada porque su mamá no hacía caso de lo que le pasa.

Hipótesis inicial

La hipótesis inicial fue que las manifestaciones sintomáticas de Sheila eran una forma de distraer los conflictos familiares contribuyendo a la homeostasis dentro de una familia aglutinada en donde existían límites difusos entre los miembros de diferentes generaciones que cohabitaban en la casa, así como límites rígidos hacia el exterior.

Cabe mencionar que en la primera sesión acudieron la señora Alicia, Sheila, su tío materno Juan y su esposa Eva, convocados por la abuela y apoyando su percepción del problema.

Objetivo inicial

Conocer la dinámica relacional y las pautas que conectaban el comportamiento sintomático de Sheila con las interrelaciones dentro del sistema familiar.

Problemática familiar

Alicia, la abuela materna, dijo no recordar a su madre, aunque sabe que vivía y se siente resentida porque nunca los buscó; ella y sus hermanos crecieron con el padre y bajo el cuidado de una tía "amargada y solterona". Dice que le hubiera gustado que su madre los buscara y sentir el amor de padres.

Fue obligada por su padre a casarse con su esposo, como parte de un arreglo entre familias pero ella nunca lo quiso; aunado a esto, su esposo era alcohólico y la golpeaba, no permitió que él golpeará a sus hijos y por el contrario ella se dedicó en cuerpo y alma, llevando al extremo el mito de la maternidad. Además el señor no respondió ante las demandas económicas de la familia, llevándola a la ruptura emocional definitiva con él, desde hace más de 10 años, aun y cuando viven en la misma casa.

Alicia nunca estuvo de acuerdo en que su hija Eloisa estableciera relación amorosa con Luis porque no lo consideraba maduro, siendo esto motivo de fricción entre ambas. Eloisa se encontraba ante la disyuntiva de una lealtad dividida hacia su madre por un lado y hacia su pareja por el otro. En una ocasión rompió su relación con Luis y éste amenazó con matarse con una pistola, situación de la que se dio cuenta su padre quien la obligó a casarse con él. Sólo vivieron juntos 10 días en casa de la madre de éste, Eloisa regresó a casa de sus padres, aunque su dinámica osciló entre la cercanía y el distanciamiento, teniendo dos hijos: Sheila y Edwin, los cuales han vivido desde su nacimiento en casa de los abuelos maternos y al cuidado de su abuela Alicia, ya que Eloisa ha tenido que cumplir mayormente el rol del sustento económico familiar.

Desde hace dos años, Luis frecuentaba con mayor regularidad la casa de los abuelos maternos, acrecentándose la tensión al interior de la familia. Había una coalición entre los hermanos, la cuñada política y la madre contra Eloisa, argumentando que ésta y Luis pelean constantemente frente a sus hijos y Sheila quedaba en una posición de desventaja ante su hermano al que le permitían que le rompiera sus juguetes. Luis minimizaba las consecuencias de este evento y también quedaba en desventaja ante la madre, quien le mandaba que se encerrara en la habitación que comparten. Cuando sucedían las peleas, ellos habían tomado el rol de sus defensores, con lo que Sheila quedaba triangulada.

Sheila por su parte se encontraba triste porque su mamá no le prestaba atención (no juega, no quiere salir con ella, no platica,) se encerraba en su cuarto llorando y se mostraba enojada porque Luis permitía que su hermano le tomara sus cosas y se las rompiera, entonces ella se mostraba rebelde y peleaba con sus primos.

Análisis Teórico- Metodológico del caso de la familia

Hipótesis de trabajo

Fueron varias a lo largo del trabajo terapéutico:

- 1) Era un sistema familiar con límites difusos al interior y rígidos hacia el exterior además de estar dominado por una jerarquía centrada en la abuela materna, lo que impedía la diferenciación de sus miembros, conformando un sistema amalgamado; el cuadro sintomático manifestado por Sheila era una oportunidad para reforzar la homeostasis familiar y distraer a la familia de los conflictos con su madre o bien, para flexibilizar al sistema y permitir la diferenciación de sus integrantes.
- 2) Al mismo tiempo que Eloisa le permitía a Alicia acercarse a su madre ejerciendo el rol materno, también Alicia temía que Eloisa hiciera con sus hijos lo que su madre hizo con ella; había una coalición entre la abuela y los nietos contra Eloisa. Esta coalición era apoyada por el resto de los hermanos de Eloisa que se solidarizaron con la madre.
- 3) La existencia de una coalición entre Alicia y los niños apoyada por los hermanos de Eloisa en contra de ésta, podía ser una manera de desviar los temas de la diferenciación y pertenencia entre Alicia y Eloisa en una familia amalgamada.

Modelos de trabajo

Se consideró trabajar con los Modelos Estructural y Estratégico dado que se estableció la relación entre síntoma y un sistema de pautas disfuncionales rígidas y estereotipadas los cuales no respondían a las prescripciones directas.

En cuanto al Modelo Estructural se trabajaron aspectos de la estructura familiar como fueron: límites, jerarquía, coaliciones, subsistemas y territorio, así como el empleo de estrategias que cuestionaron el síntoma, la estructura y la realidad familiar, sin dejar de lado la etapa en la que estaba estancada la familia.

Minuchin (1986) plantea que la familia es vista como un sistema sociocultural abierto y en constante transformación, una unidad social que afronta una serie de tareas evolutivas en el tiempo de manera natural y progresa en etapas previsibles: formación de la pareja, parejas con hijos pequeños, parejas con hijos en edad escolar o adolescentes y familias con hijos adultos.

Sin embargo, la evolución de la familia está influida por eventos estresantes al paso por cada etapa como son: cambios en la composición de la familia, la reorganización de los subsistemas antiguos y la creación de otros nuevos, así como la modificación de las fronteras internas y externas de la familia, siendo uno de los momentos de mayor tensión la maduración física y social de los hijos lo que implica la entrada y salida o unión y separación de miembros de la familia y, por lo tanto pasar por un periodo de transición y

reajuste para la misma, considerando las dimensiones estructurales de proximidad y jerarquía, las que cambian de manera natural para amoldarse a las demandas que plantea el desarrollo de la familia.

En el caso de los sistemas rígidos, caracterizados por pautas de interacción estereotipadas, las dimensiones estructurales de proximidad y jerarquía pueden obstaculizar el tránsito natural por las etapas de desarrollo de la familia creando altos niveles de tensión y por lo tanto la aparición de síntomas en uno o más de sus integrantes.

Asimismo, se consideró el trabajar con el Modelo Estratégico (Haley, 1973) que concuerda con el planteamiento de que los problemas familiares surgen generalmente en los momentos de transición de la familia y los síntomas aparecen cuando hay una interrupción en el desenvolvimiento natural del ciclo vital de la misma; el problema en esta familia estaba determinado por el desbalance jerárquico en el seno de la familia y por las consecuentes alianzas y juego de poder, por lo que el síntoma es considerado una expresión, una metáfora del problema y, a su vez, la solución, aunque no sea satisfactoria para el sujeto. Bajo esta visión el terapeuta se incluye en el juego de poder de la familia y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional. Haley, 1976 En: (Nardone y Watzlawick, 2001).

También se consideraron las aportaciones de la Escuela de Roma representada por Andolfi (Ackermans y Andolfi, 1994) acerca del trabajo con familias rígidas y la influencia en las pautas disfuncionales y estereotipadas de la red intergeneracional.

Estrategias de intervención

Al inicio del proceso terapéutico y en diferentes momentos del mismo se coparticipó con la familia a través del establecimiento de un *joining* intermedio, con el objetivo de recabar la información referente al motivo de consulta desde una posición de neutralidad, también conocido como rastreo (Minuchin y Fishman, 1999). Cabe aclarar que en la primera sesión se presentaron la señora Alicia (abuela), Sheila (paciente identificada), Juan (tío materno) y Eva (esposa de Juan).

Posteriormente y en especial, en las dos últimas sesiones en las cuales acuden Alicia, Eloisa (madre de Sheila) y Sheila, se estableció un *joining* cercano que me permitió coligarme alternadamente con Alicia y Eloisa. Esto dio la oportunidad de conocer más de cerca sus emociones y sentimientos con relación a la situación planteada. Con Sheila, desde el principio, se estableció un *joining* cercano.

Se trató de estar atenta a la comunicación digital pero sobre todo a la analógica en las interacciones presentadas de manera espontánea.

La intervención tuvo tres direcciones: 1) Fortalecer a Sheila para responder ante situaciones de tensión y estrés 2) Dar respuesta diferente a la conflictiva relación entre Eloisa (madre) y su madre Alicia (abuela) 3) Romper la coalición entre la abuela y Sheila.

En el caso de Sheila se intervino principalmente cuestionando la realidad (redefinición) y la percepción que tenía de ella a través de: a) símbolos universales acerca de que los padres deben saber serlo a través del

consejo especializado y b) trabajando sobre los constructos cognitivos, retomando el pensamiento minimalista y mágico de los niños se elaboró un escudo que le permitiría protegerse de lo que le hacía sentir mal, para introyectarlo como propio al final de la terapia.

Con respecto al trabajo entre la abuela y la madre, se intervino cuestionando el síntoma (reencuadre) pretendiendo modificar la percepción que tenía la familia del problema influyendo sus sentimientos e ideas y en los comportamientos entre la abuela y la madre: Las manifestaciones sintomáticas de Sheila eran una forma de demostrar su incapacidad para enfrentar el conflicto familiar de sus padres entre sí, y de la familia extensa con sus padres. A partir de esto, se consideró que carecía de un correlato psiquiátrico, para lo que se utilizaron estrategias de foco e iluminación, escenificaciones espontáneas, dirigidas y alternativas.

También se utilizaron técnicas de cuestionamiento de la estructura familiar (reestructuración) debido a que la jerarquía estaba centralizada en la abuela materna, por lo que se intervino para desequilibrar las relaciones entre Eloisa y su madre tratando de crear un mayor espacio psicológico entre éstas a través de la fijación de fronteras entre el subsistema parental y el de los niños (abuela-madre y madre-nieta). Con esto, se favoreció una mayor duración de las intervenciones de Eloisa, estableciendo una alianza alternante con cada una de ellas en diferentes momentos e ignorando en momentos claves las intervenciones de Alicia. También se estableció una coalición con Eloisa contra su mamá para apoyar su posición de jerarquía en el subsistema parental (Eloisa-Sheila).

Otra intervención fue el cuestionamiento de la realidad (redefinición) a través del trabajo sobre constructos cognitivos acerca de: 1) los padres deben saber ser padres, 2) las experiencias vividas son una oportunidad para redirigir la vida, 3) ser madre requiere de un aprendizaje, 4) las formas de manifestación de cariño pueden ser variadas dependiendo de las condiciones contextuales, 5) lo que significa proveer a los hijos de un hogar agradable.

Se trabajó sobre los lados fuertes de ambas mujeres, validando a Alicia (abuela) como el modelo de fuerza, sensibilidad y amor del cual se ha fortalecido Eloisa y uniéndolas en la empresa de sacar adelante a Sheila en este proceso de cambio hacia la adolescencia.

De manera estratégica se prescribieron intervenciones como: 1) Si los padres biológicos no saben ser padres no importa porque Sheila tiene a más personas que funcionan como sus padres (abuela, tíos) por lo que deben continuar así, 2) Se refuerza una pauta que se desvía de la prescripción como es el que la madre reflexione sobre el ser madre y su necesidad de retomar su rol afectivo y no sólo el económico, 3) Se fortalece el subsistema parental (abuela-madre, tercera y segunda generación) con el objetivo de unir las en la empresa de apoyar el desarrollo de Sheila como parte de esta cadena trigeneracional.

Observaciones:

Eloisa se integró al trabajo a partir de la cuarta sesión, lo que permitió ver a partir del lenguaje analógico, que existía una permanente descalificación de su condición de madre y mujer por parte de la señora

Alicia, su madre. Por esto, uno de los principales objetivos a partir de ese momento fue encontrar un lazo de unión entre ellas y fortalecer a ambas a través de un objetivo común: el bienestar de Sheila.

Discusión teórico-metodológica

Era una familia extensa que desde la perspectiva trigeneracional de Williamson y Bray "incluye la generación adulta (segunda), sus progenitores (primera) y sus hijos (tercera), o bien, una generación adulta (tercera), sus progenitores (segunda) y sus abuelos (primera)". En: (Falicov, 1991; p. 491). En este caso en particular incluyó a Alicia (abuela), Eloisa (madre) y Sheila (nieta), así como a los tíos directos y políticos al haber asistido a las sesiones Eva y Juan (tío materno y su esposa), incluso al padre de los niños que aunque no vivía con ellos sí participaba e influía las interrelaciones. Se encontraban en una etapa del ciclo vital cada vez más característico en la sociedad occidental de "nido repleto", es decir, la cohabitación de tres generaciones en un mismo espacio familiar, lo que es influenciado también por las crisis económicas por las que pasan las familias.

Cabe mencionar que el hecho de vivir tres generaciones juntas no es sinónimo de disfuncionalidad si cada subsistema tiene límites claros y están delimitadas sus funciones, reglas y roles; sin embargo, esta familia presentaba las características de una familia rígida, a la que le ha costado trabajo enfrentar los cambios propios de la evolución familiar constituyéndose como una familia amalgamada con límites rígidos hacia el exterior y difusos al interior (Minuchin, 1986), con dificultades para transitar entre la conformación del sí mismo de cada integrante, a partir de la elaboración de los sentimientos de identidad y separación que le imponen renegociar la pertenencia y la separación y autonomía de la familia de origen a partir del otro y en un proceso relacional continuo que implica el vivir en familia. Diferenciarse quiere decir, la conformación de una identidad propia con su reglas, sus roles y sus funciones (Ackermans y Andolfi, 1994; Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo-Corigliano, 1995).

Sin embargo, esta familia mostró una gran rigidez ante la definición del sí mismo, la identidad de sus integrantes, centralizándose el poder en la abuela, lo que ha impedido la diferenciación de roles y funciones. La abuela tiene gran responsabilidad del sustento económico ya que dos de los hijos varones se encuentran desempleados y se queja constantemente de que no se responsabilizan de sus funciones parentales aunque ella las suple y le agrada sentirse reconocida en su labor por sus hijos resultando paradójica la relación.

Akermans y Andolfi (1994) plantean que, ante los sistemas rígidos, la intervención no debe apuntar hacia el cambio de manera directa, sino que el terapeuta debe aliarse con la homeostasis familiar como una manera de llevar a un clima de mayor estrés y tensión al sistema familiar y de esta manera provocar el cambio. Por tal motivo, a pesar de que una de sus primeras demandas era que los padres de Sheila no se hacían cargo de sus funciones parentales, se les prescribió que no era necesario dado que ella tenía más de una pareja parental, y que tanto los abuelos como los tíos estaban comprometidos a desempeñar el rol. Esto permitió que la abuela, quien centralizaba el rol materno, ante la sobrecarga, se flexibilizara y

permitiera funcionar a la madre (segunda generación) con mayor cercanía afectiva y mayor jerarquía ante Sheila. Esta acción, desequilibró el sistema, estableciéndose una diferenciación entre los roles y funciones de abuela y madre, sin fortalecer el conflicto entre éstas y, por el contrario, fortaleció la relación como aliadas, en beneficio del desarrollo emocional de Sheila (tercera generación).

Es relevante considerar que cuando se prescribió la no necesidad de que los padres funjan como tales, Eloisa (segunda generación) es contactada vía telefónica y se mostró dispuesta a acudir a la terapia, postura que fue negada desde el principio por Alicia (primera generación). Esto nos habla de una coalición entre su madre Alicia, y sus hermanos en contra de Eloisa, poniéndose al descubierto con la presencia de Eloisa. A partir de este momento se centró el trabajo en la segunda generación, Eloisa fue el punto de acceso al cambio dentro del sistema familiar. Framo, 1981 al respecto menciona "el mejor modo de ayudar a los hijos es ayudar a sus padres". En: (Falicov, 1991; p. 492). De aquí que las intervenciones posteriores estuvieran encaminadas a validar los sentimientos de Eloisa, respetar su proceso de aprendizaje como madre y pareja y apoyar el manejo de límites y roles claros entre ella y su madre, entre ella y su pareja.

Sheila como portadora del síntoma, mostraba rebeldía y aislamiento ante el conflicto familiar y el conflicto de lealtades divididas hacia su madre y hacia su abuela al quedar triangulada por éstas pero, al mismo tiempo, el síntoma era la vía para disminuir o desviar el estrés de la díada. Bowen, 1978 En: (Falicov, 1991 y Hoffman, 2002), por lo que la estrategia era trabajar sobre la diferenciación de Eloisa para desentramar la sintomatología de Sheila, que fue lo que se hizo como se refirió anteriormente.

Williamson y Bray proponen que desde la perspectiva trigeracional, las pautas rígidas están enraizadas en conflictos de lealtades y mandatos transgeneracionales, por lo que el análisis de la mismas a través de las generaciones nos ofrece luz sobre las pautas relacionales actuales de la familia. En: (Falicov, 1991). Estas lealtades invisibles implican compromisos con las anteriores generaciones. Esto sirvió para entender el porqué Eloisa, portadora de una alianza invisible, se retraía de ejercer su función materna de acuerdo a sus condiciones, posibilitando que su madre siguiera ejerciéndola con la dedicación, cariño y empeño que no tuvo de su propia madre ante la cual muestra gran enojo.

Akermans y Andolfi (1994) mencionan que el poner atención en la interdependencia de las historias personales, los vínculos intergeneracionales (lealtades) y las experiencias compartidas, permite comprender que la evolución histórica de la familia, no es una unidad bidimensional, sino una entidad tridimensional en donde la historia de las relaciones pasadas se conecta con el presente para desarrollarse en el futuro.

La señora Juventina refirió que Anselmo fue inestable tanto profesional como económicamente desde un principio, por lo que Alejandra continuó trabajando y dejó al pequeño en guarderías y con su padre cuando éste no trabajaba. A los cinco años de matrimonio, decidió divorciarse regresando a vivir con su familia de origen, compuesta en ese momento por su madre Juventina y Andrés, su hermano soltero. A ellos les delegaba la responsabilidad y cuidado de Sergio desde los 5 años, dando prioridad a su trabajo y su persona de acuerdo a lo que refieren su madre y hermano.

Hace un año, Alejandra decidió irse a trabajar a Puebla; acordó con la señora Juventina el dejar a su cargo a su hijo Sergio, argumentando que ya se encuentra inscrito en la escuela; sin embargo, a partir de ese momento, la señora Juventina había tenido conflictos cada vez más fuertes con su hijo Andrés porque regañaba a Sergio constantemente por su modales en la mesa, porque hace ruido, porque no respeta las reglas familiares. Esto le preocupaba, ya que por un lado, consideraba que su nieto Sergio estaba pasando por un momento difícil como era el tránsito hacia la adolescencia y por el otro, pensaba que su hijo estaba actuando violentamente porque su padre fue violento con ellos; ella se sentía atrapada entre los dos, sin saber qué hacer.

Motivo de consulta

La señora Juventina solicitó el servicio porque dice que su nieto Sergio se había vuelto inseguro, había visto que todos abusaban de él en la escuela por su falta de carácter y, por otro lado, su hijo Andrés lo regañaba de manera exagerada. Comentó que ella ya le ha dicho que Sergio era su responsabilidad, por lo que deseaba encontrar un equilibrio en la relación entre Sergio y Andrés, se sentía en medio.

Hipótesis sistémica inicial

El tío Andrés, ante la ausencia de los padres de Sergio se esforzaba por desempeñar un rol de padre; sin embargo, al contar con un modelo paterno violento desconocía como guiar y corregir a Sergio sin influir negativamente sobre su autoestima, lo que le dificultaba entender y renegociar reglas propias de la etapa adolescente y entrando en una lucha con su propia madre por conducir por el buen camino a Sergio.

Objetivo Inicial

Conocer cómo era la dinámica familiar y las pautas de relación que estaban contribuyendo a acrecentar la tensión dentro de la familia; enfrentaban la renegociación de las reglas familiares dado que Sergio se estaba acercando a la etapa adolescente y Alejandra, su madre, era una figura transitoria en la casa familiar. Comprender la relación entre la dinámica familiar y la conducta de Sergio y Andrés.

Descripción de la problemática familiar

Tanto la señora Juventina como Andrés estuvieron de acuerdo en la problemática por la que acudían, que es la manera exagerada en que Andrés regaña a Sergio.

Sin embargo, cuando la señora Juventina le restaba jerarquía a Andrés ante Sergio al decirle: "yo, ya se lo dije", acrecentaba la tensión en la relación madre hijo. Andrés al ser la figura masculina constante para

Sergio, al ver la no funcionalidad de los padres biológicos, en su rol de padrino, se sentía responsable de guiar y educar a su sobrino, pero careciendo de la experiencia de un modelo negociador y amoroso. Al mismo tiempo, la señora Juventina se sentía abrumada por la responsabilidad de ejercer el rol materno sin ser su madre, teniendo necesidades diferentes, considerando que transitaba por la etapa de hijos adultos, recién jubilada, sin pareja, lo que implicaba darse tiempo para ella y generar un proyecto personal, se sentía incompetente y abrumada ante las demandas de su nieto que tenía una presencia constante en su vida.

Por otro lado, las reglas familiares eran saboteadas por Alejandra e Hilda cuando venían a casa por lo que Sergio se mostraba aún más berrinchudo y rebelde. Esto se aunaba a que se acercaba la etapa de renegociación de reglas propias de la adolescencia, lo que causaba un desequilibrio en la familia nuclear de base. El comportamiento sintomático de Sergio hacía pensar tanto a Juventina como a Andrés que eran demasiado rígidos y habían descuidado la parte afectiva con Sergio.

A la par, la señora Juventina sentía un compromiso muy grande con su hija Alejandra al dejarle a su cargo a su hijo Sergio, por lo que su estrés aumentaba al ver que éste no estaba cumpliendo con lo esperado; lo veía inseguro, falto de carácter, vulnerable.

Análisis Teórico-Metodológico del caso de la familia

Hipótesis de trabajo

Las hipótesis posteriores que guiaron el trabajo con la familia fueron:

1. La no claridad con relación a las personas que ejercían la guía y dirección del menor, habían contribuido a la existencia de límites difusos en cuanto al manejo, toma de decisiones y directrices a seguir con el mismo; a su vez Sergio mostraba comportamientos infantiles para su edad, como una forma de llamar la atención ante la necesidad de tener claridad en los límites y jerarquías en la familia.
2. *La abuela se veía limitada ante el manejo de reglas y límites claros para con Sergio dado que no se sentía con los ánimos y las fuerzas de hacerlo, estaba en tránsito por la etapa de nido vacío e hijos en edad adulta y se sentía agobiada por tener que suplir las funciones de la madre biológica; pero al mismo tiempo tenía miedo de que al esforzarse demasiado en ejercer el maternaje, alejara involuntariamente tanto a Alejandra como a Hilda de su mirada de protección y cuidado, lo que implicaba no cumplir con la función de una buena madre. La conducta de Andrés era isomórfica con la de su madre dejándose absorber por el sistema como una forma de expresar lealtad a ella. Alejandra ponía las condiciones para que su madre continuara la función maternal a través de su propio hijo, sabotando las reglas y límites familiares, como una forma de entender su propia experiencia de carencia de la atención de sus padres cuando era una niña. Hilda se vuelve cómplice en el sabotaje como una manera de mantener la cercanía al espacio familiar.*

3. *La señora Juventina y Andrés habían creado un caparazón para protegerse de las situaciones dolorosas, lo que al relacionarlo con las formas de educar a Sergio, les había creado una visión de sí mismos de rigidez, autoritarismo y dificultad para demostrar el afecto bajo la creencia de que el afecto se manifiesta a través de apapachos, besos y abrazos. Esto es, lo que los ha llevado a permitir el sabotaje de los límites y reglas dentro de la familia por parte de Alejandra e Hilda como una manera de compensar y equilibrar lo que ellos expresan como una carencia personal con relación a las demostraciones de afecto; lo anterior, está contribuyendo en la interacción cotidiana, a la creación de un caparazón propio por parte de Sergio ante las situaciones difíciles como una manera de protegerse. Andrés por su parte identificó dentro de este caparazón un modelo paterno y masculino que le desagradaba, no sólo por la paternidad violenta que tuvo de su padre, sino por la construcción de masculinidad que piensa transmitirle a Sergio, por lo que se replanteaba el asumir la figura paterna bajo acciones y actitudes diferentes.*
4. *Andrés se vivía como atrapado en un sistema familiar dominado por mujeres que lo ponía en la disyuntiva de ser leal a sí mismo o a la principal jerarquía del sistema, su madre; por esto se debatía entre su demanda personal de fungir como guía y orientador para Sergio y la descalificación de dicha jerarquía que hacían Alejandra, Hilda y su propia madre. Sin embargo, no se daban cuenta que en este atrapamiento, Andrés se percibía ejerciendo un modelo paterno y masculino que le desagradaba y pretendía cambiar, pero la fuerza de las mujeres de esta familia no se lo permitía lo que lo llevaba a la ambigüedad. Lástima que con esto desprotegían al mismo tiempo a Sergio, de una figura parental masculina constante de guía y orientación dentro del sistema familiar.*
5. *La conducta de Sergio, podía estar sirviendo, para que Andrés no se individuara, no se separara de su madre, ésta no tenga que "jubilarse" totalmente y Alejandra e Hilda ayudaban en esto con sus críticas para que el sistema siguiera manteniéndose unido (en la ineptitud, en el conflicto) como un sistema de apoyo para cuando ellas lo necesitan.*

Estrategias de intervención

El trabajo de coparticipación con la familia en las primeras sesiones fue de joining intermedio, que permitió escuchar y estar atento a la percepción de la familia acerca de la problemática. Posteriormente se trabajó con un joining cercano aliándose alternadamente con la señora Juventina y con Andrés permitiendo confirmarlos en los límites y jerarquía de su subsistema (individual y parental). El equipo ayudó a que se estuviera atenta no sólo al contenido, sino también a las interrelaciones establecidas entre madre-hijo, abuela-nieto, tío-sobrino.

Se intervino cuestionando el síntoma (reestructuración) con el objetivo de influir en la percepción que la familia tenía del problema, los sentimientos, conductas e ideas entre madre-hijo, madre-hijo-sobrino; se iluminaron interacciones espontáneas, se provocaron interacciones y se propusieron interacciones alternativas entre madre-hijo, abuela-nieto y tío-sobrino; se hizo uso del foco para prestar atención a temas considerados relevantes para la terapia y, se trabajó en la intensidad de los mensajes.

También se hizo énfasis sobre el cuestionamiento de la estructura (reestructuración) debido a que no había claridad en el manejo de los límites y jerarquía entre madre-hijo (tío) con relación a la dinámica relacional con el nieto-sobrino; esto estaba ocasionando conflicto en la díada madre-tío, responsables actuales de Sergio. Se trabajó estableciendo una alianza alternante con cada uno de ellos con la finalidad de reconocerlos y aclarar su función dentro de su subsistema para trabajar sobre un vínculo jerárquico compartido tomando en cuenta el momento de etapa del ciclo vital (Andrés acercándose a la etapa de formación de pareja y la llegada de los hijos y Juventina viviendo la etapa de nido "repleto" e hijos adultos). Se cuestionó el problema de la familia haciendo énfasis sobre una percepción más flexible de complementariedad en el ejercicio de los límites y jerarquías dentro del sistema de manera compartida entre la señora Juventina y Andrés trabajando sobre los siguientes temas: a) probablemente no sería el momento para hacer más cambios y, b) no era necesario definir la función de Andrés como tío (compañero, amigo) o padrino (guía, formador); sólo tomar acuerdos acerca de qué podían hacer cada uno, Juventina y Andrés en la interrelación con Sergio.

Asimismo, se intervino cuestionando la realidad de la familia (redefinición) y la percepción de las relaciones que vivían a partir del trabajo sobre constructos cognitivos acerca: 1) quiénes son las figuras significativas para ejercer la autoridad con el próximo adolescente, 2) debido a qué circunstancias Juventina y Andrés no se creen con derecho del manejo de límites y jerarquía con Sergio, 3) el manejo de límites amorosos (claros y firmes) pero flexibles en el tránsito hacia la etapa adolescente vs. límites rígidos e imposición, 4) las implicaciones de un modelo de ejercer la parentalidad violento vs. el aprendizaje de un modelo basado en la empatía con el otro: escuchar e ignorar comportamientos infantiles como una forma de no relacionarse violentamente, 5) la indefinición de roles provocaría inseguridad en Sergio, 6) el temor de verlo inseguro y vulnerable los llevaba a no permitirle experimentar

la relación espontánea con sus pares limitándolo para responder ante situaciones que demandaba su contexto.

Otra intervención que cuestionó la realidad familiar fue el trabajo metafórico con antifaces y dibujo que permitieron comparar el pasado y el presente de las relaciones familiares.

Cabe mencionar, que a lo largo del proceso terapéutico se trató de trabajar a partir de una visión de circularidad y complementariedad recabando las percepciones del problema de todos los miembros de la familia a pesar de que no estuvieran presentes.

Observaciones

Al concluir la terapia se estableció una llamada telefónica de seguimiento al mes; la respuesta fue favorable, la señora Juventina y Andrés continuaban con una visión de complementariedad en el apoyo a Sergio, las relaciones en la familia eran favorables y Sergio salía con amigos, había mejorado sus calificaciones y la familia lo percibía como un niño seguro dándose por concluida la terapia.

Discusión Teórico-Methodológica

Esta era una familia compuesta por tres generaciones, Juventina (abuela), Alejandra (madre), Andrés (tío materno) y Sergio (nieto e hijo de Alejandra, hija mayor), los cuales viven en la misma casa; en un tiempo y actualmente la madre del niño vivió de manera temporal con ellos. Era una familia en la que se encontraban traslapadas la etapa de nido repleto y familia con hijos adultos, así como familia con hijos en edad escolar en tránsito hacia la adolescencia, lo que ocasionaba mayor acumulación de tensión ante las demandas de adaptación y, por tanto, la necesidad de transformación de reglas al interior del sistema familiar como lo señala (Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo-Corigliano, 1995).

Era una familia que se encontraba confundida ante quién y cómo debían ejercer el rol parental, por lo que sus límites eran difusos y la jerarquía no definida de manera consistente, lo que había contribuido aún más al estrés familiar generando un desequilibrio en las relaciones madre-hijo (tío) que requerían de una redefinición de funciones, dado que al momento de iniciar la terapia no eran funcionales para el sistema familiar (Minuchin, 1986).

Alejandra fue hija parental dado que la señora Juventina trabajaba doble plaza como maestra, lo que hizo que ésta se quedara al cuidado de sus hermanos cuando salían de la escuela siendo responsable de darles de comer, que hicieran sus deberes escolares, entre otros. Esto estaba interfiriendo en la actualidad con la asignación de roles y funciones en la familia nuclear, dado que la señora Juventina pensaba que la de mayor jerarquía ante Sergio era Alejandra aunque en realidad no participaba de manera constante en el espacio familiar.

Otro aspecto que obstaculizaba la delimitación de reglas y funciones en la familia fue una alianza encubierta entre la señora Juventina y Alejandra, ya que la señora Juventina sentía un compromiso con su hija de responsabilizarse del cuidado de Sergio, dado que ella cuando tuvo que ejercer el rol de madre, lo delegó en Alejandra como hija parental. Por tal motivo se estableció como estrategia desequilibrar la relación entre madre e hija parental partiendo del constructo cognitivo de que: tanto Andrés como la señora Juventina descalificaban las habilidades maternas de Alejandra, por ejemplo: el acuerdo de que ésta le daba prioridad a su trabajo y a sus gustos por sobre su hijo. Por tal razón, se trató de fortalecer una alianza madre-hijo (Juventina- Andrés) en donde se dividieran y complementaran las funciones parentales de acuerdo a lo que cada uno pudiera, otorgando mayor jerarquía a la abuela y tío como figuras parentales y donde Andrés ayudara a su mamá a "bajar" las demandas de Alejandra (Minuchin y Fishman, 1999).

Ahora bien, como familia de tres generaciones fue importante retomar los planteamientos de Akermans y Andolfi (1994):

una información verbal o analógica, sobre lo que expresan hoy las relaciones entre un padre y un hijo (que nosotros identificamos como segunda y tercera generación), contiene un aspecto implícito y complementario; nos informa también sobre la manera en que un progenitor percibe en la actualidad la relación pretérita entre él y su propio padre, desplazando así el contenido emotivo de la información a un nivel superior (entre la segunda y la primera generación) los comportamientos actuales de una persona son metáforas relacionales o señales indirectas de las necesidades del pasado, que se encuentran en las relaciones presentes en tiempo y espacio manifestándose de manera concreta (p. 232).

Lo anterior permitió entender cómo la experiencia de haber tenido un padre violento por Andrés, lo llevó a la construcción de que dicha experiencia era lo que le impedía ser un buen padre y, por lo tanto, le estaba obstaculizando el ejercer una función paterna alejada de la violencia. Partiendo de lo anterior, fue necesario trabajar sobre los constructos cognitivos que le habían dado sustento al cuestionamiento de la construcción de su masculinidad y modelo de padre, así como fortalecer los lados fuertes que se alejaban de un modelo violento y se relacionaban con una actitud más empática, clara, firme y a la vez flexible (Minuchin y Fishman, 1999). La estrategia fue intervenir con una mayor dirección hacia Andrés, estableciendo la recursividad y circularidad de su conducta partiendo de lo propuesto por Williamson y Bray En: (Falicov, 1991) cuando hablan de las familias multigeneracionales y trigeneracionales, aseverando que el individuo recién llegado a la adultez retoma con mayor ímpetu la fuerza del cambio partiendo de cómo se percibe o juzga a sí mismo, lo que conduce a un cambio en su postura interna. Esto también lleva a cambios efectivos en su conducta relacional, influyendo así en el cambio en las pautas de relación intergeneracional. Lo anterior se pudo observar en el caso de Andrés: los cambios en su conducta de enojo hacia Sergio y el tomar una actitud más empática le permitió modificar sus relación con éste, estrechar los vínculos y, a la par, establecer una relación de alianza y complementariedad con su madre para el manejo de límites y jerarquías compartidas de acuerdo a lo que cada uno podía hacer, con la salvedad de que estos roles fueran transitorios, probablemente en el futuro Sergio regresaría con su madre. Asimismo, participar en la creación de un espacio únicamente para la señora Juventina que le diera un respiro y establecer una relación de complementariedad con Sergio cuando le ayudaba por las tardes en su trabajo y salían juntos. Esto se reflejó en Sergio, quien obtuvo mejores calificaciones, y mostró deseos de interactuar con sus pares y desarrollar habilidades que no lo diferenciaban de éstos. Así, llegó a no sentirse en desventaja desde su propia percepción y desde la mirada de su tío y abuela. En esta situación se intervino trabajando sobre los constructos cognitivos del miedo a verlo inseguro y vulnerable haciéndoles negarle la posibilidad de experimentar nuevas formas de relacionarse con sus pares, en lugar de fortalecerlo lo hacía más débil; sin embargo, cuando ellos lograron tomar acuerdos sobre lo que podían hacer cada uno relación a Sergio, se derribó la tensión de la definición de roles y se mostraron más flexible con Sergio permitiéndole salir con compañeros de su edad, con lo cual se dieron

cuenta que podía desenvolverse de acuerdo a su edad; se dio foco e intensidad a estos mensajes (Minuchin, Fishman, 1999).

Con relación a lo anterior, se pensó que Alejandra asumió el rol parental con sus hermanos, pero careció ella misma del rol parental y de un modelo cercano de ser madre que le resultara gratificante en la relación con su propia madre, por lo que, ahora dejaba a su hijo en manos de la señora Juventina, como una manera de darle la oportunidad de ejercer el rol materno no ejercido con sus propios hijos; Alejandra por su parte ejercía el rol de distancia con su hijo como lo vivió ella misma, situación en la que no se pudo intervenir de manera significativa a pesar de haber trabajado la complementariedad en el respeto y seguimiento de las reglas familiares para con Sergio. Ante esto, se optó nuevamente por otorgar la responsabilidad a su madre y hermano.

Otra intervención y evaluación que cuestionó la realidad familiar fue el trabajo metafórico (Minuchin y Fishman, 1999) a través de la elaboración de antifaces por Juventina y Andrés y la elaboración de una representación simbólica (dibujo-símbolo) que elaboró Sergio y representaba la realidad familiar contrastando el pasado y el presente, lo que se iluminó al hacer foco e intensidad a los mensajes que resaltaban los lados fuertes y los aprendizajes como representativos del cambio familiar.

Williamson y Bray mencionan que existe una interacción entre los sucesos o acontecimientos del ciclo vital y las pautas familiares multigeracionales y, que ambos aspectos son importantes para comprender el funcionamiento de una familia en determinado momento. En: (Falicov, 1991).

1.2 Mitos y Lealtades en las Relaciones Familiares*

La familia ha sido considerada como un sistema en constante transformación y cambio que progresa a partir de las interrelaciones que establecen sus miembros entre sí y con el mundo exterior en estrecha relación con el momento histórico y contextual. Persigue por un lado, dar continuidad al sistema familiar y, por el otro, el crecimiento de sus integrantes y estructuración de la identidad a partir de la constante renegociación entre las necesidades de pertenencia y separación (Minuchin, 1986).

Este proceso de diferenciación individual ha sido abordado en sus inicios por la perspectiva psicodinámica por diversos autores. Kogan en 1982 con el término del "sí-mismo", "self". Bowen en 1978 y Kerr (1981, 1984) lo llamaron "diferenciación del sí mismo". En: (Falicov, 1991).

Desde la mirada posmoderna, la diferenciación individual tiene una estrecha relación con el desarrollo y funcionamiento de la familia, tomando en consideración la significación personal que cada miembro se

crea de sí mismo a partir de la realidad familiar y de la significación compartida por los otros miembros del sistema, su familia (Akermans y Andolfi, 1994).

Familia e individuo transitan por un proceso de desarrollo dinámico -equilibrio-cambio, tendencia a la homeostasis-capacidad de transformación-, que implica el tránsito de una etapa del ciclo vital a otra en pro de la evolución y continuidad de la familia mostrando flexibilidad ante las demandas de cambio y el desarrollo de formas y estilos de relación que favorezcan la diferenciación individual correspondientes a la etapa de desarrollo familiar e individual.

Sin embargo, la investigación clínica indica que la historia de la familia y sus relaciones a través del tiempo, ponen su acento en la contraparte, los sistemas rígidos. Andolfi, Menghi, Nicoló y Saccu señalan “un sistema familiar es rígido cuando es incapaz de encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital” (Akermans y Andolfi, 1994; p. 32); y es incapacidad para cambiar sus funciones y roles a través del tiempo. Minuchin (1986) cita la característica de fusión entre los miembros de la familia y la consecuente dificultad para diferenciarse de manera individual en las familias con “dificultades y/o conflictos” que alteran la dinámica relacional de la familia pero al mismo tiempo enmascaran el proceso de homeostasis familiar. Esta última acepción se plantea con la finalidad de alejarnos de etiquetas. Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1988) hacen alusión a las familias con esquemas rígidos y prefijados en sus interrelaciones, caracterizados por reglas fijas que determinan el juego familiar... tanto a nivel intersistémico como intrasistémico.

* “Este es el tema que será presentado en el examen de competencias para obtener el grado de Maestría en Psicología”.

Las familias que perciben los cambios en sus relaciones a través del ciclo vital como amenazantes, muestran una rigidez en los esquemas de interacción presentes y en las funciones de cada miembro, desencadenando en relaciones estereotipadas apareciendo el síntoma como metáfora de las dificultades familiares. (Andolfi, Angelo, Menghi, Nicoló-Corigliano, 1995).

Sin embargo, el desarrollo y evolución de la familia y el individuo se encuentran entrelazados en un proceso dinámico que rebasa la realidad bidimensional, para insertarse en una realidad tridimensional. “La historia de las relaciones del pasado se encarnan en el presente para que se puedan desarrollar en el futuro” Andolfi et. al., 1995; p.23).

Al respecto, Williamson y Bray aportan el enfoque multigeneracional para el análisis del desarrollo y cambio de la familia y el individuo; consideran el análisis de por lo menos tres generaciones para comprender un sistema familiar dado (perspectiva trigeneracional) que incluye la generación adulta, sus progenitores y sus hijos. Su trabajo puntualiza la importancia de considerar la interacción de dos procesos que influyen en el desarrollo familiar: las pautas familiares multigeneracionales que han sido transmitidas de generación en generación y los sucesos y procesos del ciclo vital de la familia. En: (Falicov, 1991).

Investigaciones realizadas por Andolfi y Angelo sobre la familia y el individuo desde la perspectiva trigeracional indican que los esquemas de relación estereotipadas característicos de los sistemas familiares rígidos se sustentan en una estructura que trasciende el tiempo a través de una generación a otra y que, paradójicamente, en contraparte con el desarrollo familiar, va en contra del proceso de diferenciación individual. Este esquema de relaciones preestablecidas tiene sustento en la estructura del "mito" familiar (Akermans y Andolfi, 1994).

Mito y Familia

Las investigaciones antropológicas resaltan la importancia de comprender al mito como una historia que da sustento a la comunidad social. Según Malinowski, su función es conservar la tradición de que el pasado es más importante y servir de modelo para su repetición en el presente. Los mitos son historias, narraciones que se caracterizan por tener una estructura simbólica que describe marcos de referencia culturales de comportamiento que tienen su origen en el pasado, pero determinan el presente y futuro (Akermans y Andolfi, 1994).

Desde la perspectiva sistémica, Ferreira (1963) fue el primero en abordar la teoría relativa al mito, lo consideró como una construcción estática en concordancia con las ideas de "homeostasis familiar" de su tiempo. El mito familiar resultaba de la expresión de las convicciones compartidas, las que eran aceptadas implícitamente, por todos los miembros de la familia, aunque no estuvieran expresadas necesariamente con palabras.

Aproximadamente treinta años después, el paradigma narrativo representado por Alan Parry (1991) señala:

Un mito...representa una historia que encarna y define las creencias reconocidas por una persona, o también por un grupo, sobre la naturaleza de las cosas. Un mito al definir las premisas y creencias fundamentales de una persona sobre determinadas circunstancias, influye en el proceso de selección de los acontecimientos que se pondrán de manifiesto en las historias contadas. En esto consiste el "círculo hermenéutico", según el cual nuestras convicciones determinan nuestro comprender, y nuestro comprender determina nuestras convicciones. En: (Boscolo y Bertrando, 1996; p.52).

Boscolo y Bertrando (1996) argumentan: El mito es una forma metafórica de los constructos cognitivos de la familia, a la vez de una narración o historia que se desarrolla en un tiempo (White y Epston, 1989) pasado, se despliega en el presente y se sitúa como tal, fuera de tiempo en el futuro en los sistemas rígidos.

Investigaciones en el campo de la terapia familiar realizadas por representantes de la escuela de Roma como Corigliano, Andolfi, Angelo entre otros, señalan que visto el mito desde el paradigma narrativo, éste no es sólo un modelo que prescribe comportamientos; es el material narrativo, la metáfora, que habla de cómo ha de leerse la realidad a partir del intercódigo que unifica la experiencia familiar con los diferentes

niveles de la realidad, se verifica de manera empírica y es prescriptivo en relación al sistema de representación compartido. "El mito nos dice cómo está hecha la realidad, cómo está pensada, pero también como es percibida" (Akermans y Andolfi, 1994; p. 212).

Andolfi y Angelo describen el Mito Familiar como un conjunto de creencias, integradas y compartidas por todos los miembros de la familia, que involucran a cada uno y a sus posiciones recíprocas dentro de la vida familiar. Estas creencias no son cuestionadas por ninguna de las personas interesadas, no obstante las evidentes distorsiones de la realidad que suelen entrañar. De esta forma el mito, genera una forma de entender la realidad y representa un elemento de unión y cohesión para cuantos creen en su verdad. Por eso, crear un mito significa traducir una serie de acontecimientos y de comportamientos reales en un relato compartido por todos, en el que cada uno pueda encontrar una clave de lecturas de sus propias experiencias cotidianas, del sentido de la vida, sintiéndose al mismo tiempo, parte integrante del grupo (Andolfi y Angelo, 1989).

Bagarozzi y Anderson (1996) señalan al respecto lo imposible que resulta separar los mitos personales de un individuo de los de su familia, comunidad o cultura. Los individuos, las parejas y las familias eligen y adoptan activamente como propios los mitos culturales, cuyos distintos componentes, símbolos, rituales, etc., tienen significación e importancia para cada uno de los miembros de la familia, para el sistema matrimonial y la familiar en su totalidad. De esta forma, los mitos se constituyen en Meta-relatos, desde los cuales surgen las historias familiares y personales, y por tanto, de manera recursiva conectan al individuo, con la familia, comunidad, la cultura.

Andolfi y Angelo, desde la perspectiva trigeneracional, puntualizan la importancia de considerar en el trabajo con familias dos dimensiones: una dimensión vertical, transgeneracional que considera los vínculos e influencias de las anteriores generaciones sobre las actuales y una dimensión horizontal, relativa al momento del ciclo vital y las características de relaciones entre los diferentes miembros de la familia, como pautas a considerar para el análisis, la investigación y la práctica psicoterapéutica con familias (Akermans y Andolfi, 1994).

En el caso de familias con características propias de sistemas rígidos, se observan "dificultades y/o conflictos" que tienen su arraigo en las generaciones pasadas y se estructuran en un intercódigo de significados compartidos por el grupo, al tiempo que conforman la narración, el mito, que da sentido a la historia familiar y al paradigma relacional que la representa.

Ahora bien, el mito familiar se estructura sobre la base de la memoria colectiva en vinculación a las significaciones con recuerdos de los antepasados, lugares, imágenes, objetos, memorias, entre otros; todos ellos llenos de cargas emotivas que traen del pasado dándole un sentido al presente. Asimismo, tiene una función prescriptiva porque es el modelo al que todos deben ajustarse en la familia, dada la presión de las deudas morales y vínculos de lealtad con respecto al grupo (social, familiar), constituyéndose así como estructura de referencia en la construcción de la identidad personal.

Lealtades familiares

Comprender el desarrollo de las relaciones familiares, sus conflictos y dificultades relacionales, nos remite al concepto de lealtades y mandatos familiares. La lealtad implica cierto grado de confianza en una relación con el grupo/familia así como de compromiso. La lealtad es un sistema de obligaciones que se encuentra regulada acorde con los sentimientos de culpa que sirven a la homeostasis del sistema familiar, perpetuando los comportamientos rigidizados o estereotipados en las familias.

“Mientras que la estructuración de la lealtad está determinada por la historia del grupo, la justicia del orden humano y sus mitos, el alcance de las obligaciones de cada individuo y la forma de cumplirlas están codeterminadas por el complejo emocional de cada miembro en particular y por la posición que por sus méritos ocupa en el sistema multipersonal” ((Boszormenyi-Nagy y Spark, 2001 p.55).

Las lealtades invisibles (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2001) son las herencias de obligaciones transmitidas transgeneracionalmente, por tanto, son mandatos que operan en un nivel por debajo de la conciencia, pero que moldean y dirigen la conducta individual. Son una forma de pagar deudas familiares adquiridas por las generaciones pasadas y metáfora de los vínculos de lealtad en el grupo en el plano inconsciente, por lo que puede generar conflictos y dificultades relacionales en las familias.

La estructura de la lealtad es interiorizada y está acorde a la deuda que se tiene con un progenitor por los cuidados brindados. “Los compromisos de lealtad se circunscriben a determinadas áreas de función, generalmente conectadas con la crianza o educación de los hijos” (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2001; p.65).

Los conflictos de lealtad se estructuran intergeneracionalmente. En sentido vertical se deben a una generación anterior o posterior. En sentido horizontal están en relación con la pareja, hermanos, amigos. Cada vez que se transite de una etapa de desarrollo familiar a otro, se planteará la demanda de crear nuevos lazos de lealtad. Dependiendo de la rigidez del sistema de lealtades originario será más fuerte el desafío para crear o transformar nuevas alianzas.

Lo anterior, puede analizarse desde el enfoque multigeneracional de la historia familiar, el que permite percibir la interdependencia de historias personales, vínculos intergeneracionales y experiencias compartidas como metáfora de las dificultades familiares que se repiten estereotipadamente en los sistemas rígidos, al tiempo que obstaculizan el proceso de diferenciación individual.

Desde el enfoque multigeneracional, la información obtenida en un encuentro terapéutico, tanto a nivel verbal como analógico sobre lo que expresan las relaciones entre un padre y un hijo (segunda y tercera generación), son una metáfora de cómo un progenitor percibe en la actualidad la relación pretérita entre él y su propio padre, desplazando el contenido emotivo de la información a un nivel superior (segunda y primera generación).

Williamson y Bray mencionan las lealtades divididas; este tipo de relación se estructura cuando una persona forma parte de un conflicto en una relación triangulada, en la que ser leal a una persona implica ser desleal a la otra. Esta estructura es común en un sistema donde el hijo se debate entre la alianza con uno u otro padre. En: (Falicov, 1991).

Triangulación

Los vínculos de lealtad en las familias llevan consigo la formación de diadas. Bell, Bell y Kanata (2001) al investigar el impacto de la triangulación en el desarrollo adolescente argumentan que la estructura de la triangulación implica que una diada se encuentra en conflicto e incluye a un tercero para ayudar a estabilizar el sistema, proceso llamado triangulación (Bowen, 1978).

Los terceros en la triangulación pueden funcionar como socios de una coalición al aliarse con uno de los miembros de la diada resultando una amenaza para la misma y persiguiendo como objetivo el separarla. Por otro lado, puede darse una coalición de cruce generacional como en el caso de una madre y su hija siendo esta última la que desvía las tensiones de la pareja y contribuye así al mantenimiento de la diada parental. En otro caso, pueden actuar como mediadores, con el objeto de distraer la tensión de los padres sobre sí para contribuir a distraerlos de su conflicto interpersonal. Algunos ejemplos de estas modalidades, son los problemas psicosomáticos, problemas de conducta, dificultades en el aprovechamiento escolar, trastornos de alimentación, entre otros.

Los patrones de triangulación en los sistemas rígidos tienden a desarrollar patrones relativamente estables que se pueden encontrar de generación en generación (Bowen, 1978; Pillara, 1991), contribuyendo así incluso a obstaculizar el desarrollo y proceso de diferenciación individual de niños y adolescentes (Bell et. al., 2001).

Williamson y Bray, (1988); y Walters, Carter, Papp, y Silverstein, (1996) investigaron la triangulación y la formación de coaliciones de cruce-generacional centrándose primordialmente en el estudio de muchachas. Sugieren que las tensiones del sistema familiar afectan más a las jóvenes porque de ellas se espera que tomen una mayor responsabilidad de las relaciones interpersonales. Las mujeres de la familia (madres, hijas) son más susceptibles de intervenir en la solución de los conflictos de la familia en comparación con los padres e hijos.

Walters et. al. (1991) en su libro *La Red Invisible* al hacer el análisis de cómo las mujeres al desarrollarse en una cultura patriarcal que regula las estructuras sociales, expectativas institucionalizadas y mensajes bajo una diferencia de género, condicionan de manera significativa el modo en que madres e hijas dan cuenta de sus características psíquicas, emocionales y circunstancias de vida asumiéndose como débiles, sensibles, sumisas, abnegadas y como las responsables del bienestar emocional de la familia.

A continuación se realizará un breve análisis con base en los planteamientos anteriores, de las cuatro familias seleccionadas como casos clínicos:

En la familia Ibáñez Pulido, al realizar la lectura de la historia familiar trigeneracional, dio la posibilidad de conectarnos con la familia de origen a través de la narración de los consultantes (diada madre-hijo). Se observó la existencia del mito relacionado con la "madre buena", el que paradójicamente en la familia de origen enviaba un doble mensaje: en lo concreto enfrentó a la madre a la práctica de comportamientos socialmente reconocidos y valorados para la función materna como son el cuidado, protección y guía que ejerció tanto con sus hermanos como con sus sobrinos y, por otro lado, la lejanía de su propia madre (abuela), la que le delegaba la responsabilidad y función materna desde los cinco años, pero al mismo tiempo la motivaba e impulsaba para el desarrollo profesional.

Esta estructura mítica en la familia estaba sustentada por la creencia de que la "madre buena" tenía el deber de lograr "a toda costa" que los hijos fueran profesionales y así tuvieran un buen futuro. No importaba que se cayera en relaciones estereotipadas de sobreprotección y control como metáforas de la fusión familiar, la rigidez de sus límites con el exterior y la ambigüedad de los mensajes al interior de la diada con la finalidad de mantenerlos unidos y así poner en riesgo el proceso de diferenciación del adolescente en tránsito a la adultez y seguir proyectos de vida a futuro.

El vínculo de lealtad establecido entre abuela-madre se sustentaba sobre el compromiso de haber llegado a ser una profesional, contar con una carrera universitaria y la gran motivación que su madre depositara en ella rebasando la barrera del género para su tiempo. Abuela y madre estaban triangulando al nieto introduciéndolo en el interjuego de lealtades. El hijo tenía un vínculo de lealtad con su madre apoyado en el compromiso y obligación que había creado con ésta a partir de las expectativas y esfuerzos puestos en que fuera un "hombre con futuro" según lo refería la madre, lealtad que se reforzaría aún más al abrir el secreto de su adopción.

En el caso de la familia Valencia Gómez se observaron dos estructuras míticas estructuradas desde la familia de origen materna basadas en la lealtad hacia ambos padres. En relación a la lealtad abuela-madre, la abuela escribió en la historia trigeneracional de esta familia el "mito de mujeres fuertes"; éste cobraba sentido a partir de la historia de una abuela que fue huérfana y delegó a las mujeres de la familia el ser fuertes aunque a costa de distanciarse emocionalmente. Por otro lado, estaba la lealtad padre-hija, lugar en donde se origina el "mito del silencio" ante un padre que en su afán protector, no le permite a su hija cubrir demandas y objetivos propios del proceso de diferenciación. La madre, siendo adolescente en tránsito a ser hija adulta, planea ir a Francia para perfeccionar el idioma que estudiaba en ese entonces, pero el padre no lo permitió argumentando que corría muchos riesgos y él no estaba dispuesto a que le sucediera algo. La dinámica familiar marcaba como única autoridad al padre, sin oportunidad de rebatir o negociar, sólo era posible callar, dinámica relacional que se volvería rígida en la familia a pesar del paso por diferentes etapas del desarrollo familiar.

La nieta, aún siendo adoptiva, quedó atrapada en el sistema de lealtades familiares; en el tiempo presente se perpetuaban ambos mitos familiares, siendo ella la portavoz de su existencia y cuestionamiento. Se puede observar cómo se entrecruzaban ambos mitos en las relaciones familiares.

Por un lado, era leal a la madre y al "mito de las mujeres fuertes"; ante una experiencia de aborto no deseado, se endureció marcando distancia emocional al no contactar con su madre su dolor ante la pérdida y tornarse agresiva como una metáfora de la fuerza de esas mujeres. Por otro lado, el conocer que era adoptada ponía en vigencia de manera renovada y con más fuerza el "mito del silencio" marcando distancia emocional a través del distanciamiento físico al tratar de no estar en la casa familiar y rehuendo las interrelaciones con su familia, así como guardando silencio, como una manera de proteger a su madre, al no contactar con el dolor que le había causado al traer al presente la intención de protegerla a costa de no dejarla crecer, como lo hizo su padre. De igual manera esto servía como una forma de protegerse ella misma ante la incertidumbre de definir su pertenencia o no a la familia adoptiva.

En relación a la familia Gómez Ruiz se detectó nuevamente a través de la historia trigeneracional, la fuerza que ha cobrado el "mito de la maternidad". Éste está sustentado en las creencias de que los padres deben saber ser padres y deben asumir su responsabilidad como tales.

La principal portadora del mito era la abuela, mostrando abiertamente un gran enojo, resentimiento y necesidad de la relación parental, ya que su madre los abandonó a ella y sus hermanos y no volvió a saber de ella; su padre también los abandonó en los brazos de una tía "solterona y amargada" según lo refiere ella misma.

En esta experiencia se sustenta la importancia de ser madre a tal grado que, al estructurar una familia propia, tenía que protegerla de la separación física, creando un sistema familiar amalgamado en donde la principal jerarquía y el punto de unión era el amor, la dedicación, la abnegación y el sufrimiento, características que la sociedad se ha encargado de adjudicar al género femenino en su función de madre. "Ella es nuestra fuerza" comentaron los hijos en diferentes momentos. Ante esto, los hijos mostraban una fuerte lealtad hacia la madre, al grado de estar viviendo la etapa de nido repleto, encontrándose fusionados; parecían una prolongación de sus pensamientos e ideas. "Eloisa debería saber ser madre": metáfora de la rigidez mostrada por el sistema familiar.

Esta dinámica obstaculizaba la estructuración de la identidad de los hijos, dado que parecía que para éste sistema, diferenciarse significaba alejarse y, paradójicamente era lo que menos quería la madre. Incluso el hijo mayor de 36 años no se había casado y la abuela había integrado a dos de sus hijos con sus familias; en una de ellas se encontraba Sheila, paciente enviada con un diagnóstico de psicosis infantil.

La alianza establecida entre la madre, los hermanos de Eloisa y la propia Sheila, se volvió una coalición en contra de Eloisa, quedando con esto triangulada, como una manera de lucha del sistema por mantener la cohesión familiar, dado que Eloisa fungía como la fuerza económica y desde la mirada de los otros, se le señalaba como una mujer soltera que salía con amigos y no tomaba su responsabilidad como madre. Con esto estaba yendo contra el mito familiar.

Sin embargo, el comportamiento de Eloisa era la metáfora relacional de la lealtad invisible que la unía con su madre, ya que al alejarse ella del rol materno le daba la oportunidad a su propia madre de continuar

ejerciéndolo ahora con la nieta, con la misma dedicación y empeño que lo hizo con ella en el pasado pero situándolo ahora en el presente, aunque con esto ella quedara como la madre mala.

Sheila, por su parte, se encontraba triangulada entre su abuela y su madre, siendo la portadora de una lealtad dividida y logrando destriangularla al trabajar sobre la alianza abuela-madre, resaltando valores como la sensibilidad y la fortaleza que las une y se proyecta en Sheila en el presente, estableciendo una alianza que une a las tres generaciones de mujeres. En este proceso se resaltan los aprendizajes legados por la abuela a las siguientes dos generaciones de mujeres, la sensibilidad y capacidad de reflexión en la madre de su función parental en su deseo de buscar un equilibrio entre su función proveedora y la afectiva emocional para con sus hijos, así como la sensibilidad y fuerza interior de Sheila (nieta) como herramientas para contrarrestar las situaciones vividas como dañinas tanto en el presente como en el futuro.

En el caso de la familia Morales Hernández se observó la influencia del "mito de la parentalidad" y su relación con los compromisos y obligaciones que dan sustento a las lealtades familiares al entrelazarse con diferentes etapas del desarrollo familiar.

La abuela siente un compromiso y obligación con su hija referente al cuidado y guía de su nieto al que tiene bajo su responsabilidad desde pequeño y actualmente porque la madre trabaja en otro estado del país. Este compromiso de lealtad invertida, se sustenta en el sentimiento de culpa por no haberle brindado atención, cariño, cuidado cuando niña y al mismo tiempo, delegarle la responsabilidad de sus hermanos, dado que la madre trabajaba doble turno como maestra. La madre piensa que en ese tiempo estaba abrumada por el trabajo y no les brindó atención a sus hijos, especialmente con Alejandra que funcionó como hija parental. Refiere sentir culpa por no haber sido una buena madre, reactivando en esta familia nuevamente el "mito de la madre buena".

Asimismo, Alejandra muestra una lealtad invisible al delegar su rol de maternaje en su propia madre como una forma de permitirle ejercer el rol no practicado con sus propios hijos y así ayudarla a compensar su sentimiento de culpa aunque con esto Alejandra quede en la posición de madre desinteresada. Por otro lado, la lejanía con su hijo pudiera interpretarse como una lealtad al ejercer la maternidad a distancia, situación que vivió por experiencia propia.

Al principio de la terapia la abuela se sintió triangulada entre su hijo y su nieto, mostrando una lealtad dividida. Por un lado, hacia su nieto, basado en la obligación y sentimiento de culpa por no haber ejercido el rol materno con Alejandra (madre de Sergio), por el otro, con su hijo Andrés por nuevamente restarle su atención como madre al tener que estar al cuidado de su nieto.

Andrés (tío) por su parte, enfrentó en el proceso terapéutico el dilema de construir un modelo para ejercer la paternidad alejado de la violencia, experiencia que vivió con su padre, y así construir una masculinidad basada en características como la flexibilidad, empatía, claridad y firmeza. Esto le permitió salir de la relación conflictiva con su sobrino Sergio y crear un alianza con éste basada en el respeto y la

negociación, así como establecer una alianza con su madre tomando acuerdos sobre lo que cada uno humanamente podía hacer para contribuir al tránsito por la etapa de adolescencia de Sergio, asumiendo el rol de parentalidad ambos de manera transitoria ya que Sergio probablemente iría a vivir con la madre en un futuro.

Otro aspecto importante se relaciona con la posibilidad de que los sabotajes por parte de la madre y la tía de Sergio a las reglas familiares así como la complicidad de la abuela en relación a esto basándose en la creencia de que la madre debía ser la principal jerarquía para Sergio, fuera una trampa del sistema que triangulaba a Andrés para no permitirle salir del sistema familiar, tomar funciones y roles propios de la etapa adulta y con esto frenar su proceso de diferenciación.

Comentarios finales

Los mitos y las lealtades forman parte de la historia de vida de los grupos, las familias y los individuos; contribuyen a entretejer la identidad del individuo estructurando su capacidad de reconocerse como perteneciente al grupo y al mismo tiempo diferente y en esa medida separado. Cuando digo separado, me refiero a asumirse con una identidad propia que lo hace diferente de los demás pero al mismo tiempo conformado sólo a partir y en estrecha relación con los otros, es decir, el grupo familiar.

Sin embargo, aquéllas familias dónde sus esquemas relacionales son preestablecidos, se caracterizan por rigidez, inmutabilidad y estabilidad ante las demandas de cambio. Tienen una estrecha relación con narrativas familiares de mitos y lealtades también fijos, mitos del pasado que se mantienen en el presente y pueden incluso permanecer inmutables en el tiempo futuro de la familia predeterminando roles a desarrollar, posiciones y funciones entre otros. En estas familias, las diferencias individuales tienden a desaparecer y por lo tanto dificultan y obstaculizan la diferenciación del individuo y por lo tanto la estructuración de una identidad propia e individual que puede hablar metafóricamente a través de la aparición de síntomas como expresión de las dificultades familiares.

Pero la cualidad de rigidez no es inherente a los grupos familiares, los mitos y los compromisos de lealtades, hay en ellos una dinámica histórica, la cual es transgeneracional y contribuye a darle sustento a la identidad del grupo y del individuo. En las familias flexibles, los mitos y los compromisos de lealtad evolucionan y se transforman al paso de las generaciones pasando por fases de regresión y reintegración en el intercruce con las diferentes etapas del desarrollo familiar (Andolfi y Angelo, 1994; Ackermans y Andolfi, 1994).

1.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total desde la Cibernética de Segundo Orden

El proceso de formación de los profesionales de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar tiene como una de sus principales estrategias de entrenamiento, el proceso de supervisión bajo diferentes modalidades; a través de casos simulados por los estudiantes, del análisis de algunas viñetas, del análisis de casos observados y sobre todo por medio de la supervisión en vivo, la cual se desarrolla en los diferentes escenarios clínicos.

Este grupo de formación, agrupa a los participantes en el proceso de supervisión-aprendizaje, en lo que se conoce como Sistema Terapéutico Total.

Aurón y Troya (1988) proponen:

- Sistema de Supervisión + Terapeuta conforma el Sistema de Terapeutas.
- Sistema Familiar + Terapeuta conforman el Sistema Terapéutico.
- Equipo de Supervisados + Supervisor conforman el Sistema de Supervisión.
- Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión conforman el Sistema Terapéutico Total.

Ahora bien, el principal objetivo de poner en práctica el Sistema Terapéutico Total es la supervisión de los terapeutas en formación desde la Cibernética de Segundo Orden, es decir, el terapeuta frente a la familia como los demás terapeutas, ya sean los que se encuentran en proceso de formación, como los profesores supervisores, quienes se encuentran inmersos y son un participante más dentro del proceso terapéutico.

Limón (2005) señala que la Cibernética de Primer orden concebía a los terapeutas sólo como observadores, es decir, al margen del sistema, por lo cual fue considerada como una "cibernética de los sistemas observados". Esta postura colocaba al terapeuta en una posición privilegiada y "experta"; su función era incidir en las danzas relacionales de la familia. En el caso de la "Cibernética de Segundo Orden", su visión incluye unidades de interacción más complejas que se influyen recíprocamente (Sistema Terapéutico Total) y, considera la presencia del terapeuta como un participante más dentro del sistema el cual influye y a su vez se ve influido por el mismo; a esto se le llama "cibernética de los sistemas observantes" o "cibernética de la cibernética".

Es por esto, que bajo la visión de la Cibernética de Segundo Orden, cobra una especial relevancia el proceso de supervisión acompañado de un equipo, el cual en algunas ocasiones se encontró del otro lado del espejo y en otras en el mismo espacio según las condiciones del contexto institucional.

Moreira (1995) menciona que no existe un acuerdo general para definir lo que es la supervisión pues existen tantos tipos como variedades filosóficas y concepciones acerca del hombre, las cuales sustentan un respectivo abordaje metodológico. Pero sí existe el acuerdo, acerca de la importancia de la

supervisión para la formación del terapeuta; las variantes en su desarrollo y la metodología dependerán de la corriente teórica y la forma en que ven y conciben al hombre.

Moreira, (1999) considera tres dimensiones en la supervisión:

- 1) Teórica, que se adquiere formalmente en la universidad, grupos de estudio, lectura individual; refiere una dimensión cognitiva donde se aprende y se aprehenden conocimientos teóricos y técnicos.
- 2) Experiencial, que comprende el cúmulo de experiencias vividas dentro del proceso de entrenamiento y se encuentra estrechamente ligada con el espacio personal del terapeuta y al mismo tiempo es una oportunidad para reflexionar sobre sus limitaciones y potencialidades y,
- 3) Supervisión, definida como: "el espacio de articulación entre lo que el terapeuta aprende y conoce sobre la teoría y sus cliente; lo que experimenta él en la relación terapeuta-cliente durante la sesión" (p. 88). Moreira (1995) considera que la supervisión desempeñará un espacio de contención para el terapeuta supervisado. En: (Licea, Paquetin y Selicoff, 2002).

Para Eguiluz (1999), "supervisar en terapia familiar significa un doble proceso que implica no sólo enseñar diversas técnicas, sino ayudar al terapeuta en formación a superar sus dificultades personales y alcanzar un mayor grado de competencia" (p. 30).

Desatnik, Franklin y Rubli (2002) refieren la supervisión como "un espacio de reflexión e integración teórica, técnica y metodológica en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o priorizar cuál de estas visiones podría ser útil en la resolución de problemas, sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico" (p. 48).

Como estudiante en el proceso de formación durante el primer semestre, mi participación fue como observadora y como parte del equipo de terapeutas en formación. La experiencia fue novedosa y al mismo tiempo desequilibrante dado el compromiso de aportar ideas, confrontarlas con las de los demás integrantes del equipo, -observadores, terapeuta frente a la familia y supervisoras-, el proceso de agudizar los sentidos y valga la redundancia sentir y vivir la problemática planteada por las familias para poder entender desde su percepción de la realidad, su sentir y sus vivencias, en relación a la situación planteada. Creo que esta última, fue la parte que más me angustiaba; en ese momento todavía no entendía que era un proceso y estaba al principio del mismo.

De igual manera, viví la incertidumbre de si mis comentarios serían acertados, cómo serían valorados por los compañeros y por las supervisoras, situación que se fue decreciendo.

A partir del segundo semestre mi posición la alterné entre parte del equipo de terapeutas en formación, del equipo de supervisión y como parte de terapeuta frente a la familia. Este último fue aún un reto mayor; experimenté que el trabajo con las familias demandaba de la persona del terapeuta, jugar diferentes roles dependiendo de las demandas de las mismas; algunas ocasiones tendría que ser líder y guía, en otras

astuta y estratégica, pero en otras amiga, acompañante y facilitadora de la co-creación de nuevas realidades familiares.

Poco a poco entendí que como dicen Desatnik et. al. (2002) "la supervisión tiene que ver con quiénes somos, de dónde venimos, cuál es nuestra ideología, cosmovisión, valores, nuestras construcciones acerca del ser humano, de la sociedad, así como de la formación y supervisión en Terapia Familiar (p.48). En el proceso de supervisión se jugaban nuestras historias personales, nuestra experiencia de vida, nuestras familias de origen, nuestros estilos relacionales y al mismo tiempo era un espacio para cuestionar nuestros paradigmas epistemológicos en virtud de dar prioridad a la mirada de la familia.

De aquí, que la función de supervisión no sea sólo la vigilancia de la aplicación de técnicas, sino una mirada integradora del sistema en el que se trabaja, de la familia, de la relación terapeuta-familia, del equipo y las relaciones que se establecen entre éstos, de la fuente de referencia, así como de la propia participación e influencia en el sistema. Es decir, desde la Cibernética de Segundo Orden, el observador como ya se mencionó, es parte del fenómeno observado y, tanto el supervisor como el equipo de supervisión integrado por los compañeros terapeutas en formación y el mismo terapeuta frente a la familia, influyen y son influidos de manera recursiva en el proceso terapéutico.

Cabe señalar que uno de los principales aprendizajes durante la maestría fue ampliar el paradigma epistemológico, que me permitió ver los fenómenos y sus relaciones más allá de una relación lineal, desde la recursividad de los fenómenos, en donde se influye y se ven influidos al mismo tiempo, el terapeuta, el equipo de supervisión, el supervisor y las familias consultantes.

En el proceso de supervisión viví la experiencia de enfrentar diferentes estilos de supervisión, la predominancia de alguna aproximación teórica y abordaje terapéuticos, pero también en algunos momentos, como lo dice Aurón (2000), es el espacio en donde el supervisor inicia y genera el cambio epistemológico en sus futuros terapeutas, a partir del cuestionamiento de sus propias interpretaciones y la apertura y escucha de otras voces participantes. Lo que desde el Posmodernismo es la existencia de tantas realidades como diversidades pensantes puedan existir sin quitarle valor a ninguna, simplemente cada una tiene su razón y sentido de ser.

La misma Aurón (2000), propone que uno de los aspectos éticos a considerar en la supervisión, es la relación supervisor-terapeuta en formación "Donde queden claros los límites de la función del Supervisor. Donde las responsabilidades de ambos sean explicitadas y el tema del respeto sea considerado, donde las reglas de relación y de procedimiento sean claras" (p. 227)

Si bien, el proceso de supervisión tiene como objetivo coadyuvar en el terapeuta en formación a desarrollar la parte técnica, la imaginación y creatividad; es de suma importancia tomar en consideración lo que se dice y cómo se dice, ya que puede generar en el otro, una actitud positiva y de crecimiento o una actitud inhibida y desmoralizadora.

De manera personal viví la angustia que implica la asimilación de nuevos paradigmas, pero sobre todo, el reacomodo y co-creación de una epistemología y por tanto una manera de entender la realidad vivida hasta ese momento, lo que me llevó a cuestionarme la implicación de mi persona en el proceso terapéutico, mis valores, mis experiencias de vida, mis vínculos, mis estilos relacionales, mi contexto socio cultural e ideológico, pero sobre todo abrió el camino para entender que no tenía la verdad, ni la realidad de lo que sucedía, y que la verdad y el camino sólo estaba en las manos de los consultantes, lo importante era descubrir cuál era el significado y cómo cobraba sentido para sus vidas, para poder emprender el camino con ellos hacia una realidad más satisfactoria y menos amenazante.

Por supuesto lo anterior no habría sido posible, sin las diferentes voces del equipo de supervisión, por lo que reconozco que en mi experiencia, trabajar con la modalidad de Equipo Reflexivo me brindó la oportunidad de vivir la experiencia con menos angustia y ansiedad dado que todas las voces son válidas desde la postura personal y son validadas en la medida que trastocan puntos de anclaje para una familia o grupo de consultantes en particular al hacerlas suyas.

Al respecto, Lee y Mondragón (2001, proponen un modelo de supervisión con el enfoque de Equipo Reflexivo considerando que las características de horizontalidad en las interrelaciones y la benevolencia de los comentarios pudieran hacer menos amenazante el proceso de supervisión y sí facilitar el aprendizaje teórico, técnico así como la incorporación de diferentes voces, como diferentes alternativas al proceso, flexibilizando la relación supervisado-supervisor y generando un mayor compromiso en el supervisado. En: (Licea, Panquetin, Selicoff, 2002).

2. Habilidades de Investigación

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica tiene como objetivo la formación de especialistas de la Psicología en el área de la salud, con una visión integrativa, que le permita abordar los problemas clínicos tomando en cuenta dos miradas: la interaccional y la del constructivismo y construccionismo social, haciendo énfasis éste último en el lenguaje y la construcción de significados.

De tal manera que, a la vez que atiende a la formación de habilidades y destrezas clínicas en los aspectos teórico-técnicos del trabajo con los consultantes, tiene un gran interés en impulsar y desarrollar en los profesionales habilidades de investigación que contemplen la diversidad de los fenómenos sociales en su contexto y su interacción con el individuo, la pareja, la familia, la sociedad.

Por tal motivo, el plan de estudios contempla dentro del tronco común cursado durante el primer año de la maestría, las asignaturas de Métodos de Investigación I y II, las cuales tienen como finalidad desarrollar las habilidades teórico metodológicas de la investigación cuantitativa y cualitativa, así como llevarlas a la práctica al diseñar y aplicar los proyectos de investigación correspondientes.

En el programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001) se plantea que las habilidades de investigación que el alumno desarrollará durante su participación en éste, son:

1. Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
2. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
3. Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.
4. Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
5. Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales.
6. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

2.1 Reporte de la Investigación realizada usando Metodología Cuantitativa

A continuación se presenta un resumen de la investigación realizada en la asignatura de Métodos de Investigación I:

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN RELACIÓN A LOS AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Lilia Bueno Nieves, Luis Arturo Amaro Sáenz

María Olga Mejía Anzures, Susana Caballero Pérez

FES IZTACALA UNAM



RESUMEN

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, donde cada un@ se describe a sí mism@ de acuerdo a las categorías del inventario. Los resultados en ambos grupos muestran que no existen diferencias significativas en cuanto a su percepción del rol de género. Lo anterior sugiere que, los estereotipos de género están dando paso poco a poco a papeles más equitativos o menos tradicionales en las relaciones entre hombres y mujeres.

Palabras clave: *estereotipo, papel de género, autopercepción.*

Introducción

El género es un constructo social que responde a las características culturales, sociopolíticas, familiares e históricas de un momento determinado y es asumido psicológicamente por el individuo, por esta razón es susceptible de modificarse y cambiar.

Lamas (1986) señala que la perspectiva psicológica del género comprende: a) la asignación de género, que se refiere a las características físicas que definen al sexo, b) la identidad de género, que se establece a partir de las experiencias vividas por el niñ@ con los adultos que lo rodean, y c) el papel de género, que se estructura a partir de las normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino; así tenemos que los estereotipos de género, son un conjunto de creencias en torno a lo que significa ser mujer u hombre.

Investigaciones realizadas sobre los papeles de género, revelan que variables como el sexo, la edad, escolaridad, ocupación y nivel de ingresos influyen significativamente para adoptar papeles de género tradicionales (Lara y Powlishta, 2000).

Objetivo

Conocer la autopercepción de los estereotipos del papel de género que tienen hombres y mujeres, en relación a los años que tienen de convivencia en pareja: de 1 a 5 años y de 15 a 19 años.

Materiales

Instrumentos de medición.-Inventario de Masculinidad-Femineidad de Lara Cantú.

Definición de Variables

Variable independiente: Los años que tienen los sujetos de vivir en pareja, Variable dependiente: Autodescripciones de masculinidad y femineidad.

Definición de categorías a evaluar

Estas fueron retomadas del Inventario de Masculinidad-Femineidad (Lara, 1993).

Masculinidad.- son rasgos de personalidad caracterizados por lo práctico y la orientación a la acción.

Femineidad.- son rasgos de personalidad caracterizados por el interés en la relación y la preocupación por los otros.

Machismo.- Son rasgos de personalidad masculinos que resguardan papeles tradicionales caracterizados por la agresión y la intransigencia.

Sumisión: son rasgos de la personalidad femeninos que resguardan papeles tradicionales caracterizados por la abnegación y la debilidad.

Método

Sujetos.- Participaron 45 participantes divididos en 2 grupos, el primer grupo se constituyó por 10 mujeres y 10 hombres, con 1 a 5 años de vivir en pareja. El segundo grupo de 13 mujeres y 12 hombres, con 15 a 19 años de vivir en pareja, elegidos a través de un muestreo no probabilístico. Su nivel educativo varió de nivel licenciatura, maestría y doctorado.

Procedimiento: Se aplicó a los participantes el Inventario de Masculinidad y Femineidad de Lara Cantú (1993), que tiene como objetivo evaluar estereotipos de género. Consta de 4 subescalas: masculinidad y femineidad (roles no tradicionales); machismo y sumisión (roles tradicionales).

Resultados

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo acerca de la percepción de los estereotipos de género en términos de las siguientes variables: 1.- el tiempo de vivir en pareja, 2.- el sexo: hombre o mujer, 3.- las diferencias en las percepciones entre ambos grupos en relación a las subescalas del inventario.

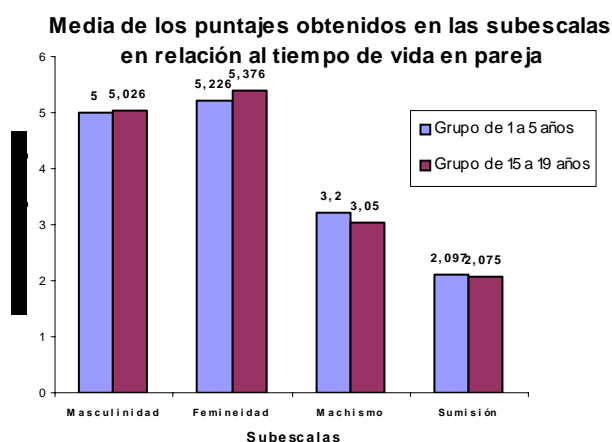


Figura 1. Muestra la media de los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas del inventario de masculinidad IMAFE en relación al tiempo de vida en pareja.

Los resultados muestran que independientemente de los años de convivencia en pareja (figura 1) y del sexo de l@s participantes (figura 2) no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su percepción del rol o papel de género.

Conclusiones

Aunque no se presentaron diferencias estadísticamente significativas, sí hubo una mayor tendencia en la muestra a asumir roles no tradicionales (femineidad y masculinidad) que papeles de género tradicionales (machismo y sumisión).

Aunque se siguen observando los roles tradicionales en la percepción de los estereotipos para ambos sexos, pareciera que éstos van perdiendo fuerza para dar paso al establecimiento de relaciones más igualitarias, lo cual pudiera estar asociado a las diferentes demandas de tipo cultural, social, económico y familiar a las que se enfrentan hombres y mujeres; esto implica que han tenido que asumir papeles más activos en cuanto a la dinámica de las relaciones dentro y fuera de la familia.

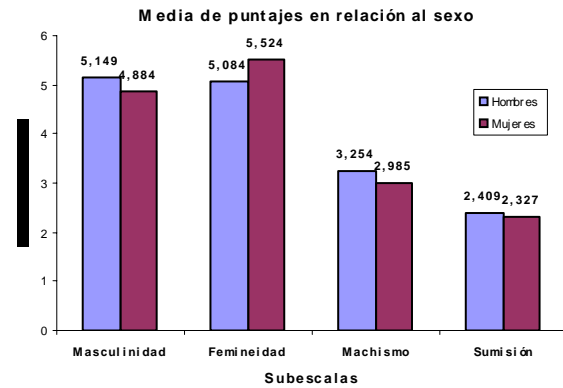


Figura 2. La figura muestra a la media de los puntajes obtenidas en cada una de las subescalas del IMAFE de acuerdo al sexo de los participantes.

2.2 Reporte de la Investigación realizada usando Metodología Cualitativa

El siguiente resumen corresponde a la investigación realizada en la asignatura de Investigación Aplicada II:

LA CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD: UN ESTUDIO DE CASO

Bueno Nieves Lilia, Caballero Pérez Susana,
Mejia Anzures Maria Olga y Amaro Saenz Luis Arturo.

FES IZTACALA UNAM



RESUMEN

La presente investigación es la continuación de un estudio cuantitativo previo sobre estereotipos de género en relación con los años de convivencia en pareja, en dos grupos: 1-5 y 15 a 19 años. Los datos obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, por tal motivo se eligió llevar a cabo un estudio de caso tomando a uno de los sujetos participantes del segundo grupo, con el fin de conocer información que amplíe y complemente de manera cualitativa la información obtenida.

Es por ello que el objetivo de esta investigación fue analizar las vivencias, creencias y expectativas que un hombre refiere en relación al proceso de construcción y deconstrucción de su masculinidad. Se realizó a través de un estudio de caso instrumental de tipo proyectado empleando como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad semiestructurada, con la cual se evaluaron cinco aspectos definidos en términos de las siguientes categorías: familia de origen, familia actual, área social, área individual y área de trabajo. Los resultados obtenidos muestran que el proceso de construcción de la masculinidad en el participante se conformó con la interacción y las vivencias dentro de la familia de origen donde la tendencia era el apego a asumir papeles tradicionales de género, sin embargo, tanto sus creencias como sus expectativas se han venido modificando como parte procesos individuales y relacionales que han tenido lugar en la medida que el individuo se ha insertado, en diferentes grupos sociales a lo largo de su vida; lo que ha generado cuestionamientos y reflexiones del ejercicio de su

masculinidad, es decir, lo ha llevado a la deconstrucción de patrones de masculinidad tradicionales y a la co-construcción de relaciones de mayor equidad.

Los procesos de construcción y deconstrucción de la masculinidad son producto del análisis y cuestionamientos intra e intersubjetivos.

Palabras clave: *masculinidad, vivencia, construcción, deconstrucción y co-construcción.*

Introducción

Las ideologías de género son representaciones colectivas que presionan a la gente para actuar de formas estereotipadas y persiguen una finalidad adaptativa. Lamas (1997) refiere que lo masculino y femenino son conjuntos de expresiones culturales que nacen de la simbolización de los cuerpos; masculino y femenino son las etiquetas para nombrar lo "propio" de los hombres y las mujeres.

Salguero (2004), señala que la identidad del 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 desarrolla 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, la familia, así como otros espacios socializadores tales como la escuela, los grupos recreativos, la Iglesia y el ámbito laboral entre otros, que tienen que ver con la reafirmación y modificación de la masculinidad en este proceso de interacción con los otros en donde se va conformando una subjetividad propia a partir del intercambio con la subjetividad de otros.

Si la masculinidad es un proceso que se construye socialmente, será probable que una parte de la población masculina se cuestione cómo vive y practica su masculinidad. La pregunta sería ¿Cómo se accede a este proceso de construcción que a su vez sustenta la práctica de una masculinidad particular?

Se propone que el acercamiento a dicho proceso es a través de la interacción entre la práctica diaria y las vivencias derivado de éste. Entendemos por vivencias el conjunto de experiencias establecidas con los diferentes subgrupos que interactúan en el proceso de construcción de la masculinidad y que en el individuo se concretizan en la práctica cotidiana en una forma específica de sentir, pensar y actuar.

El objetivo de esta investigación fue analizar las vivencias, creencias y expectativas que un hombre refiere en relación al proceso de construcción y deconstrucción de su masculinidad.

Tipo de diseño cualitativo

El diseño utilizado en este trabajo fue de tipo proyectado; partió de la información obtenida en la investigación cuantitativa: Estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja: un

estudio descriptivo, lo que permitió plantear interrogantes previas en la entrevista; se llevó a cabo en un periodo corto de tiempo y a un solo sujeto, siendo un estudio de caso.

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada a profundidad sobre el tema de la construcción de la masculinidad. La entrevista a profundidad es definida por Alonso (en: Valles, 2000) como un proceso comunicativo en el cual se extrae información de la biografía de la persona entrevistada, lo cual implica que dicha información, al haber sido experimentada, será proporcionada con una interpretación que la torna más interesante que la mera exposición cronológica o sistemática de los acontecimientos.

La entrevista estuvo basadas en áreas de la vida del sujeto consideradas de interés para el trabajo, como fueron: 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 organizó en las siguientes categorías para el análisis de la presente investigación.

Categorías

Familia de origen: Es el grupo primario de mayor influencia socializante en el individuo, sus lazos son prioritariamente por ascendencia y de tipo consanguíneo. Entre sus funciones principales se encuentra la satisfacción de necesidades básicas, la socialización y educación de los hijos. Este grupo genera el sistema de creencias y permite la construcción de la identidad de género en el individuo.

Área de pareja: Se constituye por libre elección, donde se establecen acuerdos formales e informales que estipulan la relación.

Área individual: Se refiere a la personalidad del sujeto y la constituyen las creencias, valores, sentimientos, conductas del individuo en su contexto.

Área de trabajo: Se refiere a la relación jerárquica entre patrón y subordinados y relaciones lineales entre compañeros con el objeto de adquirir remuneración económica.

Familia actual: Se establece por elección del sujeto y se constituye por diferentes subsistemas: conyugal, parental y fraterno. Entre sus funciones principales se encuentra la satisfacción de necesidades básicas, la socialización y educación de los hijos; contribuyendo con esto a la construcción de la identidad de género en el individuo.

Área social: Es el macro-contexto en el que se insertan las relaciones que establece el individuo.

Análisis

En relación a su familia de origen, este hombre creció en una familia tradicional, en un poblado del estado Guerrero, en donde la educación en el seno de su familia fue de tipo tradicional, algo que él aprendió y desarrolló. En su familia de origen, aprendió y puso en práctica ciertas creencias sobre las funciones del

hombre como proveedor: divisiones tajantes de las actividades pertenecientes a cada sexo, lo que significa que la mujer no podía trabajar en labores pesadas que correspondían al hombre, una de las funciones del varón era la protección de la mujer.

El análisis de la familia actual consideró dos subcategorías, área de pareja y paternidad. A pesar de las creencias tradicionales de la familia de origen, al inicio de su relación, la pareja propició cambios como el vivir en unión libre. Para él esta decisión significó romper con una regla de la familia de origen y junto con su pareja comenzar a promover posturas de mayor equidad.

En su relación actual, este hombre concibe a la pareja como un grupo formado por dos seres iguales que asumen el compromiso individual de crecer y construir una relación positiva basada en los valores del respeto, la libertad y la comunicación; se considera dentro de una lucha cotidiana por hacerlo, pues se da cuenta que no siempre lo logra, lo que constituye una búsqueda constante basada en la comunicación.

El tipo de paternidad asumido por este hombre es flexible, busca romper estilos de paternidad tradicionales y se orienta a la negociación de reglas, promoviendo el valor del respeto, aunque esta transición se le dificulta y hace que se cuestione su rol masculino y de padre. En la educación de sus hijos, también estimula el valor de la libertad y el respeto en la toma de decisiones, las creencias y libertad de pensamiento, lo que implica para él: a) que los hijos puedan oponerse a las reglas establecidas por los padres, e inclusive que puedan cuestionarlo: *"ellos no me hacen caso, hacen lo que quieren, como que son más liberales, como que te cuestionan más"* y b) que se generen temores y preocupaciones que no pueda controlar con respecto a lo que decidan los hijos: *"Da miedo de que al tomar ellos decisiones se equivoquen y salgan raspados", "no, no te da miedo que te cuestionen, sino que ellos se puedan equivocar"*.

Con referencia al área individual considera que existen algunas ventajas propias de ser hombre, pues su rol es menos cuestionado que el rol de femenino, sin embargo, considera desventajas como el que los demás le demanden acciones en concreto que él tendría que hacer por el hecho de ser hombre. Aunado a lo anterior, una de las desventajas de asumir una masculinidad no tradicional es el hecho de que en ocasiones trata de aparentar una postura machista ante la presión social.

Las áreas social y del trabajo tienen una relación estrecha; este hombre tuvo influencias desde su adolescencia de pensamientos de cambio; las principales fueron sus maestros de secundaria y las condiciones socio políticas que privaban en el estado de Guerrero (guerrillas) en aquel entonces, ya que sus maestros participaron como principales agentes de cambio. Posteriormente su participación con compañeros de trabajo determinó, según mencionó, su acercamiento a filosofías más revolucionarias como el marxismo-leninismo, Vigotsky. Sin embargo, considera que fue la dinámica gestada al interior del grupo y la posibilidad de reflexionar sobre sus creencias, acciones y vivencias lo que ha influido en su forma de ver y vivir su masculinidad, más que la revisión de los modelos de pensamiento citados.

Discusión

La construcción de la masculinidad en este hombre tiene su base en la familia de origen en donde aprendió un rol tradicional, es decir, el hombre como proveedor y protector de las mujeres, pero en este hombre, su participación en los diferentes grupos sociales en los que se vio inmerso y las prácticas dentro de éstos le demandaron un cuestionamiento constante acerca del mundo, de su realidad y de su propia condición e identidad, lo que lo llevó a cuestionarse las creencias e ideologías retomadas y moldeadas dentro de su familia de origen.

Tal cambio en la práctica del ejercicio de su masculinidad, lo ha llevado a entrar en conflicto y a cuestionarse si está en lo correcto, observándose como una constante en él, la reflexión acerca de sí mismo y de su actuar. Esto lo ha llevado en el presente a cuestionarse incluso prácticas relacionadas con el rol no tradicional, lo que le ha generado de acuerdo a lo que mencionó, sentimientos de culpa, angustia, incertidumbre, temor y una búsqueda constante por sentirse bien con él mismo en este proceso de transición hacia la adopción del ejercicio de una masculinidad que le exige mayor equidad de género.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria

Uno de los objetivos específicos del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2001) señala que: "El estudiante desarrollará, a través de actividades teórico-prácticas en el ámbito clínico, habilidades para identificar y manejar problemas en el área de la salud mental, en diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas. Se trata de un entrenamiento que integra actividades informativas y formativas, con el desarrollo personal del estudiante como terapeuta y su compromiso social" (p. 29).

Por tal motivo, a lo largo de los cuatro semestres se tiene como objetivo que los estudiantes desarrollen las siguientes habilidades en enseñanza, difusión y prevención comunitaria:

1. Difundir conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar.

La presentación en foros académicos de las investigaciones realizadas durante la maestría, contribuyo a la difusión de conocimientos relacionados con la familia y las condicionantes sociales, económicas y culturales de un contexto determinado, así como a diseñar y desarrollar investigación contribuyendo como un importante recurso en la formación profesional.

2. Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.

Este es una actividad continua a lo largo del proceso de formación como terapeutas tanto a nivel teórico como práctico siendo uno de los aspectos de mayor impacto en el perfil del egresado.

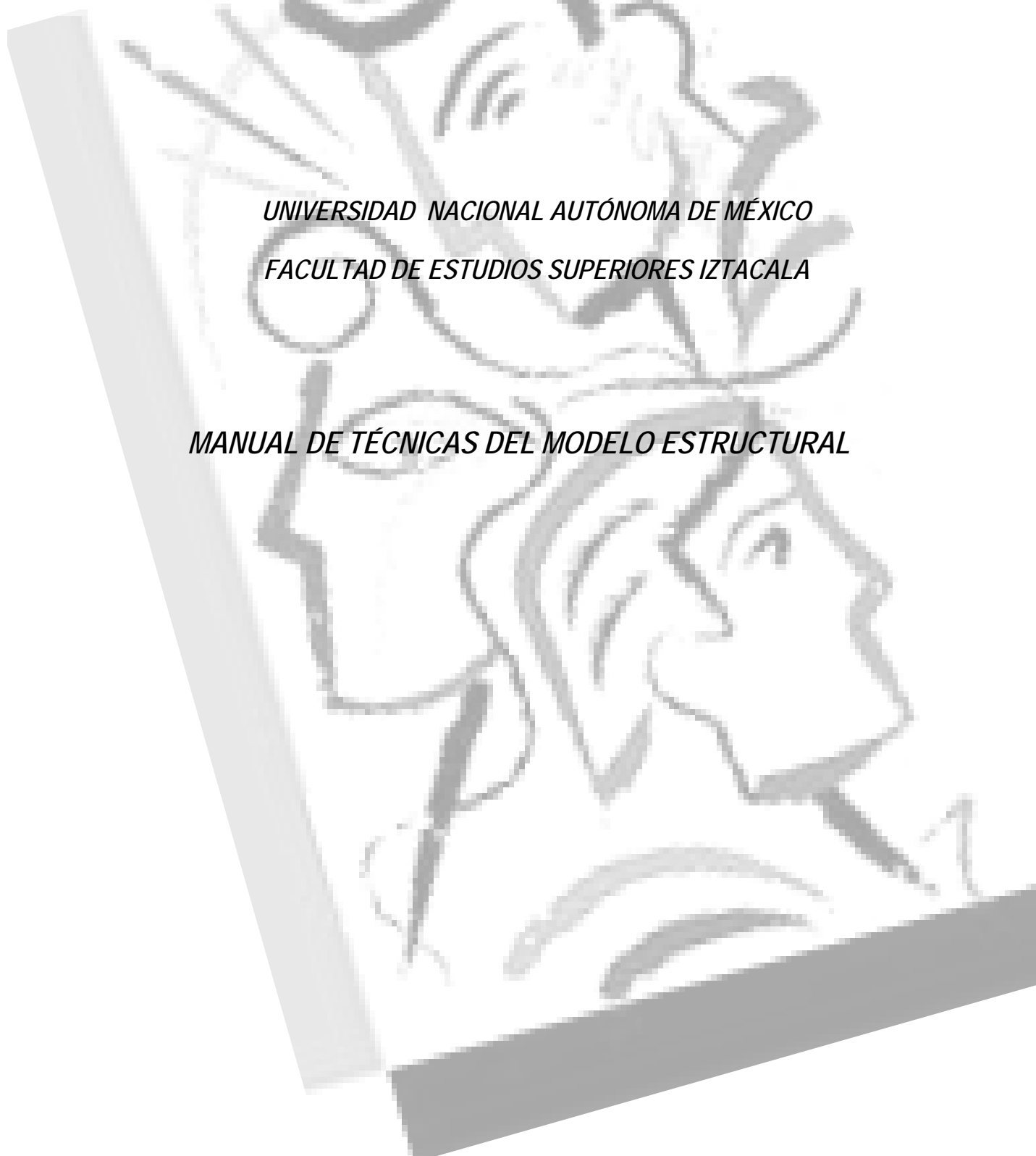
3. Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario.
4. Aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

La oportunidad de establecer relación con instituciones de salud y educativas brindó elementos de contextualización de la práctica profesional, así como contribuyó a sistematizar experiencias de difusión de conocimientos, educación y sobre todo de intervención tanto a nivel preventivo como para la solución de problemáticas individuales y familiares sin perder de vista la contextualización de las mismas, siendo un aprendizaje significativo en todos los aspectos.

3.1 Elaboración y presentación de Productos Tecnológicos Individuales

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA*

MANUAL DE TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL



Manual de Técnicas del Modelo de Terapia Estructural

Objetivo

Presentar los elementos teóricos básicos, técnicas y estrategias que sustentan el Modelo de Terapia Estructural Sistémica.

Desarrollar un material didáctico escrito y audiovisual que contribuya a la formación profesional como terapeutas especializados, al identificar en casos clínicos hipotéticos, la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Estructural Sistémica.

Población a quien va dirigido

Estudiantes y profesionales del área de la Psicología interesados en conocer los principios básicos y las técnicas relativas a la Terapia Familiar Sistémica Estructural.

Salvador Minuchin es el principal representante del Modelo de Terapia Estructural; sus principios teóricos, técnicas y estrategias de intervención se encuentran plasmados en una infinidad de publicaciones, siendo algunos de éstos: *Familias y Terapia Familiar* (Minuchin, 1986) y *Técnicas de Terapia Familiar* (Minuchin y Fishman, 1999).

Este autor estudia al individuo en su contexto partiendo del supuesto de que no hay familias normales o anormales, sino que hay familias con una estructura funcional o disfuncional. La familia constituye un factor significativo, dado que es considerado como un grupo social y natural con pautas de interacción particulares.

Estas pautas distinguen su estructura familiar y rigen el funcionamiento y organización de sus miembros en un proceso de interacción recíproca. Aunado a esto, enfrenta un proceso evolutivo natural que le demanda cambios y adaptación a nuevas circunstancias dependiendo del momento por el que atraviesa en el ciclo vital de desarrollo familiar: formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos en edad escolar o adolescente y familias con hijos adultos. El síntoma es la expresión de la disfuncionalidad familiar, de las dificultades para adaptarse a condiciones que le demandan cambios en su estructura.

Por tanto, la terapia basada en el modelo estructural tiene como objetivo, transformar la estructura de la familia teniendo en cuenta que es una terapia de acción y que su principal herramienta se centra en modificar el presente. El terapeuta no debe perderse en el contenido del pasado ni en su interpretación, el pasado influyó en la creación de la organización y el funcionamiento actual, se manifiesta en el presente y es susceptible de transformarse por medio de las intervenciones.

La primera parte del manual explica los sustentos epistemológicos que guiarían a la terapia familiar a partir de la década de los años 50's, posteriormente los principios teóricos del Modelo de Terapia Estructural. La segunda parte describe y ejemplifica con casos hipotéticos, las técnicas y estrategias de intervención del Modelo de Terapia Estructural (Minuchin y Fishman, 1999):

- **Cuestionamiento del Síntoma** (Reencuadre).- Escenificación, focalización e intensidad).
- **Cuestionamiento de la estructura** (Reestructuración).- Fronteras, desequilibramiento y complementariedad.
- **Cuestionamiento de la Realidad** (Redefinición).- Construcciones de la realidad y lados fuertes.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

*MANUAL DE TÉCNICAS
DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS*



Manual de Técnicas de Terapia Breve Centrado en Problemas

Objetivo

Presentar los elementos teóricos básicos, principios y estrategias que sustentan el Modelo de Terapia Breve centrada en Problemas

Desarrollar un material didáctico escrito, que contribuya a la formación profesional como terapeutas especializados, al identificar en casos clínicos, la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Breve centrada en Problemas, que se desarrolló en el Mental Research Institute (MRI).

Población a la que va dirigido

Estudiantes y profesionales del área de la Psicología, interesados en conocer los principios básicos y las técnicas relativas a la Terapia Familiar del Modelo de Terapia Breve centrada en Problemas.

El Centro de Terapia Breve del MRI basa su enfoque en el hecho de que todas las familias tienen problemas en su existencia, derivados muchos de ellos de las transiciones propias del ciclo vital, pero éstas podrían considerarse dificultades cotidianas.

Los problemas se constituyen como tales cuando las personas tratan una dificultad propia de su etapa como si fuera un problema, o una dificultad común o peor como si no fuera un problema.

El grupo del MRI no se preocupa por comprender el origen de los problemas familiares, sino por entender el modo cómo son mantenidos por las familias a través de sus intentos de solución, ya que en ocasiones se pone demasiado énfasis en solucionarlo y, en otras, no se hace nada por resolverlo cuando en realidad es necesario. En el libro *La Táctica del Cambio* (1994) se desarrollan de manera sencilla las intervenciones para llevar al cambio en el presente y a un corto tiempo (Fish, Weakland y Segal, 1994).

El Modelo de Terapia Breve Sistémica se encuentra inmerso en el Modelo Estratégico de terapia familiar, lo que implica que la dirección del tratamiento es responsabilidad del terapeuta; él marcará el rumbo y la dirección para solucionar el problema, determinará quién es el cliente (la persona más interesada en solucionar el problema) y quién el paciente (la persona que presenta el problema), la postura de estos ante la situación problemática para así definir las estrategias de intervención a seguir (Fish, Weakland y Segal, 1994):

Generales

- No apresurarse
- Los peligros de una mejora
- Un cambio de dirección
- Como empeorar el problema

Específicas

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

La primera parte del manual aborda los antecedentes y desarrollo del modelo así como las bases teóricas que lo sustentan. La segunda incluye la aplicación a familias hipotéticas de cada una de las técnicas de intervención propuestas por este modelo.

*MANUAL DE TÉCNICAS DEL MODELO DE TERAPIA BREVE
CENTRADO EN*



"El consultante tiene recursos para llegar a la solución"

Manual de Técnicas de Terapia Breve Centrado en Soluciones

Objetivo

Presentar los elementos teóricos básicos, principios y estrategias que sustentan el Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones.

Desarrollar un material didáctico escrito, que contribuya a la formación profesional como terapeutas especializados, al identificar en casos clínicos, la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones.

Población a la que va dirigida

Estudiantes y profesionales del área de la Psicología, interesados en conocer los principios básicos y las técnicas relativas a la Terapia Familiar del Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones.

El Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones tuvo como principales influencias las ideas de: a) Milton Erickson como principal precursor; no le interesaba entender el porqué o cómo se mantenían los problemas sino ayudar a las personas a cambiar. b) El proyecto de Terapia Breve centrada en Problemas en el Instituto de Investigación Mental (MRI); su objetivo era intentar resolver el problema en lugar de reorganizar a la familia en un límite de 10 sesiones. c) La Terapia Estratégica del (MRI), retoma la línea de desarrollar intervenciones a la medida diseñadas para situaciones particulares y posteriormente el desarrollo de las "tareas de fórmula", las que eran estandarizadas y sugerían que las intervenciones podían iniciar el cambio sin que el terapeuta tuviera una comprensión detallada de lo que estaba ocurriendo (De Shazer, 1986). d) El Centro de Terapia Breve de Milwaukee fundado en 1978 por Steve de Shazer, Insoo Berg y Weiner-Davis; se centraron en la búsqueda de los recursos y su ampliación a nuevas situaciones, lo importante es la naturaleza de las soluciones, e) las ideas de William Hudson O'Hanlon que fue instruido directamente por Milton Erickson y f) del Constructivismo, la idea de que no existe una realidad única.

Este modelo de terapia plantea dos postulados: Cada familia vive una realidad propia y única de la situación planteada, por lo tanto el terapeuta no deberá imponer su ideas y, sólo se necesita un pequeño cambio, éste será el detonador de cambios mayores (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

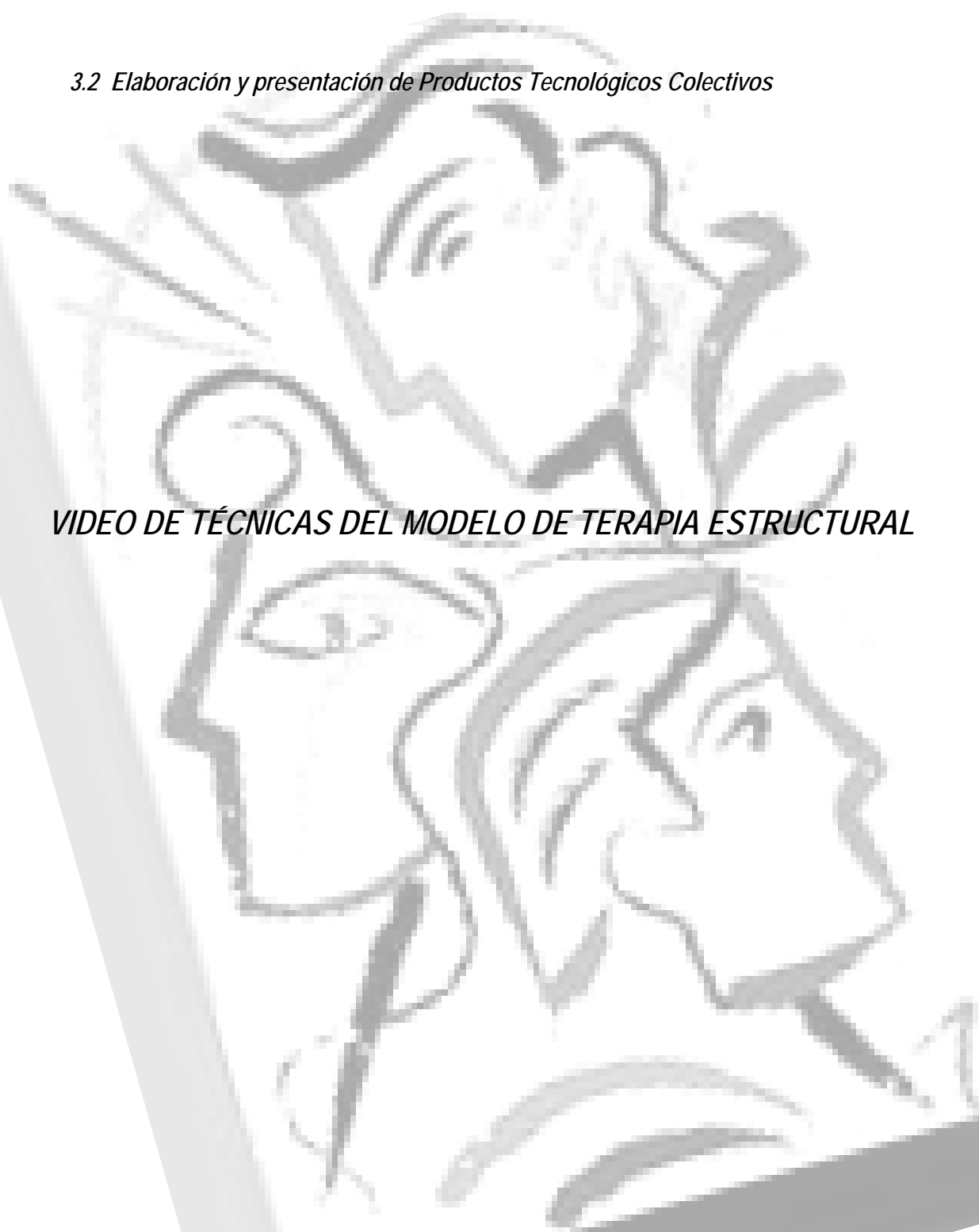
Asimismo, el proceso terapéutico es un proceso de colaboración recíproca entre consultante y terapeuta; los consultantes son los expertos en sus problemas y cuentan con los recursos para salir de ellos. El terapeuta sólo tiene que ayudarlos a traer sus recursos al presente y futuro; su estrategia principal son las preguntas: preguntas presuposicionales, sobre las excepciones, orientadas al futuro con el objetivo de

modificar la "forma de actuar" y la "forma de ver" la situación planteada como problemática (O'Hanlon y Weiner-Davis 1989).

La primera parte del manual aborda las principales influencias y desarrollo del modelo así como las bases teóricas que lo sustentan. La segunda, la aplicación de las estrategias de intervención desde la primera entrevista y las subsiguientes así como el uso de las tareas de fórmula, con familias hipotéticas.

3.2 Elaboración y presentación de Productos Tecnológicos Colectivos

VIDEO DE TÉCNICAS DEL MODELO DE TERAPIA ESTRUCTURAL



Video de Técnicas del Modelo de Terapia Estructural

Objetivo

Presentar los elementos teóricos básicos, técnicas y estrategias que sustentan el Modelo de Terapia Estructural Sistémica.

Desarrollar un material didáctico audiovisual que contribuya a la formación profesional como terapeutas especializados, al identificar en casos clínicos hipotéticos, la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Estructural Sistémica.

Población a quien va dirigido

Estudiantes y profesionales del área de la Psicología interesados en conocer los principios básicos y las técnicas relativas a la Terapia Familiar Sistémica Estructural.

Duración: 45 minutos.

A lo largo del video se puede observar el desarrollo de la terapia familiar a través del Modelo Estructural identificando los elementos principales que lo caracterizan: límites, coaliciones, jerarquías, geografía, territorio, así como la aplicación de las diferentes técnicas terapéuticas para promover el cambio. Cuestionamiento del síntoma a través de la escenificación, enfoque e intensidad. Cuestionamiento de la estructura por medio de la fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad. Y cuestionamiento de la realidad familiar a partir de los constructos cognitivos, las paradojas y los lados fuertes de la familia.

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA*

VIDEO DE TÉCNICAS DEL MODELO DE TERAPIA ESTRATEGICA

Video de Técnicas del Modelo de Terapia Estratégica

Objetivo

Mostrar de manea audiovisual la aplicación de las técnicas del Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley.

Desarrollar un material didáctico audiovisual, que contribuya a la formación profesional como terapeutas especializados, al identificar en casos clínicos, la aplicación de las técnicas terapéuticas del Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley.

Población a la que va dirigida

Estudiantes y profesionales del área de la Psicología, interesados en conocer las técnicas relativas a la Terapia Familiar basada en el Modelo Estratégico de Jay Haley.

Duración: 40m minutos.

Nardone y Watzlawick (2001) refieren que el Modelo Estratégico en la Terapia Familiar deriva de las estrategias de cambio y sugestión de Milton Erickson y de las formulaciones teórico-prácticas del grupo de Palo Alto. Su principal representante es Jay Haley. Desde esta postura el problema está determinado por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las consecuencias disfuncionales de actos que llevan el establecimiento de alianzas y juegos de poder.

El síntoma es la metáfora del problema, a la vez que la solución insatisfactoria dada por el consultante. El terapeuta se encuentra inmerso en el juego de poder de la familia tratando de reorganizarlo de un modo más funcional, por lo que su estilo terapéutico es considerado directivo.

El primer objetivo es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que plantea la familia partiendo de objetivos claros y específicos. El terapeuta diseñará intervenciones de acuerdo a la condición social del cliente tomando en cuenta la idiosincrasia de la familia sin etiquetar las conductas como patológicas.

El video muestra, a partir de la presentación de casos clínicos ficticios, las etapas que se siguen en la primera entrevista basada en este modelo: la escena social, la escena del problema, la escena de la interacción y la escena de lo objetivos; así como las principales técnicas de intervención: reestructuración y directivas (prescripciones directas, indirectas y paradójicas).



LINEA DEL TIEMPO HISTORIA DE LA TERAPIA

FAMILIAR SISTÉMICA:

EN EL MUNDO

Y EN MÉXICO

Línea del Tiempo de la Historia de la Terapia Familiar Sistémica

Objetivo

Identificar y conocer los precursores de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, sus representantes, principales obras así como los acontecimientos científicos y sociales asociados a su desarrollo.



Población

Estudiantes y profesionales del área de la Psicología.

Este material didáctico nos permite ubicar el desarrollo de la Terapia Familiar considerando las principales influencias, sociales, científicas así como el desarrollo de las diferentes aproximaciones de la Terapia Familiar en el mundo. De centrarse en el individuo con una base psicodinámica, hasta el proceso de considerar a la familia como la principal unidad de intervención, pasando por diversas aproximaciones teórico-prácticas de la Terapia Familiar Sistémica y en la actualidad, Posmoderna.

De igual manera, se hace una revisión histórica del desarrollo de la Terapia Familiar en México y las instituciones que han apuntalado su desarrollo, siendo una de las más importantes la Universidad Nacional Autónoma de México y su cuadro docente.

Historia de la Terapia Familiar Sistémica

Biografías y otros Sucesos.	Año	Publicaciones y encuentros	Año	Hechos científicos y sociales
☞ Nacimiento de Ralph Gerard. Profesor de Fisiología.	1900			
☞ Nacimiento de Von Bertalanffy. Biólogo de profesión. ☞ Nacimiento de Milton Erickson ☞ Nacimiento de Margaret Mead. Antropóloga de profesión.	1901	 ψ E. Titchner publica el primer volumen del Manual de Psicología Experimental	1901	
☞ Nacimiento de Bateson. Realizó estudios de Biología y posteriormente de Antropología.	1904	ψ Ezequiel A. Chávez traduce al español el libro de Elementos de Psicología de Titchner	1904	
	1906		1906	👁️ Golgi, Ramón y Cajal ganan el premio nobel por el descubrimiento de las sinapsis
	1907	ψ Bechterev publica Psicología Objetiva	1907	
☞ Nacimiento de Kenneth Boulding. Estudió Economía y fue profesor en la Universidad de Colorado.	1910	ψ S. Freud publica el Origen y desarrollo del Psicoanálisis ⇒ <i>Principia Mathematica, vol.1</i> (Russell y Whitehead)	1910	👁️ Thomas Morgan descubre los cromosomas

Biografías y otros Sucesos.	Año	Publicaciones y encuentros	Año	Hechos científicos y sociales
<p>☞ Nacimiento de Heinz Von Foerster. Estudió Física en la Universidad de Viena.</p> <p>☞ Nacimiento de Anatol Rapoport. Estudió Biología y Matemáticas; reconocido por sus investigaciones en psicología, matemáticas, teorías matemáticas de la interacción social y teoría geeral de los sistemas.</p>	1911		1911	☞ A. Adler forma su propia sociedad
	1912	<p>ψ Thorndike: publica su libro Inteligencia Animal</p> <p>ψ McDougall: publica el Libro El estudio de la Conducta</p> <p>⇒ Wertheimer publica un artículos sobre La percepción del Movimiento</p> <p>⇒ <i>Principia Mathematica</i>, vol. 2 (Russell y Whitehead).</p>	1912	

Ciclo Vital de la Familia

FAMILIA CON HIJOS ADULTOS O NIDO VACIO

Psic. Lilia Bueno Nieves



Objetivo

Elaborar un producto tecnológico surgido del proceso de investigación de cada una de las diferentes etapas del desarrollo familiar conocido como "Ciclo vital de la familia", por los alumnos de la Maestría en Psicología.

De manera específica participe en la investigación correspondiente a la etapa de "Familia con hijos adultos o nido vacío".

Población

Dos parejas contactadas en el Instituto Nacional para la Atención del Adulto Mayor (INAPAM).

Este producto tecnológico permitió conocer en dos parejas de adultos mayores la influencia de las creencias de la familia de origen a lo largo de la vida familiar y su relación con, las expectativas relativas a los hijos, jubilación, sexualidad, economía, relaciones padres hijos adultos, rol de abuelos y dinámica familiar en la etapa de nido vacío, así como su capacidad de transformación ante las demandas de cambio.

Trabajo de Red

Objetivo

Proporcionar apoyo terapéutico a los alumnos del CCH Atzacapotzalco acompañados por mínimo una persona significativa de la generación que les antecede (padres) y así generar el conocimiento recíproco y un vínculo afectivo emocional.

Población a la que va dirigido

Alumnos y familiares de estudiantes del CCH Azcapotzalco.

Duración

5 Sesiones de aproximadamente dos horas cada una. En algunas ocasiones cabe la posibilidad de extenderse una o dos sesiones más dependiendo del caso.

3.3 Programas de Intervención Comunitaria

TALLER DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA



Dr. Marshall

Taller: *Comunicación No Violenta.*

Dr. Marshall B. Rosenberg (2000)

Institución: Escuela Primaria "Vidal Rivera", ubicada en calle Ciprés No. 601, Col. Del Gas, Delegación Azcapotzalco.

Fecha: 3, 4 y 5 de diciembre del 2003.

Duración: 5 horas en total.

Población: 9 niñ@s de 1er a 3er grado de primaria los cuales fueron previamente seleccionados por la directora y los profesores de grupo en función del criterio de alto porcentaje de comunicación no violenta detectado en el ambiente escolar.

Objetivo General:

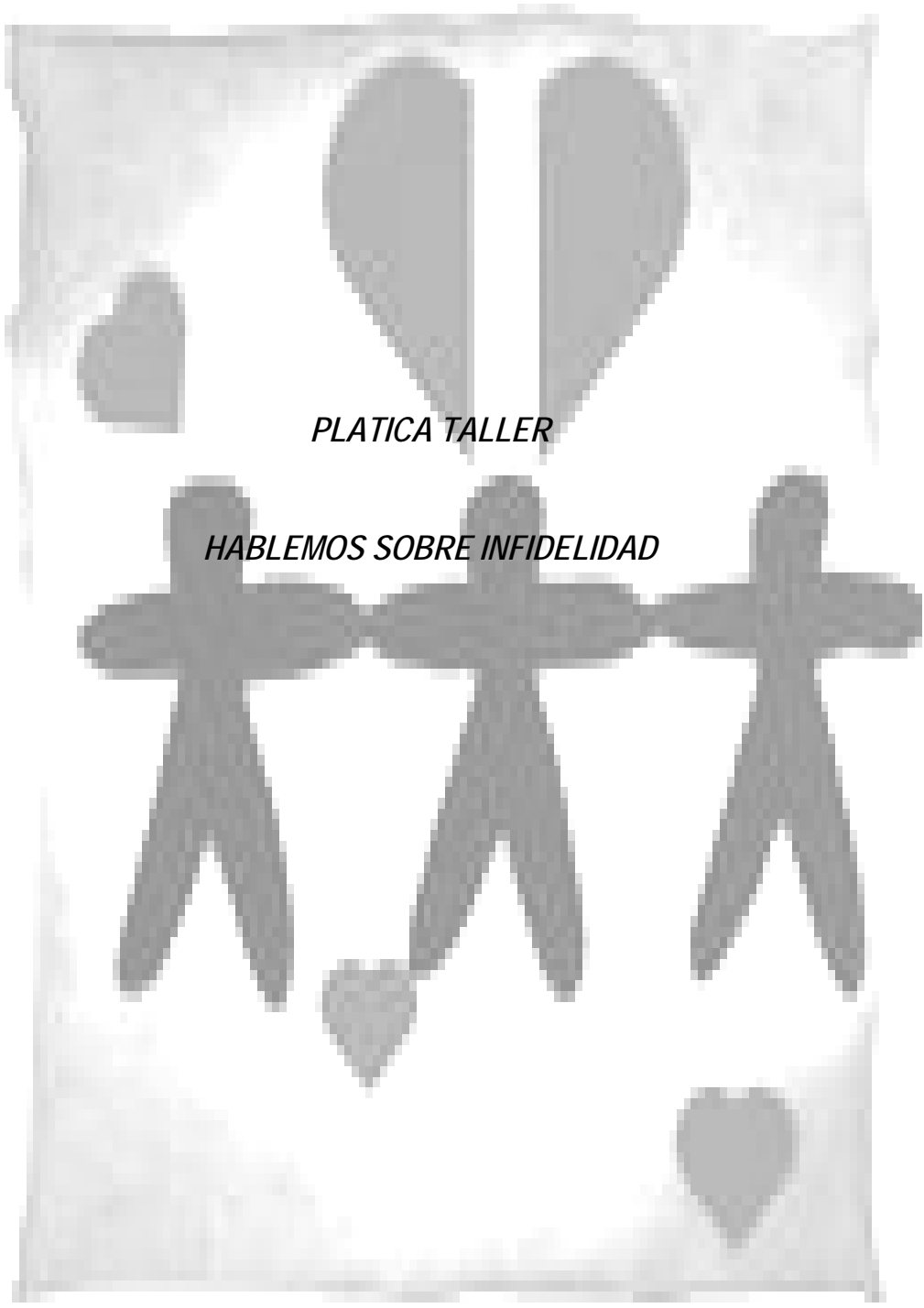
- Que los niñ@s desarrollen habilidades de comunicación no violenta que les sean una herramienta a utilizar en el ámbito familiar, escolar y social.

Objetivos específicos:

- Que los niñ@s identifiquen sus sentimientos y necesidades para poder expresarlos así como conocer las expresiones de la comunicación violenta así como la No Violenta.
- Que los niñ@s desarrollen habilidades de comunicación para expresar sus sentimientos y necesidades de manera No Violenta.
- Que los niñ@s conozcan un método para solucionar los conflictos de manera no violenta y reconozca los beneficios que le puede traer en los diferentes espacios en los que participa.

PLATICA TALLER

HABLEMOS SOBRE INFIDELIDAD



Platica-Taller: Hablemos sobre Infidelidad

Institución: Centro de Atención Múltiple No. 13, Av. Temascaltepec s/n, Col. Cumbria, Cuautitlán Izcalli, Estado de México

Fecha: 26 de noviembre y 1 y 8 de diciembre del 2004.

Duración: 6 horas en total.

Población: 18 padres de familia de la institución de diferentes grupos (se realizó invitación abierta), 16 madres y dos padres.

Objetivo General:

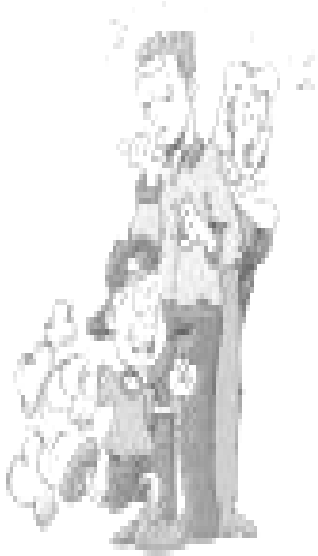
- Que los participantes escuchen diferentes voces acerca del tema de infidelidad y reflexionen teniendo en cuenta los determinantes de género y los factores socioculturales implicados.

Objetivo específico:

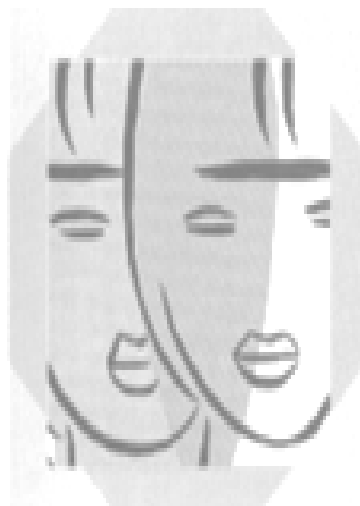
- Que los participantes se reconozcan como personas e identifiquen los recursos con los que han contado para salir adelante ante situaciones difíciles en su vida.

PLÁTICAS COMUNITARIAS

*TRASTORNOS POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN*



CICLO VITAL DE LA FAMILIA



*TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA*

Plática comunitaria: Trastornos por Déficit de Atención

Institución: Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla.

Fecha: 25 de marzo del 2004.

Duración: 30 minutos.

Población: Usuarios del servicio de salud de la Institución.

Objetivo General:

- Que los participantes conozcan cuáles con las características del trastorno de Déficit de Atención.

Objetivos específicos:

- Conocer las características comportamentales y emocionales que se asocian con el trastorno de déficit de atención.
- Conocer las implicaciones individuales, escolares y familiares de presentar el trastorno de déficit de atención.
- Reconocer la importancia del trabajo multidisciplinario en la atención a las personas que presentan trastorno de déficit de atención.

Plática comunitaria: Ciclo Vital de la Familia

Institución: Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla.

Fecha: 13 de mayo del 2004.

Duración: 30 minutos.

Población: Usuarios del servicio de salud de la Institución.

Objetivo General:

- Que los participantes conozcan cuál es el proceso natural de desarrollo y evolución de la familia.

Objetivos específicos:

- Que los participantes conozcan e identifiquen las etapas del ciclo del desarrollo de la familia: Formación de la pareja, matrimonio sin hijos, nacimiento del primer hijo, familia con hijos en edad preescolar, familia con hijos en edad escolar, familia con hijos adolescentes, partida de los hijos o nido vacío y retiro, vejez y muerte.
- Que los participantes conozcan las crisis más comunes a cada etapa de desarrollo familiar y reconozcan en ellas, una oportunidad para alcanzar un proceso maduro de la vida familiar.

Plática comunitaria: Trastornos de alimentación: Anorexia y Bulimia.

Institución: Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

Fecha: 6 de mayo del 2005.

Duración: 30 minutos.

Población: Usuarios del servicio de salud de la Institución.

Objetivo General:

- Que los participantes conozcan e identifiquen las principales características que definen a dos de los principales trastornos de alimentación: Anorexia y Bulimia Nervosa.

Objetivos específicos:

- Que los participantes conozcan e identifiquen los componentes físicos, conductuales y psicológicos que definen un trastorno de anorexia nervosa.
- Que los participantes conozcan e identifiquen los componentes físicos, conductuales y psicológicos que definen un trastorno de bulimia nervosa.
- Que se conozcan los determinantes socio-culturales que influyen la presencia de los trastornos de alimentación.
- Que reconozcan la necesidad de atención a los trastornos de alimentación de manera inter y multidisciplinaria.

3.4 Presentación de trabajos en foros académicos

Participación como autores del cartel: *Estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja: Un estudio descriptivo.*

Foro académico: XXIII Coloquio de Investigación. Área de Investigación y Posgrado de la FES Iztacala.

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, 25, 26 y 27 de agosto del 2004.



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

Lilia Bueno Nieves, Arturo Amaro Sáenz, María Olga Mejía Anzures, Susana Caballero Pérez

INTRODUCCION

El género es un constructo social que responde a las características culturales, sociopolíticas, familiares e históricas de un momento determinado y es asumido psicológicamente por el individuo, por esta razón es susceptible de modificarse y cambiar. Para Lamas (1986), la perspectiva psicológica del género comprende: a) la asignación de género, que se refiere a las características físicas que definen el sexo b) la identidad de género, que se establece a partir de la experiencia del niño con los adultos que lo rodean, y c) el papel de género, que se estructura a partir de las normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino; así tenemos que los estereotipos de género, son un conjunto de creencias en torno a lo que significa ser mujer u hombre.

Investigaciones realizadas sobre los papeles de género, revela que variables como el sexo, la edad, escolaridad, ocupación y nivel de ingresos influyen significativamente para adoptar papeles de género tradicionales (Lara, 1989 y Powlishta, 2000).

Objetivo:

Conocer la autopercepción de los estereotipos del papel de género que tienen hombres y mujeres, en relación a los años que tienen de convivencia en pareja: de 1 a 5 años y de 15 a 19 años.

Materiales:

Inventario de Masculinidad-Femineidad de Lara Cantú
Paquete Estadístico SPSS V10

Método:

Sujetos.- 45 sujetos de escolaridad de nivel licenciatura y posgrado, divididos en 2 grupos en relación al tiempo de convivencia en pareja: 1 a 5 y de 15 a 19 años.

Procedimiento.- Se aplicó a los participantes el Inventario de Masculinidad y Femineidad de Lara Cantú (1993), que tiene como objetivo evaluar estereotipos de género y consta de 4 subescalas: masculinidad y femineidad (roles no tradicionales); machismo y sumisión (roles tradicionales).

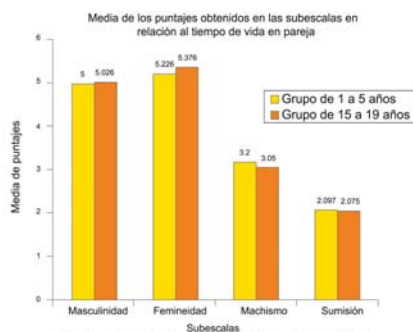


Figura 1. Muestra la media de los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas del inventario MMFI en relación al tiempo de vida en pareja.

Resultados:

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo acerca de la percepción de los estereotipos de género en términos de las siguientes variables: 1.- el tiempo de vivir en pareja; 2.- el sexo: hombre o mujer; 3.- las diferencias en las percepciones entre ambos grupos, en relación a las subescalas del inventario.

Los resultados muestran que independientemente de los años de convivencia en pareja (figura 1) y del sexo de los participantes (figura 2) no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su percepción del rol o papel de género.

Conclusiones:

Aunque no se presentaron diferencias estadísticamente significativas, en general hubo una mayor tendencia en la muestra a asumir roles no tradicionales (femineidad, masculinidad), que papeles de género tradicionales (machismo, sumisión).

No obstante de que se siguen conservando los roles tradicionales en la percepción de los estereotipos para ambos sexos, pareciera ser que éstos van perdiendo fuerza para dar paso al establecimiento de relaciones más igualitarias, lo cual pudiera deberse a las diferentes demandas de tipo cultural, social, económico y familiar a las que se enfrentan hombres y mujeres; lo que implica que han tenido que asumir papeles más activos en cuanto a la dinámica de las relaciones dentro y fuera de la familia.

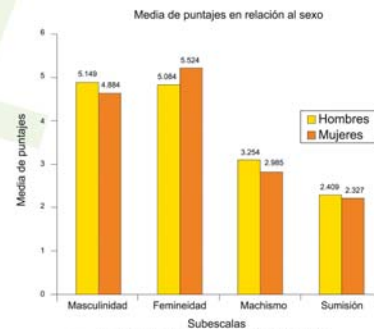


Figura 2. La figura muestra la media de los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas del MMFI de acuerdo al sexo de los participantes.



Participación como ponente en las investigaciones:

- *Estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja: Un estudio descriptivo*
- *La construcción de la Masculinidad: Un estudio de caso*

Foro académico: IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (APICSA).

Lugar y fecha: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, del 30 de noviembre al 3 de diciembre del 2004.

“La Educación Especial desde el Enfoque Sistémico”

Foro académico: Primer Congreso “Horizontes de Pedagogía”.

Lugar y fecha: Universidad del Tepeyac, Cuautitlán Izcalli, 23 de mayo del 2005.

Resumen

A lo largo de la historia, la sociedad ha desarrollado distintas formas de ver la discapacidad, visiones las que han determinado los paradigmas de conceptualización, el tipo de atención y las implicaciones sociales en relación a dichas personas. El desarrollo histórico de la atención a la discapacidad nos permite analizar cómo en México la educación especial ha evolucionado a partir de tres modelos de atención: asistencial, médico-terapéutico y educativo.

Modelo asistencial

En la Edad Media, la influencia de la Iglesia cristiana en relación a la manera de percibir y actuar ante la discapacidad, conducen a actitudes de compasión y caridad hacia los discapacitados, así como la condena del infanticidio. Los religiosos crean hospitales y casas para alojarlos y protegerlos.

Modelo médico terapéutico

Desde principios del siglo XX hasta la década de los setentas dominó una concepción organicista y psicométrica de las discapacidades sustentada en el modelo médico-terapéutico. Considera la discapacidad como una disfunción orgánica difícilmente modificable

El desarrollo de pruebas psicométricas permitieron la clasificación de la inteligencia y la posibilidad de ofrecer una respuesta educativa diferenciada de acuerdo al grado de deficiencia, pero segregados de los considerados normales, por lo que la creación de dichas escuelas fue cuestionada.

Modelo educativo

La década de los setentas enfrenta la política segregacionista de las escuelas especiales, lo que impulsa desde la política internacional, una manera diferente de concebir la discapacidad, al individuo y la forma cómo tratarlo y brindarle educación, la corriente normalizadora. Este nuevo enfoque o paradigma aboga por el derecho de las personas con discapacidad a llevar una vida tan común como el resto de la población en los ámbitos familiar, escolar y social. La estrategia para el desarrollo de esta filosofía se denominó integración.

A partir de esta transformación conceptual referida a la Educación Especial, pero con significación y trascendencia para el sistema educativo, se reconoce el concepto de alumnos con Necesidades Educativas Especiales (NEE) en el marco de acción de la Declaración de Salamanca, 1994 (Antología de Educación Especial, 2000).

“Presenta n.e.e. el alumno que, con o sin discapacidad, se le dificulta el acceso a los contenidos curriculares en la interacción con su contexto escolar y que, para satisfacerlas, requiere de apoyos de carácter adicional o diferente” (Guajardo R. en: SEIEM. DEE, 1998; p.17). Son relativas porque surgen de la dinámica que se establece entre las características personales del alumno y las respuestas que recibe de su entorno educativo, por lo que cualquier niño puede tener necesidades educativas especiales y no sólo aquél que presente una discapacidad, por lo que las n.e.e. pueden estar asociadas o no a discapacidad.

Desde este marco, García, Escalante, Escandón, Mustri y Puga (2000) plantea que las n.e.e. pueden estar asociadas con tres factores: a) ambiente social y familiar en que se desenvuelve el niño, b) ambiente escolar en que se educa el niño y, c) condiciones individuales que pueden influir en sus aprendizajes, como pueden ser: discapacidad, problemas emocionales, problemas de comunicación y condiciones de tipo médico (epilepsia, artritis, problemas del corazón, etc).

Este mismo contexto normalizador gestó un cambio educativo, que modificó el trabajo que el personal de educación especial realizaba; fue menos dirigido al diagnóstico y a la categorización de los alumnos y más orientado hacia el diseño y estrategias de atención en la escuela (García et. al. 2000).

En México en 1980, se inició en educación especial el modelo educativo con proyectos basados en los principios de normalización e integración como fueron: los Grupos Integrados y los Centros psicopedagógicos.

ACTUALMENTE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EDUCACIÓN ESPECIAL

SERVICIOS ESCOLARIZADOS	SERVICIOS DE APOYO	SERVICIOS DE ORIENTACIÓN
Centros de Atención Múltiple CAM	Unidades de Servicios de Apoyo a la Escuela Regular USAER	Centro de Recursos, Información e Innovación para la Integración Educativa CRIIE
Niveles que atiende: educación inicial, preescolar, primaria y secundaria y capacitación laboral.	Niveles que apoya: educación inicial, preescolar, primaria y secundaria.	Orienta, informa y asesora a la comunidad educativa sobre la integración educativa.

Pero para dar una respuesta educativa acorde a las necesidades del alumno es necesario un cambio en la forma en que se detectan por lo que actualmente se realiza a través del diagnóstico psicopedagógico, considerado como un proceso que analiza la situación del alumno con dificultades en el marco de la escuela y la aula, su finalidad es ofrecer elementos suficientes y oportunos relacionados con las capacidades, habilidades, dificultades, gustos e intereses del niño para determinar las adecuaciones curriculares pertinentes.

Esta concepción parte de la visión de un alumno activo, reflexivo, que elabora su conocimiento que evoluciona a partir de las situaciones que vive y en donde la interacción con los otros tiene un papel relevante, por lo que es importante la detección de necesidades no sólo educativas, sino también las familiares y sociales, el proceso de interrelación entre éstas, así como su influencia en las n.e.e. del alumno.

Esto implica un cambio epistemológico basado en la Teoría General de los Sistemas, la que plantea al sistema como un conjunto de unidades que se influyen de manera recíproca, que son más que la suma de las mismas y el cambio en un elemento afecta la totalidad. Por lo que desde la perspectiva del diagnóstico psicopedagógico debe analizarse al menos tres sistemas que interactúan y se influyen, al analizar las n.e.e. de los alumnos con o sin discapacidad, que enfrentan dificultades. Estos sistemas son: el social, el escolar y el familiar.

A continuación se mencionan algunos postulados teóricos de la TGS que son importantes para el presente trabajo: 1) que los sistemas vivos entendiendo por esto a todos aquéllos que no están compuestos de materia inerte, como lo son el social, escolar y familiar incluido en este último el alumno con n.e.e., son sistemas abiertos, es decir, que se encuentran en constante transformación y cambio, 2) que existen dos formas de autorregulación de los sistemas que inducen al cambio: a) la homeostasis que

es una forma de retroalimentación negativa e induce a cambios de tipo 1 caracterizados por no hacer transformaciones significativas, sólo busca la adaptación y continuar con el mismo orden pre-existente y b) la morfogénesis que es una forma de retroalimentación positiva e induce a cambios de tipo 2 caracterizados por la transformación real que se pueden reflejar en la adopción de un currículo abierto y flexible, el trabajo real con y para la diversidad, entre otros, 3) que los subsistemas están contenidos en sistemas y éstos en suprasistemas (cada vez son más abarcativos) y determinan el contexto del análisis de la totalidad: el alumno, grupo clase, escuela, municipio, estado y así sucesivamente, 4) que los sistemas y suprasistemas se encuentran vinculados por un sistema relacional, ya sea entre maestro-alumno, alumno-alumno, entre otros, 5) el tipo de relación entre los diferentes subsistemas es recursiva y circular, es decir, se influyen mutuamente y un cambio en un sistema (educativo: política normalizadora) tiene repercusión en un subsistema (escuela: proyecto escolar abierto que responda a la diversidad) y a su vez en (aula: metodología de la enseñanza que respete los ritmos y estilos de los alumnos y a un profesor que considera el aprendizaje como un proceso de construcción continua y que favorece la aceptación de las diferencias en su grupo) y a su vez (grupo clase: respeto y aceptación de las diferencias y el apoyo mutuo). (Eguiluz, 2001).

En el sistema social es importante considerar que las demandas van dirigidas a que los alumnos adquieran madurez personal y capacidad de integración social por lo que los objetivos planteados siguen tendiendo hacia la homogeneización sustentada en la formación básica impartida a los educadores más centrada en lo genérico que en las necesidades individuales.

El sistema escolar enfrenta las demandas sociales y en sí mismo vive conflictos que tienden hacia potenciar u obstaculizar el proceso educativo partiendo de las dificultades de relación entre los diferentes niveles jerárquicos: directivos, planta docente, entre otros, no consolidándose un proyecto educativo acorde a las necesidades ni una metodología básica para incidir en el proceso educativo.

Por su parte el sistema familiar tiene la función psicosocial de proteger a sus miembros y la función social de transmitir y favorecer la adaptación a la cultura existente por lo que la familia puede adoptar actitudes diferentes en relación a la escuela influida por sus experiencias y creencias, por el momento evolutivo por el que pasa (ciclo vital) y por su funcionamiento y estructura (las reglas que la regulan los sistemas relacionales en su interior).

4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

El mundo contemporáneo se debate sobre dos de las perspectivas filosóficas que sustentan formas de ver y entender al hombre y la realidad. Una de ellas es la postura moderna, que sustenta que existe una realidad objetiva, preexistente al hombre y sólo se accede a ella a través de la construcción de supuestos universales, los que constituyen cuerpos de conocimiento objetivo. Bajo esta postura, la persona del terapeuta tiene una posición de jerarquía siendo el poseedor del conocimiento y, además, queda claro que existe una relación de poder entre el que sabe y el que no (Anderson, 1999). Al respecto, cabe cuestionarse ¿si no nos estamos convirtiendo en reproductores de las relaciones de poder y por ende del uso de la violencia en las relaciones en donde “justificadamente” hacemos uso del sometimiento por ser los “supuestos” poseedores de la verdad?

La posición posmoderna plantea que no hay verdades universales, ni realidades objetivas y únicas; el conocimiento se produce en la práctica discursiva considerando la interrelación con los otros y el contexto histórico cultural, por lo que hay una multiplicidad de enfoques y verdades basadas en la naturaleza relacional que producen el conocimiento (Anderson, 1999).

Bateson (1979) señala que el terapeuta como cualquier otro profesional ya sea del área de la salud, educación, industria, entre otros, no puede dejar de lado que tiene una manera personal de ver, de entender y de intervenir en las situaciones planteadas por los consultantes, es decir, contamos con premisas o presupuestos epistemológicos. En: (Eguiluz, 2001).

Por esto, refieren Cecchin, Lane y Ray (2002) “es conveniente que los terapeutas sean conscientes de que abrigan prejuicios generales aún antes de dejarse llevar por los prejuicios propios de una teoría. Nuestra hipótesis es que las premisas personales influyen la elección del modelo terapéutico. Los prejuicios son como misiles detectores que se orientan a los modelos que confirman nuestra visión del mundo” (p. 74).

Lo anterior, nos permite reflexionar como todo ser humano, la experiencia de vida, la forma cómo hemos enfrentado situaciones consideradas como problemas, las emociones que nos generaron, el momento en que nos encontramos en el ciclo de desarrollo de nuestra familia, nuestras creencias (juicios y prejuicios) y otros más, han delineado una forma de comportamiento personal y expectativas en cuanto al comportamiento de los demás, el que calificamos, criticamos, explicamos o justificamos.

Foucault al retomar el trabajo sobre el mundo griego, plantea que el empleo de los conceptos de ética y moral designa cuestiones diferentes pero no desvinculadas. En relación a la moral, establece dos acepciones; la primera: como el conjunto de valores y reglas -código moral- que se proponen a los individuos a través de instituciones como la familia, la educación, las iglesias, entre otras; la segunda: el comportamiento de los individuos respecto a las reglas y valores que se les proponen, está determinado a partir del “modo de sujeción. La ética es una determinada relación consigo mismo que establece el sujeto, no hay moral que carezca de esto, ni constitución del sujeto moral sin “modos de subjetivación” o

"prácticas de sí". El "gobierno de sí" (ámbito ético) y el "poder de los otros" (ámbito moral). (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\Revista No_25 - Ciencias Humanas.htm).

No debemos perder de vista que, en este proceso de acercamiento a los hechos y por ende, de la práctica terapéutica, se están jugando aspectos éticos y morales de nuestra persona, situación de la cual debemos estar concientes y muy atentos, para tomarlos en consideración cuando trabajamos con las familias consultantes y, evitar en lo posible, los sesgos por influencia de la visión del terapeuta, lo cual puede estar alentado por la adopción de una teoría, postura filosófica y por consiguiente, determinar una intervención específica y relativa a tales constructos de pensamiento.

La postura posmoderna nos invita a renunciar a la existencia de un solo universo de referencia y, ser sensibles y curiosos ante las historias de las familias consultantes, la relación con sus contextos y la construcción de los significados.

Al respecto Mony Elkaim (1998) señala que, el abandono de un solo universo de referencia implica la entrada a nuevos paradigmas de orden ético tratando de construirlos en consistencia con un autoreferente. "El objeto familiar no se da nunca como preexistente sino como objeto que debe ser siempre recreado, en el sentido de la recreación estética, a través de las modelizaciones idiosincrásicas" (p. 169).

Cada familia tiene sus costumbres, sus valores, sus creencias, entre otras, y todas tienen una justificación vistas desde y en relación con el contexto en donde se insertan y se relacionan los miembros de la familia; por tanto, el terapeuta debe ser flexible a entrar y entender un cuerpo de conocimiento "el de la familia" aunque no lo comparta, pero que a la familia le resulta significativo.

De igual manera, White y Epston (2002) argumenta que el terapeuta debe desafiar las certezas establecidas en el proceso terapéutico, abandonando la noción de saber qué es lo "conveniente" para la familia; lo alienta a adoptar una posición más reflexiva en relación con la constitución de las realidades terapéuticas atendiendo a la metáfora narrativa.

Al respecto, se debe considerar que la actitud respetuosa del terapeuta implica ser acompañante en el proceso de la terapia, la familia consultante, decide hacia dónde quiere dirigirse, el terapeuta sólo es el medio para poner ante sus ojos diversas posibilidades e ir encontrando de manera colaborativa la o las que la familia considera idóneas para ella.

Una situación que implica un dilema ético, sucede cuando se enfrenta un secreto. Imber-Black (1999) señala que hay varios tipos de secretos. Entre otros, los secretos esenciales que son parte de los contratos en las relaciones entre las personas, son duraderos y se crean para beneficiar a otros. También señala los secretos nocivos, que generalmente duran mucho tiempo y generan sentimientos de confusión; considera que cuando se es depositario de un secreto nocivo es necesario preparar la situación para sacarlo a la luz y estar preparado porque generalmente produce un desequilibrio en las relaciones, lo que

lleva su tiempo cicatrizar. En el caso de los secretos peligrosos, se requiere de un cambio inmediato que garantice la seguridad del individuo o salvaguardar la vida.

En relación a lo anterior, se vivió la experiencia de tener que salvaguardar la vida de uno de los consultantes, situación en la que se estableció un compromiso de no atentar contra su vida; en otra situación y específicamente en el caso de violencia, también se estableció un contrato-compromiso de no violencia en la relación. En ambos casos se conjugaron los aspectos éticos (individuales) y morales (lo que dictan las diferentes instancias) para tomar la decisión de que lo primero era preservar el bienestar de los consultantes y sus familias.

En un caso particular, uno de los integrantes de la familia quiso coligarse con el terapeuta para la guarda de un secreto, siendo esto precisamente uno de los motivos de consulta, por lo que fue necesario redefinir el espacio como "terapia familiar" y aclarar, la imposibilidad de guardar secretos individuales cuando acudían como familia.

"La idea no es que mis idas y venidas se conviertan en el centro de la vida de mis pacientes. Soy una invitada a una cena. Estoy allí porque me convidaron. Hay una etiqueta. Quizá les enseñe modales. Quizá comparta alguna receta. Quizá traiga un plato que nunca probaron. Sin embargo, no vivo en el hogar de ellos. Son ellos los que viven allí"

"Lo mismo vale para mis amigos. Debo ser cortés. Cuando me despido, espero mostrar consideración. Espero que sepan que agradezco la invitación y que he disfrutado el tiempo que pasamos juntos. Espero dejar algo de mí. Sé que me llevo algo de ellos". (p.21).

Psiquiatra Sue Chance (1987) En: Anderson, 1999)

IV. Consideraciones finales

Implicaciones en la Persona del Terapeuta, en el Profesionalista y en el Campo de Trabajo

Haciendo recuento de mi historia personal, debo reconocer que desde un inicio, cuando concluí los estudios de la Licenciatura en Psicología en la ahora FES-Iztacala, mi camino señalaba dos direcciones: una, la del trabajo clínico y otra, la del desempeño en el área educativa, específicamente en el área de educación especial. Sin embargo, en el ámbito del trabajo clínico me sentía con un gran hueco tanto en lo teórico como en lo práctico; estaba conciente que el trabajo psicoterapéutico demandaba de mí una formación más específica por el gran compromiso social y ético que como profesional había asumido.

Por otro lado, se me abrió la puerta para desempeñarme en el área de educación especial y gustosa me he abocado a ésta durante los últimos 21 años; esto me ha dado la oportunidad de tener una rica y fructífera experiencia de vida al caminar por muchos y muy diversos senderos cada vez que trabajo con un grupo de chicos con discapacidad, con un grupo de padres, con un grupo de profesionistas del área y de otras áreas. Debo reconocer firmemente la riqueza que he tenido entre mis manos y de la cual he sido partícipe.

Asimismo, esta área de trabajo tan querida, me abrió la puerta para acercarme al trabajo psicoterapéutico. En un principio, mi trabajo como maestra de grupo me brindó la experiencia de vivir más de cerca las dinámicas familiares de mis alumnos y sentirme parte de la misma; no mucho tiempo después empecé a colaborar en el área de Psicología en donde experimenté que dar guías, sugerencias e indicaciones a los padres de familia de un chico con discapacidad, ahora referido como, necesidades educativas especiales, no bastaba para que generara diferencias en lo hecho hasta ese momento para que beneficiara a nuestros alumnos, ya que había situaciones de fondo en las familias.

Tales situaciones estaban estrechamente relacionadas con la elaboración del duelo por el hijo perdido, aquél creado en lo imaginario, pero que en lo real no había llegado; las implicaciones relacionadas con sentimientos de culpa, miedo, entre otras emociones, que se habían desatado en las familias, en su dinámica familiar y en sus estilos relacionales al interior y al exterior con los demás espacios de convivencia social y, finalmente el proceso de aceptación de la realidad como paso previo a un trabajo real de apoyo entre la institución educativa, la familia y el contexto sociocultural.

Fue de esta manera y como un proceso estrechamente relacionado con mi experiencia laboral y la reorientación teórica metodológica y filosófica de la atención a los niños con necesidades educativas especiales desde la mirada de lo sistémico, en donde todos los contextos (familia, escuela, comunidad, individuos), así como todos los eventos vividos por las familias (aceptación o rechazo del niño o joven principalmente entre muchos otros) teníamos un nivel de influencia en el desarrollo de habilidades e integración de nuestra población, por lo que, de manera espontánea y en gran parte tratando de responder a este gran dolor en las familias, me aboqué a trabajar de manera grupal y en algunas

ocasiones de manera individual, el duelo, los problemas de conducta, entre muchos otros eventos vividos por las familias a lo largo de la atención de sus hijos dentro de nuestra institución.

De esta manera viví a través de un proceso de acompañamiento una gran riqueza de vivencias familiares, las cuales eran tan diferentes unas de otras; por lo que el sendero del camino dejado años atrás me decía que era el momento de retomar formalmente la formación psicoterapéutica y, me dediqué de tiempo casi completo, pues opté por dedicar un espacio aunque mínimo a mi familia; así inicié mi formación como terapeuta familiar sistémica y posmoderna.

Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas

He de decir que, haber concluido la maestría, fue tan sólo el primer paso y aún me queda mucho camino por andar. La historia dentro de este proceso de formación puso ante mis ojos, el trabajo terapéutico con los consultantes de manera indirecta y luego directa, lo que fue aclarando las diversas aproximaciones terapéuticas, cada una con su razón de ser, con sus intervenciones, con sus técnicas y, sobre todo, con una visión de lo que significa el contexto familia-individuo, sus relaciones y la construcción de los significados que las mantenían, lo que dio sustento a cada una de las intervenciones realizadas con cada familia consultante que pusieron entre mis manos, mis sentidos y mis sentimientos, sus historias de vida a partir del segundo semestre.

Aprendí que todo acto, pensamiento o sentimiento tiene un sentido por más ilógico que parezca a los ojos de otros y que mi reto profesional era entenderlo, comprender su significado, tanto para el individuo como para la familia, y en otras ocasiones para contextos más amplios como la escuela, la familia extensa, la comunidad; que dependiendo de las características que presentaban las familias había ciertas intervenciones que resultaban más eficaces en un momento determinado resultando estratégicas; lo significativo que resultaba para algunas familias que me asumiera como la líder en el proceso terapéutico y en otras tan sólo como la acompañante que guiaba el acercamiento a un mundo de posibilidades, a reflexionar introduciendo nuevas ideas; a respetar el ritmo de cada una de las familias y de sus integrantes de manera individual, así como sus posibilidades en el momento presente de la terapia; que los alcances del trabajo terapéutico no sólo dependían de la familia sino del proceso de colaboración logrado por el terapeuta con la familia; que no hay un solo camino para llegar a la meta, sino que hay una diversidad de caminos y todos son válidos, dependiendo del camino que desee seguir nuestro consultante. Finalmente, creo que uno de los mayores aprendizajes que obtuve fue la flexibilidad y la apertura ante la existencia de múltiples realidades así como la disposición a andar por caminos nuevos que me dejaron como recompensa el que las familias logaran sentirse mejor que cuando llegaron a solicitar el servicio, tener una percepción diferente de su realidad e incluso en sus manifestaciones de comportamiento se habían dado cambios.

Incidencia en el Campo Psicosocial

Es importante tomar en cuenta que las condiciones sociales, económicas y culturales de nuestro país han influido en el mayor incremento de enfermedades relacionadas con el área de la salud no sólo física sino emocional y por lo tanto de la salud mental, ante una experiencia de vida en constante estrés; por esto las instituciones de educación superior y las especializadas en dicha área se han abocado a la formación de profesionales especializados en diversas áreas de la salud mental.

Sin embargo, cabe hacer la reflexión de que ante la crisis económica que aqueja a la gran mayoría de la población de nuestro país, las familias o consultantes se acercan a instituciones que brindan el servicio como parte de su formación a un costo accesible, como lo son los escenarios clínicos de entrenamiento supervisado que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México entre otras; muchos otros desconocen el servicio que se ofrece e incluso niegan la problemática vivida por falta de información o deformación de la misma, lo que hace necesario replantearse ¿qué tanto se conoce del quehacer del profesional de la salud mental? ¿Qué tanto los profesionales de otras áreas de la salud, conocen y valoran nuestra intervención de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria? ¿Qué tanto las mismas instituciones de salud abren espacios de colaboración e intercambio? ¿Cómo y de qué manera el profesional de la salud mental se inserta en otros contextos como el laboral, el educativo? Sólo por mencionar algunos.

De aquí se deriva la pregunta, ¿qué nos toca hacer ante dicho desconocimiento? Por una parte, me parece importante trabajar fuertemente para la inserción dentro de las diferentes instancias públicas en las áreas de salud, educación, industria, sólo por mencionar algunas. De esta manera, podrá ser más conocida y difundida la función del psicólogo y sus aportaciones para el logro y mantenimiento de la salud emocional y por lo tanto mental; no sólo para las personas que son enviadas al servicio, sino para el funcionamiento armónico tanto físico como emocional de la estructura humana sobre la que se desarrollan dichas instituciones.

Asimismo, a pesar de que estamos en el siglo XXI, es importante continuar el trabajo de desmitificación relativo a la "locura que invade" a las personas que consultan a un psicoterapeuta. No es cuestión de locura o no, sino de sentirse satisfecho y a gusto con la realidad que se vive, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Sistema Terapéutico Total

Algo muy enriquecedor para la formación como especialista en el área de la dinámica familiar fue la práctica supervisada en vivo, lo cual abrió la posibilidad de enriquecerme de diferentes estilos de abordaje terapéutico, de diversas orientaciones teóricas puestas en práctica, de múltiples vivencias personales enraizadas en una formación y un trabajo terapéutico profesional de gran experiencia y de las cuales me sentí beneficiada con sus observaciones, guía, dirección, aunque debo aceptar que en un principio la voces de las supervisoras eran muy fuertes en mí y resonaban generándome angustia, miedo, incertidumbre. Finalmente comprendí que estaban en ese espacio para apoyarme en este proceso de

entender la lógica de la intervención con familias, el manejo oportuno y preciso de las preguntas y la comprensión de la problemática a partir del planteamiento de diversas hipótesis las cuales se corroborarían y/o reformularían en el transcurso del trabajo con las familias y guiaría las futuras intervenciones y que finalmente todo era un proceso en el que tanto la familia como yo estábamos aprendiendo una nueva mirada de nuestra realidad, porque sin lugar a dudas, muchas emociones, sentimientos y vivencias se entrelazaban con las mías propias, lo que incluía no sólo un reacomodo de las mismas en la familia sino en mi persona, la persona del terapeuta, que como todos los sistemas vivientes me encuentro en constante cambio y transformación.

Por otro lado, la supervisión en vivo también estuvo integrada por el equipo de terapeutas supervisados, lo que en un principio generó aún más angustia e incertidumbre en mí, dado que en un principio tuve que tratar de adaptarme y entender el estilo personal de cada uno de ellos con sus aportaciones, observaciones y comentarios; pero al final me retribuyó en un panorama más amplio de posibilidades que a veces es difícil de atender a todas cuando se trabaja de manera individual.

De ahí la importancia de contar con un equipo de supervisión y un equipo de terapeutas como apoyo a la formación como terapeuta familiar.

Reflexión y Análisis de la Experiencia

En este punto trataré de abocarme de manera más precisa a la persona del terapeuta a partir de la reflexión y análisis de la experiencia de formar parte del grupo de entrenamiento en terapia familiar.

En el transcurso de la formación pude experimentar el alto grado de resonancia que tenía en mis sentimientos, mis pensamientos e incluso en mis actos el trabajo con las familias; no cabe duda que muchas de las situaciones planteadas por los consultantes hicieron eco en mi persona y resonancia en experiencias previas o actuales de mi vida personal y que en muchas ocasiones fue un elemento que me permitió entender, comprender y establecer un enganche terapéutico y un trabajo fructífero con las familias, pero también en otros momentos, se tornó un obstáculo difícil de sortear, una debilidad, sobre todo cuando llegué a ser isomórfica con la familia y trabajar hacia la homeostasis del sistema familiar.

He aquí la gran ventaja de contar, en el proceso de formación, con un equipo de supervisores y terapeutas dispuestos y atentos a mirar al sistema terapéutico en esta interacción dinámica y de recíproca influencia, y a estar atentos a los tropiezos que pueda tener el terapeuta para ayudarlo a mirarse a sí mismo en un trabajo posterior, la postsesión. Aunque al respecto cabe mencionar que, en mi experiencia dentro del Programa de Maestría en Psicología, no se tiene contemplado curricularmente trabajar con la persona del terapeuta, por lo que no se cuenta con un espacio específico para esto. Cuando se hace, no se cuenta con una definición, ni están definidos sus alcances; por lo que sería importante reconsiderarlo en los procesos de formación siguientes.

El equipo también puede mostrar resonancia ante las situaciones planteadas por las familias, como la lucha por el poder, las alianzas, las triangulaciones, entre otros, creándose situaciones de tensión, de

incertidumbre y de conflictos relacionales entre sus integrantes, por lo que cabría cuestionar desde la perspectiva sistémica, si tanto el sistema consultante como el sistema en formación se influyen y afectan recíprocamente, qué tanto la lucha relacional al interior del equipo puede llevar a un atascamiento en el proceso terapéutico de la familia, a la creación de coaliciones encubiertas o a ser partícipes de un clima de poca libertad y mucha crítica. La postura del supervisor puede ser determinante para enfrentar estos conflictos, quizá hace falta el espacio para poder abordarlo con el detenimiento y la importancia que se merece.

Asimismo, de manera personal pude reflexionar sobre mis estilos de relación y trabajar más arduamente en mi capacidad de moverme de un punto a otro en el proceso terapéutico, entendiendo y siendo sensible con la problemática planteada, creando y generando nuevas posibilidades de entender la realidad vivida y de entenderse a ellos mismos como lo fui haciendo conmigo misma en este proceso apasionante de interacción mutua del arte de la terapia.

IV. Consideraciones finales

Implicaciones en la Persona del Terapeuta, en el Profesionalista y en el Campo de Trabajo

Haciendo recuento de mi historia personal, debo reconocer que desde un inicio, cuando concluí los estudios de la Licenciatura en Psicología en la ahora FES-Iztacala, mi camino señalaba dos direcciones: una, la del trabajo clínico y otra, la del desempeño en el área educativa, específicamente en el área de educación especial. Sin embargo, en el ámbito del trabajo clínico me sentía con un gran hueco tanto en lo teórico como en lo práctico; estaba conciente que el trabajo psicoterapéutico demandaba de mí una formación más específica por el gran compromiso social y ético que como profesional había asumido.

Por otro lado, se me abrió la puerta para desempeñarme en el área de educación especial y gustosa me he abocado a ésta durante los últimos 21 años; esto me ha dado la oportunidad de tener una rica y fructífera experiencia de vida al caminar por muchos y muy diversos senderos cada vez que trabajo con un grupo de chicos con discapacidad, con un grupo de padres, con un grupo de profesionistas del área y de otras áreas. Debo reconocer firmemente la riqueza que he tenido entre mis manos y de la cual he sido partícipe.

Asimismo, esta área de trabajo tan querida, me abrió la puerta para acercarme al trabajo psicoterapéutico. En un principio, mi trabajo como maestra de grupo me brindó la experiencia de vivir más de cerca las dinámicas familiares de mis alumnos y sentirme parte de la misma; no mucho tiempo después empecé a colaborar en el área de Psicología en donde experimenté que dar guías, sugerencias e indicaciones a los padres de familia de un chico con discapacidad, ahora referido como, necesidades educativas especiales, no bastaba para que generara diferencias en lo hecho hasta ese momento para que beneficiara a nuestros alumnos, ya que había situaciones de fondo en las familias.

Tales situaciones estaban estrechamente relacionadas con la elaboración del duelo por el hijo perdido, aquél creado en lo imaginario, pero que en lo real no había llegado; las implicaciones relacionadas con sentimientos de culpa, miedo, entre otras emociones, que se habían desatado en las familias, en su dinámica familiar y en sus estilos relacionales al interior y al exterior con los demás espacios de convivencia social y, finalmente el proceso de aceptación de la realidad como paso previo a un trabajo real de apoyo entre la institución educativa, la familia y el contexto sociocultural.

Fue de esta manera y como un proceso estrechamente relacionado con mi experiencia laboral y la reorientación teórica metodológica y filosófica de la atención a los niños con necesidades educativas especiales desde la mirada de lo sistémico, en donde todos los contextos (familia, escuela, comunidad, individuos), así como todos los eventos vividos por las familias (aceptación o rechazo del niño o joven principalmente entre muchos otros) teníamos un nivel de influencia en el desarrollo de habilidades e integración de nuestra población, por lo que, de manera espontánea y en gran parte tratando de responder a este gran dolor en las familias, me aboqué a trabajar de manera grupal y en algunas

ocasiones de manera individual, el duelo, los problemas de conducta, entre muchos otros eventos vividos por las familias a lo largo de la atención de sus hijos dentro de nuestra institución.

De esta manera viví a través de un proceso de acompañamiento una gran riqueza de vivencias familiares, las cuales eran tan diferentes unas de otras; por lo que el sendero del camino dejado años atrás me decía que era el momento de retomar formalmente la formación psicoterapéutica y, me dediqué de tiempo casi completo, pues opté por dedicar un espacio aunque mínimo a mi familia; así inicié mi formación como terapeuta familiar sistémica y posmoderna.

Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas

He de decir que, haber concluido la maestría, fue tan sólo el primer paso y aún me queda mucho camino por andar. La historia dentro de este proceso de formación puso ante mis ojos, el trabajo terapéutico con los consultantes de manera indirecta y luego directa, lo que fue aclarando las diversas aproximaciones terapéuticas, cada una con su razón de ser, con sus intervenciones, con sus técnicas y, sobre todo, con una visión de lo que significa el contexto familia-individuo, sus relaciones y la construcción de los significados que las mantenían, lo que dio sustento a cada una de las intervenciones realizadas con cada familia consultante que pusieron entre mis manos, mis sentidos y mis sentimientos, sus historias de vida a partir del segundo semestre.

Aprendí que todo acto, pensamiento o sentimiento tiene un sentido por más ilógico que parezca a los ojos de otros y que mi reto profesional era entenderlo, comprender su significado, tanto para el individuo como para la familia, y en otras ocasiones para contextos más amplios como la escuela, la familia extensa, la comunidad; que dependiendo de las características que presentaban las familias había ciertas intervenciones que resultaban más eficaces en un momento determinado resultando estratégicas; lo significativo que resultaba para algunas familias que me asumiera como la líder en el proceso terapéutico y en otras tan sólo como la acompañante que guiaba el acercamiento a un mundo de posibilidades, a reflexionar introduciendo nuevas ideas; a respetar el ritmo de cada una de las familias y de sus integrantes de manera individual, así como sus posibilidades en el momento presente de la terapia; que los alcances del trabajo terapéutico no sólo dependían de la familia sino del proceso de colaboración logrado por el terapeuta con la familia; que no hay un solo camino para llegar a la meta, sino que hay una diversidad de caminos y todos son válidos, dependiendo del camino que desee seguir nuestro consultante. Finalmente, creo que uno de los mayores aprendizajes que obtuve fue la flexibilidad y la apertura ante la existencia de múltiples realidades así como la disposición a andar por caminos nuevos que me dejaron como recompensa el que las familias logaran sentirse mejor que cuando llegaron a solicitar el servicio, tener una percepción diferente de su realidad e incluso en sus manifestaciones de comportamiento se habían dado cambios.

Incidencia en el Campo Psicosocial

Es importante tomar en cuenta que las condiciones sociales, económicas y culturales de nuestro país han influido en el mayor incremento de enfermedades relacionadas con el área de la salud no sólo física sino emocional y por lo tanto de la salud mental, ante una experiencia de vida en constante estrés; por esto las instituciones de educación superior y las especializadas en dicha área se han abocado a la formación de profesionales especializados en diversas áreas de la salud mental.

Sin embargo, cabe hacer la reflexión de que ante la crisis económica que aqueja a la gran mayoría de la población de nuestro país, las familias o consultantes se acercan a instituciones que brindan el servicio como parte de su formación a un costo accesible, como lo son los escenarios clínicos de entrenamiento supervisado que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México entre otras; muchos otros desconocen el servicio que se ofrece e incluso niegan la problemática vivida por falta de información o deformación de la misma, lo que hace necesario replantearse ¿qué tanto se conoce del quehacer del profesional de la salud mental? ¿Qué tanto los profesionales de otras áreas de la salud, conocen y valoran nuestra intervención de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria? ¿Qué tanto las mismas instituciones de salud abren espacios de colaboración e intercambio? ¿Cómo y de qué manera el profesional de la salud mental se inserta en otros contextos como el laboral, el educativo? Sólo por mencionar algunos.

De aquí se deriva la pregunta, ¿qué nos toca hacer ante dicho desconocimiento? Por una parte, me parece importante trabajar fuertemente para la inserción dentro de las diferentes instancias públicas en las áreas de salud, educación, industria, sólo por mencionar algunas. De esta manera, podrá ser más conocida y difundida la función del psicólogo y sus aportaciones para el logro y mantenimiento de la salud emocional y por lo tanto mental; no sólo para las personas que son enviadas al servicio, sino para el funcionamiento armónico tanto físico como emocional de la estructura humana sobre la que se desarrollan dichas instituciones.

Asimismo, a pesar de que estamos en el siglo XXI, es importante continuar el trabajo de desmitificación relativo a la "locura que invade" a las personas que consultan a un psicoterapeuta. No es cuestión de locura o no, sino de sentirse satisfecho y a gusto con la realidad que se vive, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Sistema Terapéutico Total

Algo muy enriquecedor para la formación como especialista en el área de la dinámica familiar fue la práctica supervisada en vivo, lo cual abrió la posibilidad de enriquecerme de diferentes estilos de abordaje terapéutico, de diversas orientaciones teóricas puestas en práctica, de múltiples vivencias personales enraizadas en una formación y un trabajo terapéutico profesional de gran experiencia y de las cuales me sentí beneficiada con sus observaciones, guía, dirección, aunque debo aceptar que en un principio la voces de las supervisoras eran muy fuertes en mí y resonaban generándome angustia, miedo,

incertidumbre. Finalmente comprendí que estaban en ese espacio para apoyarme en este proceso de entender la lógica de la intervención con familias, el manejo oportuno y preciso de las preguntas y la comprensión de la problemática a partir del planteamiento de diversas hipótesis las cuales se corroborarían y/o reformularían en el transcurso del trabajo con las familias y guiaría las futuras intervenciones y que finalmente todo era un proceso en el que tanto la familia como yo estábamos aprendiendo una nueva mirada de nuestra realidad, porque sin lugar a dudas, muchas emociones, sentimientos y vivencias se entrelazaban con las mías propias, lo que incluía no sólo un reacomodo de las mismas en la familia sino en mi persona, la persona del terapeuta, que como todos los sistemas vivientes me encuentro en constante cambio y transformación.

Por otro lado, la supervisión en vivo también estuvo integrada por el equipo de terapeutas supervisados, lo que en un principio generó aún más angustia e incertidumbre en mí, dado que en un principio tuve que tratar de adaptarme y entender el estilo personal de cada uno de ellos con sus aportaciones, observaciones y comentarios; pero al final me retribuyó en un panorama más amplio de posibilidades que a veces es difícil de atender a todas cuando se trabaja de manera individual.

De ahí la importancia de contar con un equipo de supervisión y un equipo de terapeutas como apoyo a la formación como terapeuta familiar.

Reflexión y Análisis de la Experiencia

En este punto trataré de abocarme de manera más precisa a la persona del terapeuta a partir de la reflexión y análisis de la experiencia de formar parte del grupo de entrenamiento en terapia familiar.

En el transcurso de la formación pude experimentar el alto grado de resonancia que tenía en mis sentimientos, mis pensamientos e incluso en mis actos el trabajo con las familias; no cabe duda que muchas de las situaciones planteadas por los consultantes hicieron eco en mi persona y resonancia en experiencias previas o actuales de mi vida personal y que en muchas ocasiones fue un elemento que me permitió entender, comprender y establecer un enganche terapéutico y un trabajo fructífero con las familias, pero también en otros momentos, se tornó un obstáculo difícil de sortear, una debilidad, sobre todo cuando llegué a ser isomórfica con la familia y trabajar hacia la homeostasis del sistema familiar.

He aquí la gran ventaja de contar, en el proceso de formación, con un equipo de supervisores y terapeutas dispuestos y atentos a mirar al sistema terapéutico en esta interacción dinámica y de recíproca influencia, y a estar atentos a los tropiezos que pueda tener el terapeuta para ayudarlo a mirarse a sí mismo en un trabajo posterior, la postsesión. Aunque al respecto cabe mencionar que, en mi experiencia dentro del Programa de Maestría en Psicología, no se tiene contemplado curricularmente trabajar con la persona del terapeuta, por lo que no se cuenta con un espacio específico para esto. Cuando se hace, no se cuenta con una definición, ni están definidos sus alcances; por lo que sería importante reconsiderarlo en los procesos de formación siguientes.

El equipo también puede mostrar resonancia ante las situaciones planteadas por las familias, como la lucha por el poder, las alianzas, las triangulaciones, entre otros, creándose situaciones de tensión, de incertidumbre y de conflictos relacionales entre sus integrantes, por lo que cabría cuestionar desde la perspectiva sistémica, si tanto el sistema consultante como el sistema en formación se influyen y afectan recíprocamente, qué tanto la lucha relacional al interior del equipo puede llevar a un atascamiento en el proceso terapéutico de la familia, a la creación de coaliciones encubiertas o a ser partícipes de un clima de poca libertad y mucha crítica. La postura del supervisor puede ser determinante para enfrentar estos conflictos, quizá hace falta el espacio para poder abordarlo con el detenimiento y la importancia que se merece.

Asimismo, de manera personal pude reflexionar sobre mis estilos de relación y trabajar más arduamente en mi capacidad de moverme de un punto a otro en el proceso terapéutico, entendiendo y siendo sensible con la problemática planteada, creando y generando nuevas posibilidades de entender la realidad vivida y de entenderse a ellos mismos como lo fui haciendo conmigo misma en este proceso apasionante de interacción mutua del arte de la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackermans, A. y Andolfi, M. (1994). *La creación del sistema terapéutico. La escuela de terapia familiar de Roma*. España: Paidós.
- Andersen, T., (1994). *El Equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: España.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Argentina: Amorrortu
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós. pp.46-61
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989). *Tiempo y Mito en la Psicoterapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. y Nicoló-Corigliano, A., M. (1995). *Detrás de la máscara familiar*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Ardisson P. C. (1992). *Trastorno por Déficit de Atención. Estudio y tratamiento*. México: Limusa.
- Aurón, F. y Troya, E. (1988). *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. II Congreso Nacional de Terapia Familiar*, Nov.
- Badinter, E. (1992). *XY La identidad Masculina*. Barcelona: Alianza.
- Bagarozz9, D. y Anderson, S. (1996). *Mitos Personales , Matrimoniales y Familiares. Formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Barcelona: Paidós,
- Bell, G. L., Bell, C. D. y Nakata, Y. (2001). Triangulation and adolescent development in the U.S. in Japan. *Family Process*. 40, pp. 173 -186.
- Bertalanffy, L. Von. (1986). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G., M. (2001). *Lealtades invisibles*. Argentina: Amorrortu.
- Botkin, D. R., Weeks, M. O. y 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 Mejía, A. O. (2004). *Estereotipos de Género en relación a los años de convivencia en pareja: un estudio descriptivo*. México: UNAM. s/p.
- Burin, M. y Meler, I. (1998). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Cea D'Ancona, M:A: (1996). *Metodología Cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. España: Síntesis.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W., A. (2002). *Irreverencia*. España: Paidós.
- CCH Azcapotzalco. (2000). Portal del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco. Recuperado el 25 de septiembre del 2004, de <http://www.cchazc.unam.mx> y (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\Colegio de Ciencias y Humanidades misión y filosofía.htm).
- CONAPO (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México*.
- Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. (s. a.). Recuperado el 10 de septiembre del 2005 de, (C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\FAMILIA - FAMILY.htm).
- CONAPO (2001b). *Programa Nacional de Población, 2001-2006*.
- De Shazer, S. (2001) *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y supervisión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*. Vol. 15 (1), p. 47-56.
- Eguiluz, L. (1999). La supervisión en los diplomados de terapia familiar. *Psicología Iberoamericana* Vol. 7 (2), p. 28-32.
- Eguiluz, L. (2001) *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaim, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*. España: Paidós.
- Espinosa, M., R. (2001). Características socioculturales en familias mexicanas. *Psicoterapia y Familia*. Vol. 14 (1), pp. 75-79.
- Estrada, L. (1997). *El Ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo
- Falicov, C., J. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fish, R., Weakland, L. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

- Forward, S. (2000). *Por qué mienten los hombres*. España: Atlantida.
- Fruggeri, L., (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós. pp. 62-77.
- García, C., Escalante, H., Escandón, M., Fernández, T., Mustri, D. y Puga V. (2000). *La integración educativa en el aula regular: principios, finalidades y estrategias*. SEP. Subsecretaría de educación básica normal. Dirección general de investigación educativa. Fondo mixto de cooperación técnica y científica México – España.
- Golombok, S. & Fivush, R. (1994). *Gender Development*. Cambridge University Press.
- Guajardo, E. (1998). Reorientación de la educación especial en México 1993 – 1998. Seminario taller regional sobre la gestión del cambio en el área de necesidades educativas especiales, análisis, perspectivas (conferencia). México: D.F.
- Guillén, J. R., Mendoza B. P., Ortiz J. D., y García C. M. (2000) *La terapia familiar en México Hoy*. (compiladores). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Haley, J. (1976). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona.: Toray.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. 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>.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2002). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw Hill.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.). *La terapia como construcción social* (pp. 25 – 45). España: Paidós.
- Hoffman, L. (2002). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica..
- Imber-Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias*. España: Gedisa
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos familiares*. España: Gedisa.
- INEGI (2000^a). *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (2003). *Estadística a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres*. Datos nacionales 2003, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INEGI (2004). *Portal del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. Información estadística. Recuperado el 8 de septiembre del 2004 de: (<http://www.inegi.gob.mx>)

Instituto Nacional de las Mujeres (2004). *Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones de pareja en los hogares, 2003*. Recuperado el 8 de septiembre del 2004 de: (<http://www.inmujeres.gob.mx>)

ISSSTE. (s. a.). Portal del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. Recuperados el 30 septiembre del 2004, de C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\ISSSTE misión.htm y C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\ISSSTE vision.htm

Jiménez, G. R., Barrientos, M. P., Juárez, O. D y Centeno, G. M. (2000). *La terapia familiar en México. Hoy*. Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Kerlinger, F. (1999) *Investigación del Comportamiento*. México, McGraw-Hill.

La familia, sus funciones, derechos, composición y estructura (s. a). 3. Recuperado el 9 de septiembre del 2004 de: (<http://www.conapo.gob.mx/prensa/informes/003.pdf>).

Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva antropología*. Vol. III (30).

Lamas, M. (1997). *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 Femeidad IMAFE*. México: El Manual Moderno.

Lee, O. y Mondragón, R. (2002). Propuesta: Un modelo de supervisión con equipo reflexivo. En: Licea, J. G., Paquentin, F. I. y Selicoff, H. (2002). *Voces y más voces I. El equipo reflexivo en México*. México: Instituto de Psicoterapia Alinde. pp. 87-105.

Licea J. G., Paquentin F. I., y Selicoff, H. (2002). *Voces y más voces: El equipo Reflexivo en México*, Alinde. Instituto de Psicoterapia.

Limón, A. G. (2005). *El giro interpretativo en la terapia: terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.

Macías, R. (1995). *La familia*. México. CONAPO.

Magally, S. (2002). El suicidio entre las 10 causas de muerte en México. *Cimac, México*. Recuperado el 9 de septiembre del 2004 de: C:\DocumentsandSettings\admin\Misdocumentos\cimacnoticias_com Elsuicidio, entre las 10 principales causas de muerte en México.htm

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. España: Gedisa.

- McNamee, S, y Gergen, K. (1996). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1999). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Moreira, V. (1995). Supervisión en psicoterapia: un enfoque fenomenológico existencial. *Psyche*, 4, pp.121-129.
- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese R. (2002). *Las prisiones de la comida: vómito, anorexia y bulimia, la terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, H. y Watzlawick, P. (2001). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Navarro, G., J. y Pereira M., J. (2000). *Parejas en situaciones difíciles: La infidelidad en la pareja.*, España: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- Ovejero B. A., (2002) *Psicología social postmoderna emancipadora: Entre la psicología crítica y el postmodernismo*. España: Universidad de Oviedo.
- Papp, P. (1994). *El proceso de cambio*. España: Paidós.
- Programa Nacional de Desarrollo (PND 2001 – 2006). Recuperado el 8 de septiembre del 2005 de: (<http://pnd.presidencia.gob.mx/>)
- 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, de <http://www.findarticles.com>.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001). Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM.
- Rodríguez, J., A. (2001). El juego de la libertad en la ética de Michel Foucault. *Revista de Ciencias Humanas* No. 25. Recuperado el 3 de noviembre del 2005 de, C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\Revista No_25 - Ciencias Humanas.htm
- Rodríguez, M. (1999). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Perspectivas Sistémicas*, artículo on line. Recuperado el 9 de septiembre del 2004, de C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\La familia multiproblemática y el modelo sistémico - Magdalena Rodríguez Martínez.htm.
- Rosemberg. M., B. (2000). *Comunicación no violenta*. España: Urano.
- Russo (1997) en: Hanson, F. I., Ferligoj, A. Kogovsek, T. Renner, T., Horvat, J. y Sarlija, N. (2003). Gender-Role Attitudes in university students in the United States, Slovenia, and Croatia. *Psychology of Women Quarterly*. 27, pp. 256-261.

- Salguero, U. A. (2004). *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.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. Y Prata, G. (1980) Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 19, (1).
- SEP (2000). *Antología de educación especial: Evaluación del factor profesional*. México: SEP-SNTE.
- Serrano, J. (1997). Estudio de Casos. En: A. Baztán. *Etnografía: Metodología Cualitativa en la investigación Sociocultural*. México. Alfaomega.
- 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). On the development of masculinity and femininity, *Sex and Gender*. s/r.
- Tarrés, M. (2001). *Lo cualitativo como tradición. Observar, Escuchar y Comprender sobre la tradición cualitativa en la Investigación Social*. México: FLACSO.
- Tomm, K. (1987). Entrevistas con intervenciones: Parte II. La formulación de preguntas reflexivas como medio para permitir la autocuración. *Family Process*, 26, pp. 167-183.
- Tomm, K. (1988). Entrevistas con intervenciones: Parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas? *Family Process*. 27, pp. 1-15.
- Twenge, (1997 en: Hanson, F. I., Ferligoj, A. Kogovsek, T. Rener, T., Horvat, J. y Sarlija, N. (2003). Gender-Role attitudes in university students in the United States, Slovenia, and Croatia. *Psychology of Women Quarterly*. 27, pp. 256-261.
- UNICEF (2001) VIH/SIDA. UNICEF México. Recuperado el 12 de septiembre del 2004 de: C:\Documents and Settings\admin\Mis documentos\unicef mexico sida.htm
- Valles, M. (2000). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1996). *La red invisible*. España: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1997) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R (1985) *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevista y ensayos*. España: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos con fines terapéuticos*. España: Paidós.

Williamson, D., S. y Bray, J., H. (1991). El desarrollo y cambio familiares a través de las generaciones: una perspectiva intergeneracional. En: *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. Argentina: Amorrortu. p. 491-529.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

Zumaya, M. (2001) *La infidelidad. Ese visitante frecuente*. México: Edamex.