



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

***“CONDUCTAS SUICIDAS: ¿SOLUCIÓN A LOS
PROBLEMAS FAMILIARES?”***

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ARACELI HERNÁNDEZ PADILLA

DIRECTORA DEL REPORTE.

PRESIDENTA: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

JURADO DE EXAMEN.

PRIMER VOCAL: DR. JAIME MONTALVO REYNA

SEGUNDO VOCAL: MTRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ

TERCER VOCAL: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

SECRETARIO: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

SUPLENTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

SUPLENTE: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

SEPTIEMBRE DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

No he sacado conclusiones, no he marcado límites
para abarcar y excluir, para separar el interior
del exterior: no he
trazado líneas:
así como
los múltiples movimientos de la arena
cambian la forma de las dunas, que no será la misma
mañana,

así quiero seguir, quiero aceptar
el pensamiento
conveniente, no cercar los comienzos ni los fines,
no levantar muros.

A. R. Ammons

AGRADECIMIENTOS

En mi vida culmina otro ciclo más y en esa trayectoria influyeron positivamente en mucha y en gran medida, varias personas muy especiales a las que agradezco con todo mi corazón y mi ser. En primer lugar, a Dios quien guía mis pasos; a mis padres por su apoyo y paciencia incondicionales, así como por su infinito amor. A mis maestros (as), amigos (as) y familias consultantes, por contribuir a mi formación profesional y personal les brindo mi más sincera gratitud.



INDICE

Agradecimiento.....	3
---------------------	---

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en la Terapia Familiar Sistémica.....	9
1.1 Características del campo psicosocial.....	9
Los métodos en las conductas suicidas.....	11
Violentos o de mayor letalidad.....	11
Menos violentos o más pasivos.....	11
Los medios-instrumentos en las conductas suicidas.....	11
Cuerdas, alambres, telas.....	11
Armas de fuego	12
Armas blancas.....	12
Instrumentos cortantes	12
Fármacos-productos, químicos-drogas.....	12
Arrojarse de alturas, edificios, puentes	12
Arrojarse a las vías del tren o subterráneo o bajo el paso de automóviles	12
Asfixia por inmersión.....	12
Venenos.....	12
Combustibles.....	12
El lugar de las conductas suicidas.....	12
Casa.....	12
Edificios públicos.....	13
Lugares públicos.....	13
Lugares religiosos.....	13
Zonas turísticas.....	14
Transporte como lugar del suicidio.....	14
Otros lugares.....	14
Estadísticas del INEGI.....	14
Características de las conductas suicidas y población suicida de acuerdo al INEGI.....	15
Características de los intentos de suicidio.....	15
Características de los suicidios.....	16

Características de la población que intentó suicidarse.....	18
Características de la población suicida.....	19
1.2 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las conductas suicidas.....	21
1.3 Principales problemas que presentan las familias.....	23
2. Características de las Sedes y Escenarios donde se realiza el trabajo clínico.....	27
2.1 Descripción de las Sedes y Escenarios clínicos.....	27
2.2 Análisis sistémico de las Sedes y Escenarios clínicos.....	28
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas Sedes y Escenarios clínicos.....	33
2.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total.....	36

SEGUNDA PARTE

MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.....	39
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	39
El Modernismo.....	39
El Posmodernismo.....	40
La Terapia Familiar.....	40
La Terapia Familiar Sistémica.....	41
Teoría General de Sistemas.....	42
La Teoría de la Cibernética.....	44
El Constructivismo.....	47
La Nueva Teoría de la Comunicación.....	49
La Terapia Familiar Posmoderna.....	52
La Hermenéutica.....	52
El Construccionismo Social	54
La Narración.....	56

1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	57
Modelos de Terapia Familiar Sistémica.....	58
El Modelo Estructural.....	58
El Modelo Estratégico.....	70
Terapia Breve Centrada en los Problemas (TBCP).....	75
Modelo del Grupo de Milán.....	86
Etapa Post Milán.....	94
Modelos de Terapia Posmoderna	97
Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS).....	97
Terapia Narrativa.....	110
Equipo Reflexivo.....	117
El Enfoque Colaborativo de los sistemas de lenguaje.....	121

TERCERA PARTE

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.....	126
1.1 Integración de Expedientes por familia atendida.....	126
1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias en las que se presentaron conductas suicidas	127
Conductas suicidas: ¿Solución a los problemas familiares?.....	127
Origen de la palabra suicidio.....	127
Definición etimológica de la palabra suicidio.....	128
El suicidio en la historia.....	128
Las diferentes teorías del suicidio.....	130
Clasificación de las conductas suicidas.....	139
Factores de riesgo de las conductas suicidas	142
Grupos de riesgo de las conductas suicidas.....	145
Modelos de vulnerabilidad del suicidio	148
Mitos del suicidio.....	152
Prevención de las conductas suicidas.....	155
Tratamiento de las conductas suicidas.....	160

La Terapia Familiar Sistémica en las conductas suicidas.....	163
El Modelo Estructural de H. Charles Fishman.....	164
El Modelo Estructural de Joseph A. Miccuci.....	166
El Modelo Estratégico de Cloé Madanes.....	168
El Modelo de Judith Landau-Stanton y M. Duncan Stanton	171
Los secretos familiares y la conducta suicida por Evan Imber-Black.....	175
Análisis de casos.....	178
Familia 1.....	180
Familia 2.....	190
Familia 3.....	195
Familia 4.....	202
2. Habilidades de investigación.....	205
2.1 Reporte de investigación realizada usando metodología cuantitativa y metodología cualitativa.....	205
Investigación cuantitativa: “Los efectos de la Reestructuración Comunicativa (RC) en diversos problemas psicológicos de la pareja*	205
Investigación cualitativa: “Significado e importancia que para una mujer de 34 años tiene la Técnica de Reestructuración Comunicativa (RC) para afrontar problemas”	210
3. Habilidades de enseñanza y Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.....	214
3.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos.....	214
Manuales de los Modelos Estructural, de Terapia Breve Centrado en los Problemas y las Soluciones.....	215
Videos del Modelo Estructural y el Modelo Estratégico.....	215
3.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria.....	216
Taller de Comunicación No Violenta.....	216
Taller de Calidad de vida y familia.....	219
Platica sobre discapacidad.....	221

3.3 Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.....	221
Ponencia: “Los efectos de la Reestructuración Comunicativa (RC) en diversos problemas psicológicos de las parejas: reporte preliminar de 10 casos”	221
Cartel: “Significado e importancia que una mujer de 34 años da a la técnica de Reestructuración Comunicativa (RC) para afrontar problemas”	222
4. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	222
4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.....	222
La moral y los problemas morales.....	222
La Ética.....	223
La Ética en Psicología.....	224

CUARTA PARTE

CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	231
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	233
3. Análisis del Sistema Terapéutico Total.....	235
4. Reflexión y análisis de la experiencia.....	237
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.....	238
REFERENCIAS.....	240
ANEXOS	247

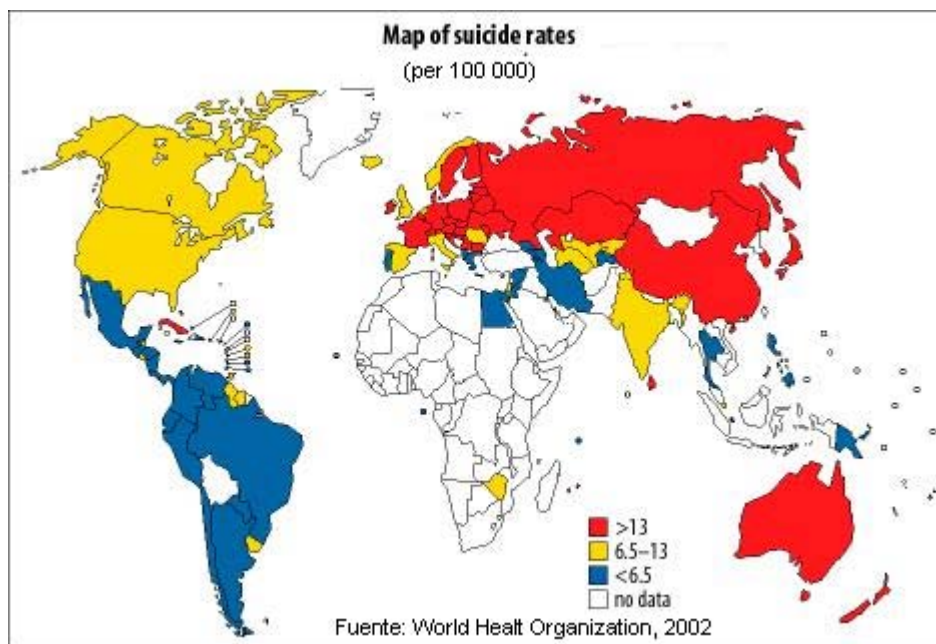
Primera parte. Introducción y Justificación

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

1.1 Características del campo psicosocial.

En las diversas sociedades y culturas a lo largo del tiempo, las problemáticas que inciden a nivel psicosocial en los individuos son diversas, entre las que encontramos desde tiempos remotos a la conducta suicida. De acuerdo a la última información de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en el año 2000, aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio: lo que equivale a una tasa de mortalidad anual global de 16 por cada 100,000 habitantes, que corresponde a una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han incrementado un 60 % a nivel mundial. En la figura 1 se muestran por cada 100,000 personas, las tasas de suicidios a nivel mundial.

Figura 1

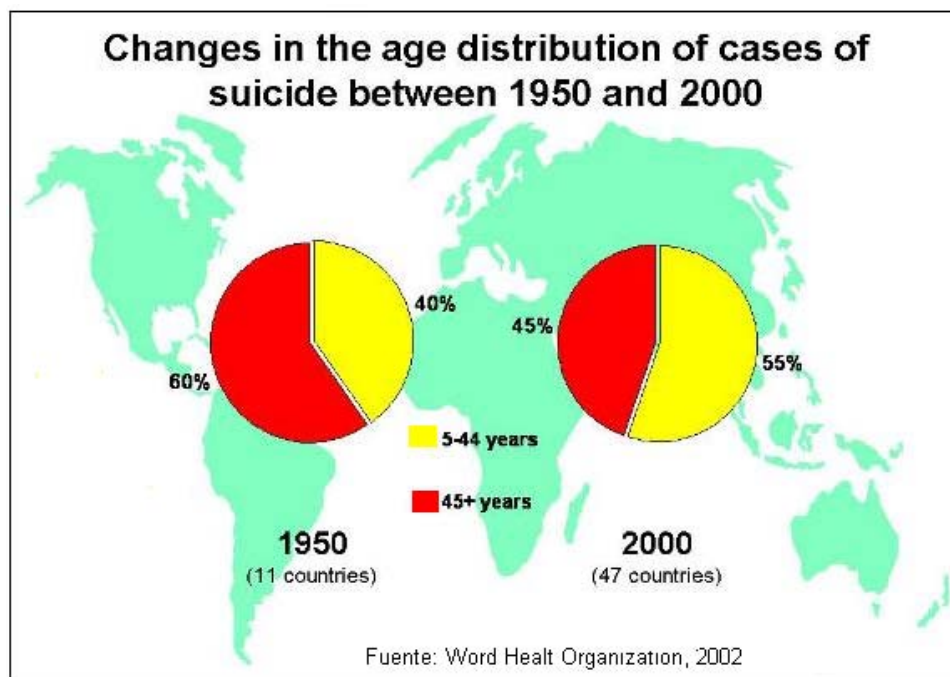


El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre las edades de 15 a 44 años (en ambos sexos) y los intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados.

Aunque tradicionalmente las tasas de suicidio han sido las más altas entre los hombres mayores, las tasas entre la gente joven han incrementado y en la actualidad es un grupo de alto riesgo en una tercera parte de los países, tanto en los desarrollados como en los que se encuentran en vía de desarrollo. En la figura

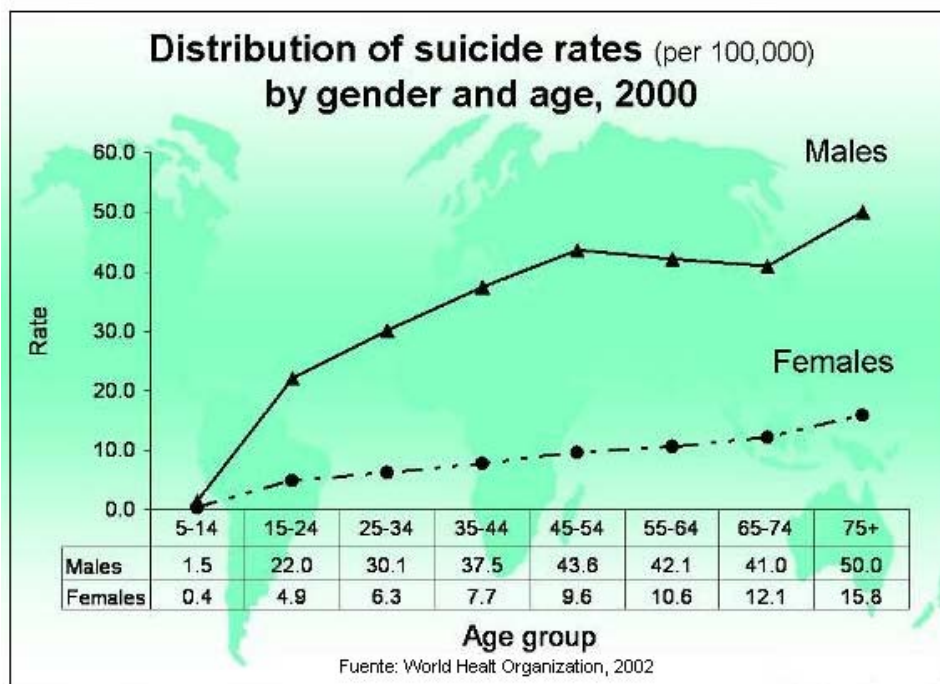
2. se pueden ver los cambios en la distribución de la edad en los casos de suicidio en los años de 1950 y 2000.

Figura 2



En la gráfica 1, se ilustra la distribución de los casos de suicidio de acuerdo al género y la edad durante el año 2000.

Gráfica 1



Los desordenes mentales (particularmente la depresión y el abuso de sustancias) están asociados con más del 90% de todos los casos de suicidio, sin embargo, el suicidio son el resultado de algunos factores complejos socioculturales y es más probable que ocurran particularmente durante periodos con situaciones de crisis socioeconómicos y familiares (OMS, 2002).

La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, 2006), considera que el suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todo el mundo y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2003), considera que además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave para requerir atención médica. Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras —familiares y amigos— cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas, suman miles de millones de dólares estadounidenses al año.

Los medios o instrumentos que se utilizan en la conducta autodestructiva son diversos y dependen de ciertos aspectos como el país, el medio social y cultural, la época, características demográficas como la raza, el sexo, la edad, la profesión, así como del medio rural o urbano. Se considera que el medio sociocultural tiene que ver con los elementos que el suicida tiene a su alcance. La elección del método también está influida por la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación social. Con respecto al lugar donde se realiza el suicidio también depende de diversos factores. De acuerdo a Marchiori (1998) y Sarró y de la Cruz (1991) los métodos, medios o instrumentos y el lugar de las conductas suicidas son los que se presentan en los siguientes dos puntos.

LOS MÉTODOS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Los métodos que emplean las personas para realizar conductas suicidas pueden ser:

- **Violentos o de mayor letalidad.** Las armas de fuego, por su poder destructor producen lesiones graves y provocan con alta frecuencia la muerte.
- **Menos violentos o más pasivos.** Produce paradójicamente menos sufrimiento y generalmente se observan en los intentos de suicidio.

LOS MEDIOS-INSTRUMENTOS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Los medios e instrumentos empleados en las conductas suicidas son diversos tales como:

- **Cuerdas, alambres, telas, etc.** Se lleva a cabo el ahorcamiento, también denominado colgamiento o asfixia por suspensión. Ha sido el método más utilizado para suicidarse a lo largo de la historia y hay una facilidad para

obtener los instrumentos como son cuerdas, alambres, sábanas, corbatas, cinturón, cables y otros objetos similares.

- **Armas de fuego.** El suicidio por este medio es realizado por los hombres y en escaso número por las mujeres y pueden utilizarse el revólver, pistolas automáticas, escopetas, etc.
- **Armas blancas.** Se emplean puñales, cuchillos, navajas, etc. Para autoagredirse con el fin de quitarse la vida.
- **Instrumentos cortantes.** Instrumentos como el vidrio, gilletes se eligen para realizar cortes en zonas del cuello, tórax, muñecas, que ocasionan lesiones de gravedad.
- **Fármacos-productos, químicos-drogas.** Los fármacos son medios empleados casi con exclusividad por las mujeres tales como los sedantes, antidepresivos, que en dosis excesivas provocan la muerte
- **Arrojarse de alturas, edificios y puentes.** Empleado tanto por hombres como por mujeres e implica arrojarse al vacío para conseguir la muerte.
- **Arrojarse a las vías del tren o bajo el paso de automóviles.** Estas situaciones son fácilmente confundidas como accidentes.
- **Asfixia por inmersión.** Medio utilizado por las mujeres y las personas intelectuales, se presenta por inmersión en ríos, lagos, en el mar.
- **Venenos.** Los venenos más empleados en actos suicidas están vinculados a productos que se utilizan en granjas, casas de campo, productos como raticidas, insecticidas que causan quemaduras internas y la muerte.
- **Combustibles.** Tales como nafta¹, alcohol, kerosene² y especialmente el gas han sido empleados para quitarse la vida.

EL LUGAR DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

El lugar donde se lleva a cabo el suicidio generalmente es la casa del suicida, enseguida se encuentran los lugares públicos, de tal manera que el lugar del suicidio se puede clasificar en:

- **Casa**
 - ★ Del suicida
 - ★ De la familia

¹ Nombre que se da a numerosos líquidos inflamables.

² Líquido obtenido como producto intermedio entre la gasolina y el gas-oil a partir del petróleo crudo.

- ★ De amigos

Los lugares de la casa donde se realizan las conductas suicidas son:

- ★ Dormitorio
- ★ Baño
- ★ Sala
- ★ Techo
- ★ Garage

- **Edificios públicos**

- ★ Monumentos públicos
- ★ Cárceles-penitenciarías
- ★ Seccionales policiales
- ★ Cementerios-tumbas
- ★ Tribunales-palacio de justicia
- ★ Escuela
- ★ Hospitales
- ★ Cuarteles-edificios militares
- ★ Universidad
- ★ Estación de trenes
- ★ Puertos
- ★ Aeropuertos

- **Lugares públicos**

- ★ Parques (paseos, plazas, jardines)
- ★ Bancos
- ★ Empresas
- ★ Centros comerciales
- ★ Negocios-tiendas
- ★ Restaurante-bar
- ★ Industrias
- ★ Sanatorios-consultorios
- ★ Hoteles-hosterías-casa de pensión
- ★ Supermercados

- **Lugares religiosos**

- ★ Iglesias
- ★ Capillas-catedrales
- ★ Conventos
- ★ Colegios-seminarios

- **Zonas turísticas**
 - ★ Ríos-diques-mar
 - ★ Montañas-cerros-riscos
 - ★ Bosques
 - ★ Desierto
 - ★ Cataratas
 - ★ Cuevas-cavernas-zonas arqueológicas

- **Transporte como lugar del suicidio**
 - ★ Automóvil
 - ★ Ómnibus
 - ★ Tren
 - ★ Barco
 - ★ Avión

- **Otros lugares**
 - ★ Puentes
 - ★ Carreteras
 - ★ Calles-avenidas

ESTADÍSTICAS DEL INEGI

En México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005), mediante la última publicación de la Serie Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales, presenta las Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios consumados que se reportaron en el país durante el año 2004.

Los resultados resaltan las siguientes situaciones:

- Por cada 17 suicidios se registró un intento de suicidio
- 7 de cada 10 suicidios se consumaron por estrangulación, y 2 de cada 10 por disparo de arma de fuego.
- Por cada mujer que se suicidó, se registraron 5 suicidios de hombres.
- 10% de la población que se suicidó no tenía escolaridad y 60% sí había cursado algún grado.
- 60% de los suicidas registrados tenían ocupaciones remuneradas económicamente. Las que se presentaron con más frecuencia fueron: en el sexo masculino el 28.0% eran trabajadores agropecuarios, 22.7% artesanos y obreros. De las mujeres económicamente ocupadas, 34.4% eran oficinistas y 17.2% se dedicaban a actividades comerciales.

CARACTERÍSTICAS: CONDUCTAS Y POBLACIÓN SUICIDAS (INEGI)

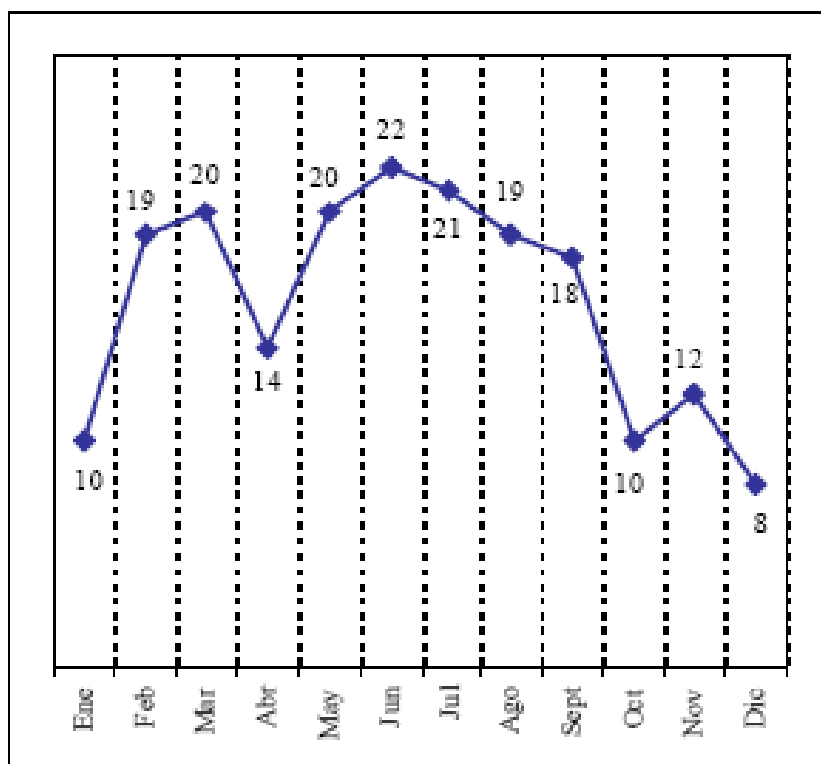
A continuación se describen las características de los intentos de suicidio, suicidios consumados, población que intentó suicidarse y población suicida.

Características de los intentos de suicidio

En el año 2004, se registraron 193 intentos de suicidio en México, con los cuales ascendió a 3 224 el volumen de estos casos en los últimos diez años. En la gráfica 2, se puede observar el número de intentos de suicidio por mes en el país. Al comparar la cantidad observada en 2004 con la del año 2003, se observó una diferencia de -13.1 puntos porcentuales que dio continuidad a la tendencia descendente advertida en el transcurso de los últimos cuatro años; así tomando como referencia el 2001, último de los años más activos de la década, para 2004 se registró un descenso de 229 casos en términos absolutos. En la última década, el año 1998 destacó con 433 casos (Ver cuadro 1).

Los intentos de suicidio que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas, ya que 81.3% de los actos se registraron en: Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2 %).

Gráfica 2. Intentos de Suicidio por mes en el 2004.



Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales, 2005.

**Cuadro 1. Intentos de Suicidio y su
variación porcentual anual.
De 1995 a 2004**

Año	Total	Variación porcentual
1995	232	N.A.
1996	232	0.0
1997	340	46.6
1998	433	27.4
1999	417	-3.7
2000	429	2.9
2001	422	-1.6
2002	304	-28.0
2003	222	-27.0
2004	193	-13.1

N. A. No aplicable por no considerar el año anterior.
Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística;
Estadísticas Sociales, 2005.

Ocho de cada diez intentos fueron llevados a cabo en casa habitación, en 44.0% de los cuales participaron hombres y en 56.0 %, mujeres. Los siguientes sitios en orden de importancia fueron: la vía pública y la cárcel.

En lo que respecta a los medios utilizados para cometer el intento de suicidio, destaca en primer término la intoxicación por medicamentos con 43.5%, seguido por el uso de arma blanca con 19.7% y por último el arma de fuego con 10.4 %. Así ocurrió en la mayor parte de las entidades federativas en las que se obtuvieron registros sobre el tema, como fueron: Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Yucatán; mientras que en Sonora, se utilizó con igual frecuencia el arma blanca y la intoxicación por medicamentos en primer lugar y, en Chihuahua sobresalió el uso de arma de fuego.

Entre las causas declaradas como origen de los intentos por quitarse la vida, destacó el disgusto familiar³ en cuatro de cada diez casos y dos de ellos por causa amorosa. En uno de cada tres casos no se identificó la causa de tal acción. Durante el primer semestre del año se presentó el mayor número de intentos de suicidio con 54.4 %. Este comportamiento es muy similar al registrado en el año inmediato anterior con 59.9% en el primer semestre. Por cada ocho intentos ocurridos en áreas urbanas se registró uno en área rural.

Características de los suicidios

En el transcurso del año 2004, ocurrieron en el país 3,324 suicidios. En el cuadro 2, se presentan los suicidios por entidad federativa de los años 1995 y

³ Para la captación de las Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, la Dirección General de Estadística define el concepto como desazón o molestia experimentada con relación a personas ligadas al suicida por parentesco o relación consanguínea.

2004. Esta cifra significó un incremento de 3.2 puntos porcentuales con respecto a lo registrado en 1995; en el ámbito estatal el ritmo de crecimiento fue heterogéneo.

En los últimos diez años, se advirtieron tendencias descendentes en el volumen de suicidios que se consumaron en cuatro entidades federativas: Distrito Federal, Tamaulipas, Hidalgo y México. En contraste con lo anterior, las cinco entidades donde se advirtió el mayor incremento en el volumen de suicidios en el país, fueron: Querétaro Arteaga, Oaxaca, Aguascalientes, Sonora y Morelos.

Cuadro 2. Suicidios por entidad federativa y su tasa de crecimiento promedio anual de 1995y 2004.

Entidad federativa	Absolutos		Tasa
	1995	2004	1995-2004
Estados Unidos Mexicanos	2 428	3 324	3.2
Aguascalientes	21	66	12.1
Baja California	59	64	0.8
Baja California Sur	25	34	3.1
Campeche	30	71	9.0
Coahuila de Zaragoza	77	106	3.2
Colima	14	32	8.6
Chiapas	40	45	1.2
Chihuahua	182	192	0.5
Distrito Federal	463	189	-8.6
Durango	44	102	8.8
Guanajuato	85	162	6.7
Guerrero	15	29	6.8
Hidalgo	45	39	-1.4
Jalisco	177	316	6.0
México	85	81	-0.5
Michoacán de Ocampo	96	125	2.7
Morelos	15	43	11.1
Nayarit	18	35	6.9
Nuevo León	126	156	2.2
Oaxaca	36	119	12.7
Puebla	57	100	5.8
Querétaro Arteaga	9	74	23.5
Quintana Roo	30	57	6.6
San Luis Potosí	47	106	8.5
Sinaloa	41	76	6.4
Sonora	47	144	11.8
Tabasco	82	147	6.0
Tamaulipas	107	92	-1.5
Tlaxcala	11	19	5.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	244	324	2.9
Yucatán	71	138	6.9
Zacatecas	27	38	3.5
No especificada	2	3	4.1

NOTA: Se refiere a cifras por entidad federativa de ocurrencia.

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales, 2005.

Ocho de cada diez suicidios ocurrieron en el área urbana y dos de ellos en el área rural.

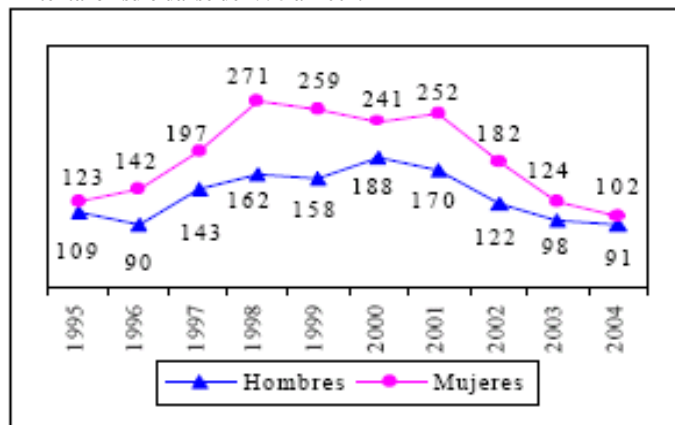
El uso de arma de fuego en casa habitación ocupó el segundo lugar, al ser utilizado en 25 de las entidades federativas para llevar a cabo la acción autodestructiva; la excepción se dio en Chiapas, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán, donde el veneno ingerido ocupó el segundo lugar en importancia. Ocho de cada diez suicidios fueron consumados en la casa habitación; en orden descendente siguen el campo con 6.2% y la vía pública con 4.8 por ciento. En Baja California, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, México, Nuevo León, Querétaro Arteaga, Sinaloa y Tamaulipas, los suicidios ocurridos en la vía pública ocuparon el segundo lugar en importancia.

Entre las causas conocidas para llevar a cabo el acto suicida, en los dos últimos años destacaron el disgusto familiar y la causa amorosa. Al comparar su volumen con el de las causas menos frecuentes, se identificaron ocho casos de disgusto familiar por cada uno de remordimiento y dos por causa amorosa frente a uno de dificultad económica.

Características de la población que intentó suicidarse

Entre las 193 personas que intentaron suicidarse en 2004, se registraron 91 hombres y 102 mujeres (Gráfica 3).

Gráfica 3. Hombres y mujeres que intentaron suicidarse de 1995 a 2004.



Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales, 2005.

Con relación a las características educativas de quienes intentaron suicidarse, 20% era población sin escolaridad y 80% con algún nivel de escolaridad.

Respecto a la edad que tenía la población registrada, la frecuencia más sobresaliente entre los hombres que intentaron el suicidio se ubicó en el rango de 20 a 24 años, al presentarse en dos de cada diez intentos; en orden descendente le siguió el rango de 15 a 19 años.

En cuanto a su estado civil, se advirtió que había personas solteras en cuatro de cada diez actos. La mayor proporción se registró entre la población

femenina, con cinco solteras entre cada diez mujeres que intentaron el suicidio. Por su parte, las casadas fueron identificadas en tres de cada diez casos.

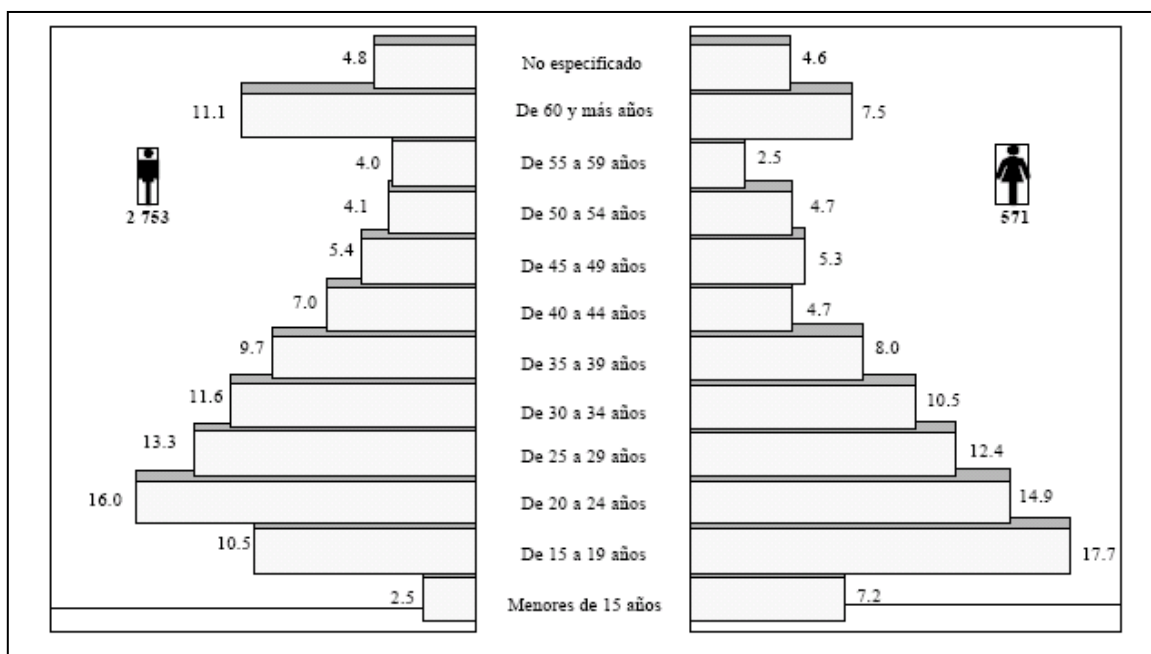
Entre quienes manifestaron tener alguna ocupación remunerada económicamente, destacó la proporción de hombres trabajadores en el sector agropecuario en tres de cada diez casos y de oficinistas, en dos de cada diez eventos observados. La mayor frecuencia de mujeres con ocupación estuvo representada por las oficinistas en siete de cada diez casos. En seguida se registraron las mujeres comerciantes, vendedoras y trabajadoras en servicios domésticos, al registrar tres de cada diez casos. En tres de cada diez personas no fue posible identificar cuál era su ocupación.

Características de la población suicida

Los hombres constituyeron la mayor parte de la población suicida durante 2004, ya que representaron 82.8% del total de casos registrados. En este contexto, la proporción de mujeres significó 17.2% del mismo total. En las cifras registradas, se observó una proporción de cinco hombres suicidas por cada mujer.

Según la edad de las mujeres suicidas, sobresalió la proporción de quienes tenían entre 15 y 19 años, en dos de cada diez casos. Al sumar la cantidad de aquellas que contaban entre 15 y 39 años de edad se identificó a más de la mitad de la población femenina suicida (63.6 por ciento). Por lo que se refiere a los hombres suicidas la mayor proporción según su grupo de edad, se ubicó entre los 20 y 24 años, al representar 16.0% de los casos; mientras que 61.1% del total masculino se concentró en el rango de 15 a 39 años. En la Gráfica 4, se puede observar el porcentaje de suicidios en hombres y mujeres de acuerdo a su edad en país durante el 2004.

Gráfica 4. Distribución porcentual de hombres y mujeres suicidas según grupo de edad del 2004.



Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales, 2005.

Respecto al estado civil de las mujeres suicidas, 39.2% eran solteras, indicador que se manifestó a la baja en 7.6% respecto al año anterior. Al considerar la cantidad de mujeres casadas y solteras, juntas representaron siete de cada diez mujeres suicidas. De acuerdo con el estado civil de los hombres suicidas, se advirtió que la frecuencia de los solteros significó una mayor cantidad que los casados en tres puntos porcentuales. Por el contrario, en las mujeres, se advirtió una mayor frecuencia de las solteras con respecto a las casadas, al resultar una diferencia en la cifra relativa de nueve por ciento. En 20 entidades federativas, destacó la mayor proporción de hombres solteros suicidas, mientras que en las 12 entidades restantes (Baja California, Coahuila de Zaragoza, Durango, Guanajuato, Jalisco, México, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas) sobresalió la proporción de los casados.

Acerca de las características educativas de la población suicida, se registró menor proporción de hombres con escolaridad que de mujeres, siendo esto de seis puntos porcentuales. Entre los que realizaron estudios, la proporción de hombres suicidas con primaria (46.3%) rebasó a la de mujeres (40.9 por ciento). En cuanto a la ocupación, se observó que la población económicamente activa significó seis de cada diez casos.

Es alarmante el incremento de suicidios no sólo a nivel mundial, sino a nivel nacional, además se ha reducido la edad en la que se presentan las conductas autodestructivas, tales conductas se presentan en personas cada vez más jóvenes y en el año 2000 a nivel mundial fueron registraron un mayor numero de suicidios en el sexo masculino (Figura 3).

Por lo que respecta a los intentos de suicidio, éstos se presentan en mayor número que los suicidios, cabe mencionar que los intentos también han incrementado a nivel mundial. En México se observó una disminución de tales conductas en el año 2004, en comparación al año 2001 en el que se registró un mayor número de intentos suicidas

A nivel mundial las principales causas de suicidio fueron la depresión y el abuso de sustancias y en nuestro país en los años 2003 y 2004 fue el disgusto familiar.

Los datos más interesantes son que en nuestro país las mujeres recurren más a los intentos de suicidio, pero son los del sexo masculino quienes en mayor número consuman el acto. El mayor número de intentos de suicidio se llevan a cabo en la casa habitación, el medio más empleado fue la intoxicación por medicamentos y la causa principal por problemas familiares y es en áreas urbanas donde se presentan los intentos de suicidio. En mayor proporción los que intentaron suicidarse contaban con algún nivel de escolaridad.

Es sin lugar a dudas mucho mayor el numero de suicidios consumados (3,324) que se presentaron en nuestro país en el 2004, en comparación a los intentos de suicidio (193). El mayor número de los suicidios en nuestro país se realizaron en la casa habitación y en las áreas urbanas, se empleo con más frecuencia el arma de fuego, como ya se mencionó fueron los hombres quienes cometieron este acto y los problemas familiares también fue la principal causa, el rango de edad en el que ocurrieron más suicidios fue entre los 20 y 24 años, las muges se picaron entre los 15 y 19 años. Respecto al estado civil se suicidaron en

mayor número los solteros tanto en hombres como en mujeres. Los suicidios se registraron en menor proporción de hombres con escolaridad que de mujeres.

Para la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) es de gran importancia formar profesionales altamente capacitados para hacer frente y proponer alternativas de solución efectivas a los grandes problemas psicosociales nacionales a través de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.

En nuestro país la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna aportan diversos modelos de intervención para atender a la población con conductas suicidas, a los familiares y personas más cercanas quienes también se ven afectadas. En el próximo punto se proponen ambos tipos de terapia como alternativas ante la problemática de las conductas suicidas.

1.2 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las conductas suicidas.

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM se ocupa de formar profesionales capacitados para satisfacer las necesidades de la nuestra sociedad, como se mencionó en el apartado anterior, los objetivos de dicho Programa son formar investigadores, docentes y profesionales de alta calidad y excelencia, con base en un sistema centrado en la participación activa de estudiantes y tutores para la solución de problemas conceptuales y metodológicos de investigación o de carácter profesional. Vincular de una manera más estrecha a la Universidad con las necesidades del país en materia de formación de recursos humanos para el desarrollo científico, técnico y humanístico.

Por su parte, el Programa de Maestría en Psicología tiene como objetivo desarrollar en el alumno las competencias requeridas para el ejercicio profesional de la Psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios clínicos; así como enseñarle las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas; y por último fomentar una actitud ética de servicio acorde con las necesidades sociales.

Las características esenciales del plan de estudios del Programa de Maestría en Psicología son: los alumnos cursan las asignaturas de un tronco común teórico-metodológico que proporcionan 42 créditos, se incorporan a un programa de residencia profesionalizante que proporciona 103 créditos, que corresponden a un total de 145 créditos al finalizar la Maestría y la presentación de un Examen de Competencias Profesionales para obtener el grado. Las entidades académicas donde se llevan a cabo las distintas residencias del programa son Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

<http://www.posgrado.unam.mx/psicología/>

Dentro del Programa de Maestría en Psicología se encuentra la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y constructorista que se imparte en la Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El Programa de Residencia tiene una duración de cuatro semestres a lo largo de los cuales se

integran los cursos teórico-metodológicos del tronco común, y las actividades específicas de la residencia, la práctica clínica supervisada y las actividades académicas complementarias, tales como, talleres, seminarios cursos, a fin de dar el sustento teórico al trabajo clínico que se lleva a cabo en las prácticas. Para conocer cómo se organizan y desarrollan las actividades de la residencia, el mapa curricular, las entidades o sedes académicas, los escenarios clínicos, los responsables académicos y los supervisores ver los anexos 1, 2 y 3.

<http://www.posgrado.unam.mx/programas/Psicología.pdf>

Durante la residencia, se capacita al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccionismo Social y los modelos que se derivan de esta perspectiva, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados. Los estudiantes conocen y aplican las modalidades de intervención de los modelos de terapia, así como su evolución histórica, desde los enfoques centrados en estructura, en proceso, y en la construcción del significado. Conocen también los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan.

http://www.posgrado.unam.mx/psicología/residencia_11.pdf

La adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos permiten al profesional atender las problemáticas que se presentan en la sociedad, como las conductas suicidas que en muchos casos éstas han sido consideradas como la solución a las situaciones problemáticas, de crisis o estrés, entre otras; ante las cuales las personas afectadas no encuentran alternativas para salir de ellas o superarlas, por lo que recurren a las conductas suicidas, sin embargo en la Terapia Familiar Sistémica y la Terapia con visión Posmoderna existen una variedad de modelos a partir de los cuales se puede atender a la población con conductas suicidas, así como a los familiares y personas más cercanas quienes son afectadas, al brindar un abanico de posibilidades y opciones que no se vislumbraba antes, durante y/o después de haber tenido algún tipo de conducta suicida.

Dentro de los modelos de Terapia Familiar Sistémica se encuentran el Modelo Estructural, el Modelo Estratégico, el Modelo Centrado en los Problemas(MRI), y el Modelo del Grupo de Milán cada uno de ellos cuenta con sus respectivas técnicas de evaluación, intervención y estrategias terapéuticas, mediante las cuales el terapeuta atiende las conductas suicidas de manera directiva, cálida y empática, de tal manera que se pueden favorecer las relaciones y la comunicación entre los miembros de la familia, modificar la disfuncionalidad familiar, modificar y/o ampliar los puntos de vista y la realidad familiar dentro de un marco de referencia conveniente, considerando que todas las personas cuentan con elementos y recursos indispensables para lograr los cambios necesarios, se hacen evidentes las habilidades, se refuerzan y se buscan nuevas formas de reaccionar ante las situaciones de crisis.

En la atención de las conductas suicidas se procura desestigmatizarlas de su connotación negativa y se opta por comprender los factores precipitantes y de riesgo dentro de los cuales se presentan. En el caso del suicidio consumado, se propone trabajar en la elaboración del duelo y la pérdida, así como en la desculpabilización y en la elaboración de un proyecto objetivo a futuro, que permita a los sobrevivientes de la persona fallecida continuar con sus propias vidas de manera positiva.

Los Modelos de Terapia Familiar con una visión Posmoderna son el Modelo Centrado en las Soluciones, el Modelo de Terapia Narrativa, el Equipo Reflexivo y la Terapia Colaborativa, en este tipo de modelos su principal característica es que el terapeuta es el experto en ayudar a solucionar problemas más no es experto en el o los problemas de los consultantes, dentro del marco de la terapia se habla de lo que el consultante desea hablar, se le escucha y se le acompaña en su camino con la finalidad de generar significados diferentes, de tal manera que los consultantes construyan un nuevo y positivo sentido a lo que ha acontecido en sus vidas, también se trabaja resaltando las habilidades y posibilidades para afrontar problemas, así como en desarrollar nuevas que promuevan el bienestar personal y familiar y social.

Cabe mencionar que tanto los modelos de Terapia Familiar Sistémica como los modelos con una visión Posmoderna trabajan con el contexto social básico que es la familia sin embargo cuando es necesario se trabaja con el contexto social más amplio (familia extensa, centro escolar, centro laboral, otros profesionales, instituciones, etc.) mediante los cuales se puede favorecer el cambio.



Por lo anterior se consideran a los Modelos de Terapia Familiar Sistémica y los Modelos con visión Posmoderna como medios viables para la atención de las conductas suicidas, a través de sus diversas intervenciones terapéuticas, favoreciendo de igual manera la prevención desde el momento en que se detectan factores de riesgo, así como la vulnerabilidad o determinada sintomatología de uno, dos o varios miembros de la familia, permitiendo una adecuada y oportuna atención que evite una situación traumática como son las conductas suicidas.

1.3 Principales problemas que presentan las familias

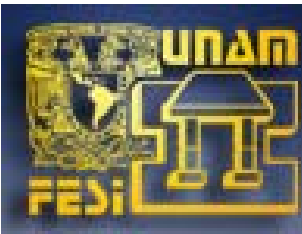
En los escenarios clínicos en los que se realizó la práctica clínica supervisada, no sólo se atendieron las conductas suicidas, ya que a ellos acude población heterogénea, con igual diversidad de situaciones problemáticas. Los problemas que se observan en las familias a las que se brindó el servicio de Terapia Familiar dependieron del escenario clínico del que se trató. En la Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCH-A) de la UNAM, la población a la que se atendió fueron adolescentes que se encontraban cursando bachillerato, se atendieron dos casos de exalumnas y un caso del personal de intendencia. Las problemáticas más frecuentes que se presentaron en este escenario clínico durante el segundo y cuarto semestres de la Maestría, fueron de tipo académico (ausentismo, bajo rendimiento, reprobación), mala relación padres e hijos, conductas suicidas, consumo de drogas, problemas de salud a nivel físico y emocional.

Otro de los escenarios clínicos en los que se brindó atención terapéutica, fue la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Tlalnepantla del ISSSTE, en esta institución se atendió a la población derechohabiente al servicio, esto implicó que los consultantes oscilaran en distintos rangos de edad y con problemáticas variadas. Las problemáticas tratadas en el segundo y cuarto semestres fueron desórdenes alimenticios, enfermedades físicas, problemas de pareja, depresión, enuresis, problemas académicos y de conducta a nivel escolar, padecimientos psiquiátricos, conductas suicidas.

Un tercer escenario de atención clínica fue la Clínica de Terapia Familiar del la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), en el cual se brindó servicio terapéutico al personal de la Facultad y a la comunidad en general mientras se cursaba el tercer semestre de la residencia. Los problemas más frecuentes se dieron en la relación de pareja, en la mayoría de ellos con violencia física y emocional; en otros casos se atendieron problemas de rendimientos escolar relación padres e hijos y encopresis, conductas suicidas (Ver cuadro 3⁴).

CUADRO 3			
Familia	Escenario Clínico	Semestre	Motivo de Consulta
1	 cchazc.unam.mx Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH-A)	2º	Sentimiento de vacío que tiene desde niña no la deja continuar con su vida.
2			Adolescente consume drogas.
3			<i>Integración de adolescente con compañeros de la escuela e intento de suicidio.</i>
4			Problemas de relación familiar, académicos y de salud.
5			Problemas académicos en adolescente y en la relación madre-hijo.
6			Problemas de asistencia a clases y divorcio de los padres.
7	 Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE		Sra. trata de ayudar a su hija quien presenta problemas de desorden alimenticio.
8			Enfermedad crónico-degenerativa.
9			<i>Infidelidad de esposo e intento de suicidio.</i>
10			Madre: Duelo del esposo, depresión, soledad y tristeza. Hija: Baja autoestima por enfermedad en su pierna.
11			Vómito y enuresis en una niña de 6 años.

⁴ Los casos que se muestran en letras cursivas y negritas, son en los que se presentaron conductas suicidas antes y durante el proceso terapéutico.

CUADRO 3 (CONTINUACIÓN)			
Familia	Escenario Clínico	Semestre	Motivo De Consulta
1	 <p>Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala (FESI)</p>	3º	Bajo promedio escolar de hija menor.
2			Desacuerdos y conflictos como pareja
3			Problemas de pareja y violencia física
4			Pareja que llegó a los golpes
5			<i>No terminó la escuela y no tiene preparación para trabajar. Esposo machista. No se encuentra a sí misma, trae cosas del pasado que tiene que perdonarse. Ideas suicidas.</i>
6			Problemas de pareja debido al alcoholismo de esposo, aunado a que siente que siempre hace las cosas por satisfacer a los demás.
7			Momento de crisis en la vida de la paciente
8			Apoyo para ayudar a hija mayor con esquizofrenia.
9			Madre: Desea tener una sana relación con su hijo; una familia integrada. Hijo: Lloro, gastritis fuerte, vomito.
10			Encopresis de hijo menor

CUADRO 3 (CONTINUACIÓN)

Familia	Escenario Clínico	Semestre	Motivo De Consulta
1			Muerte de padre y abuela materna el mismo día. Cambio de domicilio.
2			Agresiva con su hija y dificultad en su relación de pareja.
			Angustia, tristeza, desesperación, se siente incomprendida por su esposo. Ideas suicidas.
3			Adolescente no respeta a nadie, lo dejan hacer lo que quiere, su papá no esta porque se va a trabajar y no se entera de lo que pasa con él.
4			Depresión en adolescente y mala relación madre-hija.
5	Bajo rendimiento escolar en adolescente y mala relación madre-hija		
6		4º	Problemas de pareja, violencia, celos de esposo.
7			Separación de la pareja. Bajo rendimiento escolar y problemas de conducta en ambos hijos
8			Hiperactividad, hijo tiene etapas de agresividad, pega a quien se le pone enfrente.
9			Enuresis de hija y mala relación de pareja.
10			Violencia de hijo menor y problemas psiquiátricos de segundo hijo.
11			No hay relación con hijo mayor a raíz de separación con su esposo.
12			Miedo que a su hija le pase lo mismo que a ella (crisis de ansiedad).

2. Características de las Sedes y Escenarios donde se realiza el trabajo clínico.

2.1 Descripción de las sedes y escenarios clínicos.

El Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar tiene como sedes a la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). La sede donde llevé a cabo los estudios de la Residencia fue la FESI, la cual cuenta con aulas, equipo necesario (mobiliario, de computo, acervo biblio y hemerográfico) para impartir los cursos formales escolarizados y el entrenamiento supervisado y los recursos humanos capacitados para tal fin (docentes, supervisores y tutores).

El entrenamiento práctico supervisado tuvo lugar en tres escenarios clínicos: la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), la Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco (CCH-A) y en la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Tlalnepantla del ISSSTE, mismas que se describen en seguida, a partir de sus características físicas.

LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR DE LA FESI

La Clínica de Terapia Familiar de la FESI se encuentra dentro de las instalaciones de la FESI, en el primer piso del edificio de Endoperiodontología. La FESI se ubica en Av. de los Barrios # 1, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, C. P. 54090.

La Clínica ha sido remodelada, sin embargo en el momento en que se realizó la practica supervisada contaba con tres salas pequeñas de aproximadamente 2 x 3 mts.: en una de ellas se realizaba el trabajo de terapia, en otra el equipo de supervisados y la(s) supervisora(s) observaban el proceso terapéutico a través de un espejo de visión bidireccional (Cámara de Gesell) y en la tercera el equipo de trabajo llevaba a cabo la discusión de cada caso.

La sala de terapia contaba con 5 sillas cómodas, una mesa pequeña, una televisión de 25 pulgadas colocada por un soporte, una videocasetera colocada bajo la TV, una cámara de video, un micrófono, un teléfono intercomunicador y un archivero de dos gavetas para guardar los expedientes. En la sala de observación pequeña 12 sillas, un teléfono intercomunicador y un aparato de sonido, el cual permitió escuchar lo que se comentaba en la sala de terapia. La sala de discusión tenía 12 sillas y un escritorio.

LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR EN EL CCH-A

En el segundo piso del edificio del SILADIN del CCH-A se encuentra la Clínica de Terapia Familiar. El CCH-A se localiza en Av. Aquiles Serdán # 2060 Col Exhacienda del Rosario, Del. Azcapotzalco, México, D.F., C. P. 02020.

La Clínica consistía de una sala bastante amplia de aproximadamente 40 metros cuadrados, con espacio para la terapia, para llevar a cabo la discusión y recepción. En la Clínica también se contó con una cámara de Gesell de

aproximadamente 3 x 4 mts., la sala de terapia contaba aproximadamente con 4 sillas y 2 sillones, un archivero de madera con un cajón y una puesta, una barra de madera, un teléfono intercomunicador y una cámara de video desmontable, el espacio de discusión tenía dos mesas grandes, ocho sillas y un pizarrón verde, en el espacio de recepción había una mesa grande y dos anaqueles. La cámara de Gesell contaba con 4 sillones, 10 sillas, un soporte con una televisión de 25 pulgadas y una videocasetera, un espejo de visión bidireccional, una mesa pequeña y un teléfono intercomunicador. La Clínica contaba con un sistema de circuito cerrado, a través del cual, los supervisados y supervisora veían y escuchaban a través de la TV. lo acontecido en la sesión terapéutica.

LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA DEL ISSSTE

La Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE se localiza en la Calle de Chilpancingo # 68 Col. Valle Ceylan, Tlalnepantla, Edo. de México.

Para llevar a cabo las sesiones de Terapia Familiar dentro de la Clínica del ISSSTE, se contó con el cubículo de la psicóloga de la Clínica, el cual media aproximadamente 3 x 5 mts., en él había 5 módulos de tres sillas, dos sillones, un escritorio, una computadora, un archivero de tres gavetas, un librero pequeño, una cámara de video, una televisión de 25 pulgadas y una videocasetera colocadas en un soporte y un pizarrón blanco pequeño.

Debido a que no se contaba con cámara de Gesell, el Sistema Terapéutico Total (supervisados, terapeuta, supervisora(s), psicóloga de la CMF y familia) se encontraban dentro del mismo espacio, colocados de forma estratégica (el terapeuta en turno frente a la familia tratante, el resto de terapeutas, supervisora(s) y la psicóloga de la Clínica detrás de la familia).

2.2 Análisis sistémico de los escenarios clínicos.

Los escenarios en los que se realizó el trabajo terapéutico con las familias tratantes, se encuentran inmersos en determinados contextos, son parte de ellos y a la vez contienen contextos específicos de acuerdo a las funciones que desempeñan, es decir son sistemas de un sistema y a la vez son sistemas que contienen otros sistemas. La Terapia Familiar que se brindó en los diferentes escenarios permitió a los terapeutas en formación y supervisores establecer relaciones principalmente de atención psicológica, de prevención y tratamiento con los sistemas individual, de pareja, familiar, escolar y laboral con el objetivo de lograr el bienestar de los consultantes, relaciones en las que se promovió la colaboración, el respeto, la calidez, comprensión, aceptación hacía los tratantes y la reciprocidad de algunos de éstos aspectos de los consultantes hacia el equipo de terapeutas.

Cabe mencionar que el trabajo de la Terapia Familiar en cada uno de los escenarios clínicos, los sistemas involucrados fueron: el sistema terapéutico total, el sistema terapéutico, el sistema de supervisión y el sistema de terapeutas (Desatnik, Franklin y Rublo, 2002; Troya y Aurón, 1988). A la vez el trabajo clínico realizado por el sistema de terapeutas se encontraba inmerso en sistemas institucionales públicos, de educación y de servicios de salud.

La relación establecida con las instituciones en las que se encontraban los escenarios para la atención terapéutica, dependió de cada institución, sin embargo en cada una, las relaciones y las reglas estuvieron perfectamente definidas al establecer los espacios físicos a utilizar para brindar terapia, horarios preestablecidos, canalización adecuada y oportuna al servicio de terapia, apoyo, colaboración mutua, entre otras.

En los próximos tres apartados se hablará de las instituciones en las que se encontraban inmersos los tres escenarios clínicos.

LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR DE LA FESI

En las instalaciones de la FESI se encuentra la Clínica de Terapia Familiar. La FESI es un sistema educativo que se integra por los subsistemas de alumnos, docentes, investigadores, personal administrativo e intendencia. Subsistemas que se encuentran en interrelación y que en conjunto conforman un sistema con una estructura debidamente organizada en su funcionamiento que incluye formar personas con un crecimiento personal y profesional que satisfagan las necesidades de la sociedad a través de tres ideas rectoras: el fortalecimiento y consolidación de la multidisciplinaria; la cohesión y desarrollo armónico del pregrado, posgrado e investigación; y la Consolidación de un desarrollo científico, tecnológico y humanístico; ideas que se llevan a cabo mediante las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento económico y autogestión de recursos.
- Cualificación, promoción y desarrollo académico.
- Impulso a la investigación y definición de áreas estratégicas de conocimiento.
- Compromiso institucional, ética y cultura del trabajo.
- Extensión universitaria y servicios a la comunidad.
- Plan maestro de mantenimiento de la infraestructura de soporte para las actividades académicas.

(Sandoval, 2003)

Como en todo sistema en la FESI existen niveles jerárquicos, en el rol ejecutivo se encuentra el Director como la máxima autoridad quien tiene como principal función velar para que se cumplan las actividades docentes, curriculares y administrativas que rigen la estructura escolar.

En el anexo 4 (organigrama), se muestran los diferentes elementos que conforman la estructura del sistema educativo denominado FESI, la cual a grandes rasgos por orden jerárquico descendente se encuentra el Director a la par del Consejo Técnico, le siguen el Secretario General Académico y Asesor jurídico, en un tercer nivel están diversas unidades como las de: Administración Escolar, Documentación Científica, Servicios de Apoyo, Programa de Estudios Superiores, Programa de Investigación y Programa de Estudios de Posgrado, en un cuarto

nivel de jerarquía se ubican las jefaturas de diversas carreras: de Biología, Odontología, Psicología, Medicina y Enfermería.

Dentro del Programa de Estudios de Posgrado se ubica la coordinación de Estudios de Maestría y Doctorado en Psicología, de la que a su vez se deriva la Residencia en Terapia Familiar en Iztacala de ella depende la Clínica de Terapia Familiar.

La Clínica de Terapia Familiar se rige bajo los lineamientos claramente establecidos tanto por la estructura de la FESI, como los del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.

Las relaciones que establece con otros elementos del sistema como la CUSI, el área de Evaluación Psicológica y de Posgrado son de colaboración, respeto, complementariedad en donde cada elemento conoce sus límites involucramiento en el desempeño de cada área profesional.

Por lo que respecta a los elementos que conformaban el trabajo clínico, la o las supervisoras desempeñan la jerarquía mayor, en cuanto a la organización del trabajo, en conocimiento y experiencia profesional, sin embargo en muchas ocasiones en las actividades de la práctica supervisada alternaron su jerarquía al reconocer y aceptar las opiniones, sugerencia y recomendaciones de los terapeutas en formación.

Las relaciones entre el equipo de supervisión siempre fueron de respeto, escucha, discusión, reflexión, apoyo, respaldo ante el trabajo con las familias y de la persona del terapeuta. Las reglas de trabajo y administrativas fueron claras desde el momento de llegar por vez primera a la Clínica.

Las reglas con los pacientes fueron claras al establecer las condiciones de asistir al servicio de terapia, pues se asignaron horarios, tolerancia en la asistencia a sus citas, condiciones de baja, costos por el servicio, cumplimiento de tareas o actividades a realizar fuera del espacio terapéutico entre otros.

Además de las relaciones terapéuticas con los pacientes, ellos mostraban afecto y cariño por el terapeuta al frente de su caso y gratitud por el equipo de terapeutas que se encontraban detrás del espejo bidireccional, pues la mayoría de los pacientes tenían una incertidumbre al no saber quienes eran “sus otros terapeutas”, se sentían alagados y complacientes al saber que varios profesionales estaban interesados en ayudarlos, esta situación no fue indiferente para el equipo de supervisión pues las familias brindaban un gran aprendizaje de sobrevivencia, persistencia, esfuerzo y superación lo cual contribuyó tanto a la formación profesional como a la crecimiento de la persona del terapeuta.

LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR EN EL COLEGIO CCH-A

El CCH-A es otra institución sistémica educativa de la UNAM, en la que se incluye una Clínica de Terapia Familiar, los subsistemas se componen de alumnos docentes, personal administrativo y de intendencia, la estructura de la institución se ve organizada por el intercambio de información entre los diversos subsistemas. El CCH-A persigue que sus estudiantes de bachillerato a través de las orientaciones del quehacer educativo: Aprendan a Aprender, Aprendan a Hacer, Aprendan a Ser y sea un alumno crítico.

El modelo Educativo del CCH es de cultura básica, propedéutico (prepara al estudiante para ingresar a la licenciatura con los conocimientos necesarios para su vida profesional) y está orientado a la formación intelectual, Ética y social de sus alumnos considerados sujetos de la cultura y de su propia educación. <http://www.cch.unam.mx/modelo.php>

Los niveles jerárquicos (Anexo 5), en orden descendente, en el sistema del CCH-A son los siguientes: Director, en primer lugar; enseguida se localizan el Asesor jurídico y el Secretario particular; en un tercer nivel se ubican la Secretaría General, la Unidad de información y divulgación académica; la Unidad de planeación y la Secretaría administrativa; en el siguiente nivel se localizan distintas Secretarías como la de: Asuntos estudiantiles, Académica, docente, Administración Escolar y Técnica. De la Secretaría académica se desprenden las áreas de: Matemáticas, Ciencias experimentales, Histórico sociales y Talleres, lenguaje y comunicación. De la Secretaría docente las secciones de: Matemáticas, Ciencias experimentales, Histórico sociales y Talleres, lenguaje y comunicación. En la Secretaría de administración escolar se ubican los Departamentos de: Control escolar, Laboratorio, Biblioteca, Impresiones, la Unidad de producción de material didáctico y audiovisual y el Aula de Teleconferencias. De la Secretaría técnica el auxiliar técnico. De la Secretaría Administrativa se desprenden varios Departamentos como: Personal académico, personal administrativo, de Aprovechamiento e inventarios en éste se integra el auxiliar administrativo y de inventarios; de Mantenimiento y conservación, Intendencia y vigilancia, Residente de obras, de Control presupuestal del que se desprende la Oficina de distribución de material didáctico y el de Sistemas del que se derivan el Laboratorio de cómputo curricular, Aula de medios digitales y Depto. de computo.

De la Secretaría de Asuntos estudiantiles se derivan el Departamento de Psicopedagogía, el Departamento de difusión cultural, Educación física, opciones técnicas y Servicio médico. A la Clínica de Terapia Familiar se le ubica dentro del Depto. de Psicopedagogía pues es con éste con quien tiene estrecha relación al ser canalizados de ahí a los solicitantes del servicio de terapia y con el cual se mantuvo buena comunicación en los momentos requeridos por ambas partes.

La interrelación tanto con el sistema en general como con el Depto. de psicopedagogía fue positiva, por parte de la comunidad (estudiantes, empleados, padres de familia) hubo aceptación, la demanda del servicio era grande (siendo gratuito), el apoyo brindado fue la libertad del trabajo, respeto y colaboración.

En cuanto a la dinámica entre los terapeutas en formación, con la supervisora y los pacientes fue muy similar que en el trabajo realizado en la FESI.

LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA DEL ISSSTE (CMF)

El ISSSTE es una institución de seguridad social, dedicada a contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes; mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios médicos; prestaciones económicas y culturales; vivienda, tiendas y farmacias; y servicios turísticos. La visión de la institución es que los derechohabientes cuenten con servicios acorde a sus necesidades y expectativas, normados bajo códigos de calidad y calidez que

permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida.

Una de las áreas de servicios de salud, son las Delegaciones en las que se encuentran las Clínicas de Medicina Familiar (CMF), en la en la CMF Tlalnepantla se brinda el servicio de Terapia Familiar por parte de alumnos y supervisoras del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM.

<http://www.issste.gob.mx/issste/>

El sistema de la CMF Tlalnepantla tiene con rol ejecutivo al Director, los siguientes subsistemas son: Subdirección Médica, Coordinación de enseñanza e investigación y la Subdirección administrativa. También se encuentran cuatro Coordinaciones y tres Jefaturas, conformadas por diversas áreas como Medicina, Odontología, Laboratorio, Enfermería, Trabajo Social y Psicología, también se encenfran las áreas del personal administrativo y de intendencia. Todos los elementos de cada uno de los subsistemas trabajan en conjunto, con espacios físicos bien definidos y límites claros y comunicación abierta, de tal manera que se fomenta un ambiente que favorece el servicio de calidad a los derechohabientes (Ver Anexo 6).

La CMF Tlalnepantla ofrece servicios de Medicina Preventiva y Salud Reproductiva, Odontología, Laboratorio Clínico, Ultrasonido, Trabajo Social, Radio-diagnóstico, consulta externa y urgencias médicas a sus derechohabientes. También brinda ciertos servicios a la comunidad en general como vacunación, planificación familiar, cursos, talleres, conferencias y platicas que abarcan temas de salud integral.

La Clínica de Terapia Familiar se ubica dentro del área de Psicología, de la cual depende directamente, también está en estrecha relación con el área de Trabajo Social, el Departamento de Medicina Familiar y con el personal administrativo. La interrelación con estas áreas de la institución favoreció la optimización del servicio de Terapia Familiar en cuanto a canalizaciones, horarios preestablecidos, constancias del servicio, etc.

La relación que se tuvo con la Psicóloga de la CMF fue de gran relevancia pues brindó el apoyo necesario para la comprensión, vinculación y atención de algunos casos al dar sugerencias y aportaciones que favorecían la fluidez en el trabajo con los usuarios.

En este escenario clínico la relación entre terapeutas en formación y supervisoras, además de las acciones de colaboración mutua, respeto, sugerencias de enriquecimiento en el desempeño terapéutico y acciones de rescate del terapeuta ante ciertas problemáticas, hubo una particularidad al trabajar mediante la supervisión y sugerencias clínicas a través del pizarrón blanco, esto debido a las condiciones de trabajo, en el que tanto el Sistema Terapéutico Total se encontraba en un mismo espacio (cubículo de psicología), lo cual promovió el mejor aprovechamiento del lenguaje no verbal, y el proceso deductivo pues, la función de la o las supervisoras era escribir las ideas central a partir de la cual el terapeuta, desarrollaba y ampliaba su evaluación e intervención terapéuticas.

Sin embargo en la etapa de elaboración del mensaje, en el que se pedía a la familia salir unos minutos del cubículo de psicología, el equipo de terapeutas

mantuvo una relación de retroalimentación y en la que se aportaban sugerencias de intervención en un ambiente de respeto y apoyo.

La relación con los pacientes y el quipo de terapeutas al igual que en los otros dos escenarios fue de aceptación, respeto, gratitud, si bien la primera y segunda sesiones generalmente era de gran impacto para los miembros de la familia estar y hablar ante varios terapeutas, sin embargo al sentirse escuchados, atendidos, comprendidos, validados en su sentir y pensar, interrelacionaban no sólo con su terapeuta al frente de su caso, sino en cierto momento interactuaban con los terapeutas en formación y la o las supervisoras.

La interacción con los diversos macro y microsistemas de las tres instituciones donde se brindó el servicio de Terapia Familiar por parte de los terapeutas en formación, dependieron de los objetivos de la institución en general y del Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar en particular, sin embargo el objetivo fundamental de ambos sistemas fue la promoción de la salud integral de los consultantes.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes y escenarios clínicos.

La práctica clínica supervisada se realizó en diversos escenarios mediante el sistema de rotación, es decir, los terapeutas practicantes de acuerdo al semestre cursado y al equipo (2 equipos de 5 terapeutas) en que se encontraron incluidos, cambiaron de escenario para llevar a cabo la práctica clínica del Programa de Maestría.

Los escenarios se organizan de la siguiente forma: un equipo de terapeutas es supervisado durante un semestre en la Clínica de Terapia Familiar del CCH-A y en la CMF Tlalnepantla del ISSSTE; el otro equipo de terapeutas es supervisado en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI. Dependiendo del semestre que se esté cursando puede haber la presencia de una supervisora o un equipo de dos supervisoras, en el escenario clínico de la FESI se cuenta con dos equipos de supervisoras.

La rotación se da en el momento en que el equipo de terapeutas que estuvo en la práctica clínica en el escenario del CCH-A y la CMF se cambia el siguiente semestre al escenario de la FESI y el equipo que estuvo en el escenario de la FESI se cambia a los escenarios clínicos del CCH-A y la CMF, esta rotación se realiza durante los cuatro semestres del Programa de Maestría. El primer semestre los residentes se integran a un equipo de supervisión como observadores de los residentes del tercer semestre y en los restantes tres semestres como supervisados de la práctica clínica.

Como se puede visualizar en el cuadro 3 de la sección 1.1.3, durante el segundo semestre la práctica clínica supervisada se realizó en el CCH-A y la CMF Tlalnepantla, el tercer semestre se atendió a la población solicitante en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y a lo largo del cuarto semestre, el trabajo terapéutico se dirigió nuevamente a la población del CCH-A y los derechohabientes de la CMF Tlalnepantla. Es importante mencionar que como parte de la formación de terapeutas familiares el Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar de la FESI, en mi caso durante el primer semestre

el equipo del cual fui integrante presencié el trabajo terapéutico en el CCH-A y la CMF Tlalnepantla.

El trabajo clínico inicia cuando se asigna a cada residente dos familias por semestre, es decir una en cada escenario clínico. La asignación de pacientes se realiza mediante la canalización. En la Clínica de Terapia Familiar de la FESI también se asignan dos familias, pues como se mencionó anteriormente, la supervisión se realiza con dos equipos de supervisoras.

En el CCH-A, los interesados en el servicio de terapia, llenan una solicitud en el área de Psicopedagogía, anotando sus datos personales y una breve explicación del motivo de consulta, las solicitudes recolectadas son entregadas a la supervisora quien a su vez, las entrega a los cinco terapeutas practicantes. En el ISSSTE, los derechohabientes solicitaban el servicio de psicología directamente con la psicóloga, a través del áreas de Trabajo Social o con su medico familiar, la atención terapéutica también podía ser sugerida por alguna de éstas tres instancias.

La psicóloga de la CMF del ISSSTE se encargaba de recolectar la información de los solicitantes, a su vez, por autorización de la(s) supervisora(s) asignaba a los terapeutas en entrenamiento, las familias a tratar, proporcionando el familiograma con los datos personales, sociodemográficos y el motivo de consulta.

En la clínica de Terapia Familiar de la FESI, los servicios se brindan a la población tanto de la institución como a la población en general, por lo cual llenan una solicitud con sus datos personales y su motivo de consulta y la depositan en un buzón que se ubica en la clínica y una de las supervisoras se encarga de recoger las solicitudes y entregarlas a los practicantes.

Una vez que se asignan los pacientes a los terapeutas en entrenamiento, cada uno se pone en contacto vía telefónica con el o los solicitantes para acordar la fecha de su primera cita, cabe señalar que para realizar la llamada telefónica con los solicitantes, se emplean los siguientes lineamientos: presentación del terapeuta, se explica el motivo de la llamada, se indaga sobre el motivo de consulta, elaboración del familiograma, explicación del encuadre y reglas del trabajo terapéutico, se establece día y hora de la primera consulta (Ver anexos 7 y 8).

A partir de la primera sesión cada uno de los terapeutas debe otorgar al resto de los terapeutas y a la(s) supervisora(s) de forma impresa (actas) los datos recopilados de la llamada telefónica, así como los de la primera entrevista y los de las hojas de seguimiento de cada sesión. Cada acta incluye los datos del Programa de Maestría, de la sede y escenario clínico, de la familia, del terapeuta, supervisoras, terapeutas, etc. (Ver anexo 8). En la Clínica de terapia Familia de la FESI, las actas son los resúmenes de aproximadamente dos o tres cuartillas de cada sesión. En la CMF Tlalnepantla se elabora un resumen muy breve para anexarlo al expediente del derechohabiente; a la psicóloga de la CMF, a la(s) supervisora(s) y al resto de los terapeutas se les proporciona un resumen similar al que se elabora en el trabajo de la FESI. Las actas que se entregan al equipo de supervisión del CCH-A son las transcripciones de los que acontece en cada una de las sesiones del trabajo con el o los pacientes.

En las Clínicas de Terapia Familiar de la FESI y del CCH-A se crea un expediente de cada caso, en el cual se van anexando cada una de las actas; en la CMF, a psicóloga es la encargada de integrar el acta correspondiente al expediente de cada derechohabiente que acude a terapia.

Respecto a las sesiones que se tienen con cada paciente(s) (individual, pareja, familia), se brinda una sesión cada dos semanas, debido a los horarios y turno de trabajo de cada terapeuta-paciente. La práctica clínica supervisada se rige por un procedimiento, el cual se divide en varias etapas: pre sesión con duración de 10 a 15 min., sesión de 50 minutos (incluye la pausa de aproximadamente 5 minutos), mensaje con duración de 5 a 10 min., y la última etapa es la postsesión que dura de 10 a 15 minutos.

En la pre sesión se leen o se exponen brevemente las actas, se sugieren las técnicas de intervención, el estilo del terapeuta, se aclaran dudas, se formulan hipótesis, etc.

La sesión incluye recolectar información para evaluar el caso y poder formular hipótesis, se aplican las intervenciones convenientes.

En la pausa el equipo de supervisión hace comentarios de lo sucedido en la sesión y se elabora un mensaje en el que se resaltan los aspectos positivos, se elaboran cuestionamientos, se encomiendan ciertas actividades como tareas que favorezcan en la solución del problema.

El mensaje se expone al o los miembros de la familia, algunas veces se hace una retroalimentación con ellos respecto al mensaje y en otras es conveniente expresar el mensaje y dejarlos ir para que reflexionen sobre los que se les dice en él.

En la última etapa, la postsesión se hacen sugerencias de trabajo para la siguiente sesión, se comenta respecto a lo que pasó en la sesión, sobre el impacto del mensaje, las reacciones ante las intervenciones, la actitud de la familia, también se habla acerca de los aspectos que experimentó el terapeuta como terapeuta y como persona (su sentir, empatía o rechazo, incomodidad entre otros), los aciertos y desaciertos en la terapia.

En general el procedimiento de la práctica clínica supervisada es similar en todos los escenarios clínicos. Las similitudes entre las Clínicas de Terapia Familiar de la FESI y del CCH-A es que ambas cuentan con un espacio de terapia y una cámara de Gesell e interfón por medio del cuál el Sistema de Supervisión y el Sistema Terapéutico se encuentran en constante comunicación. En la elaboración del mensaje el terapeuta se integra con el Sistema de Supervisión en la cámara y regresa a la sala de terapia para exponer el mensaje.

A diferencia de los dos escenarios antes mencionados, la CMF Tlalnepantla no cuenta con cámara de Gesell, por lo que el Sistema Terapéutico Total se encuentra en el mismo espacio, el terapeuta tiene de frente a la familia y atrás de ella se ubica el Sistema de Supervisión; la supervisora mantiene comunicación con el terapeuta mediante un pizarrón blanco en que le escribe las sugerencias de intervención, preguntas, afirmaciones o temas a tratar. El mensaje se elabora después de pedirle a la familia se retire unos minutos de la sala de terapia y para expresarles el mensaje, se solicita a la familia regrese a la sala.

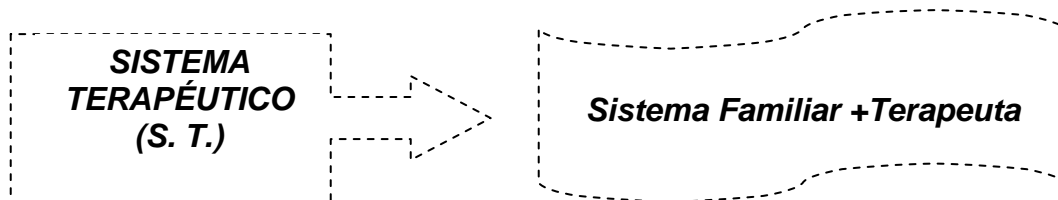
Cómo se ha mencionado, la práctica clínica supervisada se lleva a cabo mediante una secuencia de etapas, sin embargo puede variar de acuerdo a las necesidades de cada caso.

2.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total

En la formación de terapeutas familiares el Sistema Terapéutico Total tiene que ver con la supervisión en el trabajo clínico y es conveniente reconocer a ésta como un proceso complejo en el que es necesario reconocer una multiplicidad de visiones acerca de los diferentes niveles implicados: la familia, los terapeutas, los equipos de supervisión, los supervisores y el contexto en el que se incluye la institución en la que están inmersos. En la supervisión es importante una formación congruente con los marcos teóricos de referencia, tiene que ver con quiénes somos, de dónde venimos, cuál es nuestra ideología, valores y significados, además de un proceso continuo de retroalimentación (Desatnik, Franklin y Rublo, 2002)

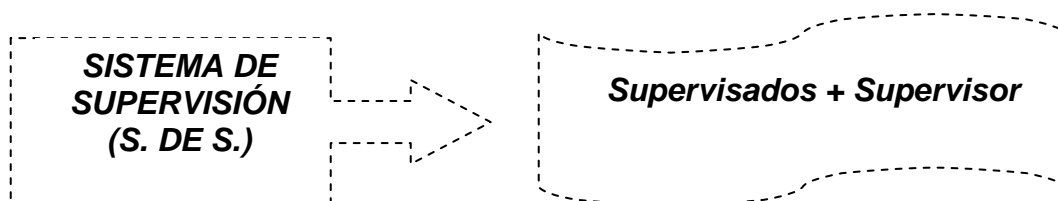
La supervisión es un espacio de integración teórico en el que se diagnóstica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos terapéuticos y se da continuidad al proceso (Troya y Aurón, 1988).

Para Desatnik, Franklin y Rublo (2002), Troya y Aurón (1988) el contexto en el que ocurren el hecho clínico y la supervisión es el siguiente:



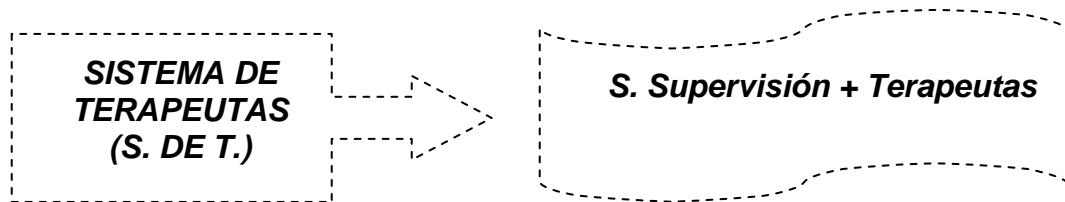
A cada terapeuta se le asignan familia, considerando el tipo de demanda que presenta y el nivel de formación del alumno, tratando de que sean compatibles.

El terapeuta, con la familia que atiende forman un subsistema de se determina *Sistema Terapéutico*.

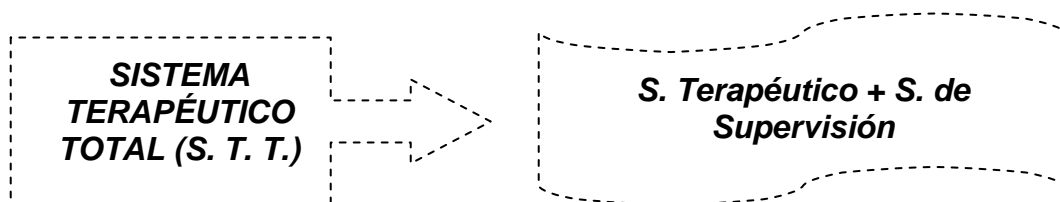


El terapeuta trabaja con su grupo de terapeutas, que están participando del proceso terapéutico detrás de la cámara de Gesell, donde también participa el

supervisor. Al conjunto de terapeutas más el supervisor se le denomina *Sistema de Supervisión*.



Al conjunto formado por el terapeuta, el grupo de terapeutas y el supervisor, se le llama *Sistema de Terapeutas*.



Al sistema más abarcativo se le llama *Sistema Terapéutico Total*, que incluye al Sistema Terapéutico, al Sistema de Terapeutas y al Sistema de Supervisión.

Dentro de la formación como terapeutas en la Maestría de Terapia Familiar Sistémica en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se ha incluido un grupo de observadores en el proceso de supervisión, el cual es integrado por los alumnos de primer semestre, mismo que queda incluido en el S. T. T.

De acuerdo con Troya y Aurón, *Op. cit.*, para actuar con eficacia dentro del sistema terapéutico, el terapeuta tiene que operar un triple sistema (niveles lógicos diferentes) de referentes:

- Mantener constantemente una visión global del sistema familiar, que debe irse modificando y enriqueciendo a medida que procese e incluya información.
- Simultáneamente interactuar con los distintos subsistemas e individuos desde lugares y roles diferentes en función de los objetivos y estrategias terapéuticas que se proponga, independientemente de la simpatía o antipatía que le despierten los miembros en cuestión.
- También simultáneamente tiene que registrar y comprender la retroalimentación de sus intervenciones en el sistema familiar, sus subsistemas e individuos, no como un observador sino como parte del sistema terapéutico. Para ello cuenta tanto con su propio registro como con la información que le proporcione el equipo detrás del espejo.

El implementar los tres puntos mencionados es una labor difícil e implica un amplio y largo proceso de entrenamiento, análisis personal y supervisión. Supone la necesidad de desprenderse de sus vicisitudes personales como padre, hijo, hermano, etc., y diferenciar los sistemas de normas, reglas, mitos y esquemas culturales que regían la vida de sus familias de origen, los que funcionan en la familia actual, de los de la familia consultante.

Las vicisitudes personales en caso de estar bien incorporadas y elaboradas eventualmente pueden ser un instrumento útil que coadyuve a un mejor desempeño al servicio de los objetivos terapéuticos.

Por otro lado, es frecuente observar que el terapeuta “ha quedado atrapado o chupado por el sistema familiar”, es decir, ha quedado inserto dentro del patrón interaccional de la familia. Con esto alude a la pérdida de la posición meta que es la que permite la visión del sistema familiar y del sistema terapéutico simultáneamente. Por consiguiente pierde individuación y diferenciación en lo que hace a su función terapéutica.

El principio de la recuperación del lugar del terapeuta es discriminar su ubicación en esta triple trama: familia consultante, -familia de origen-familia actual. En ocasiones, un terapeuta podrá hacer esta diferenciación por sí mismo. En otras y particularmente durante el proceso de entrenamiento, puede ser rescatado por un suprasistema que es el de la supervisión.

En lo que respecta al supervisor, como su nombre indica, se encuentra en una posición meta, es decir desde arriba (super-visión). Este “arriba” alude en parte a la jerarquía que marca la experiencia y también a la visión que se obtiene desde un plano diferente y más abarcativo que permite la diferenciación.

Desde ahí observa y discrimina el conjunto formado por el S. F., S.T., S de S. y S. de T., así como buena parte del S.T.T.

El supervisor debe desempeñar una función central: diagnosticar la índole del atropamiento del terapeuta y enseñarle los elementos que le permitan desarrollar la capacidad de salir de las redes de los diferentes sistemas que lo inmovilizan o confunden. Es preciso que el supervisor cuente con una información básica y pertinente acerca de las familiar del supervisando. Otra función de la supervisión es desafiar la realidad de los constructos del terapeuta que no concuerden con la realidad que el S. de S observa. El supervisor debe localizar la parte del sistema a la que corresponde cada dificultad.

Finalmente, el análisis personal, por parte del terapeuta, es requisito para desempeñarse con eficacia como terapeuta familiar (Troya y Aurón, *Op. cit.*).

Segunda parte. Marco Teórico

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.

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

A la Terapia Familiar se le puede ubicar dentro de dos grandes corrientes filosóficas o epistemológicas, por una lado se encuentra la modernidad y por el otro la posmodernidad, a las cuales muchas de las disciplinas científicas retoman para brindar explicación a sus objetos de estudio. La Terapia Familiar no es la excepción pues en su desarrollo y evolución ha adoptado las ideas tanto de la corriente moderna como de la posmoderna en el trabajo clínico. A continuación se brinda una breve explicación de lo que se denomina modernidad y posmodernidad, para enseguida exponer los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica, la Posmoderna y finalmente los modelos de Terapia Familiar que derivan tanto de una corriente como de la otra.

EL MODERNISMO

El modernismo es una tradición filosófica occidental, una era, un discurso monovocal, que representa el ideal del universo, y también los conceptos cartesianos de objetividad, certidumbre, cierre, verdad, dualismo y jerarquía. La tradición modernista es:

El pensamiento que se origina en Descartes y que ha perdurado hasta el siglo XX (...) [y] aspira al ideal filosófico de un conocimiento básico, fundamental (...) que se vuelca hacia adentro, hacia el sujeto cognoscente (...) donde intenta descubrir los fundamentos de una certidumbre en nuestro 'conocimiento' del 'mundo exterior' (Madison, 1988 en Anderson, 1999, p. 63).

En esta tradición, el conocimiento es representativo de un mundo objetivo, que existe con independencia de la mente y los sentimientos, es subjetivamente observable y verificable, es universal y acumulativo, de este conocimiento derivan grandes teorías generalizadoras; el modernismo es un discurso monovocal donde domina la "verdad" y se valora la estabilidad.

Desde esta perspectiva, el sujeto cognoscente es autónomo y separado de aquello que observa, describe y explica. El individuo que conoce es la fuente y validación de todo conocimiento. El individuo es privilegiado.

En el modernismo, al lenguaje se le considera el medio para el conocimiento, o sea, el conocimiento se comunica a través del lenguaje. La función del lenguaje, al igual que la del conocimiento, es brindar experiencias en el mundo, referido a lo que es real (Anderson, 1999).

EL POSMODERNISMO

En lo que respecta al posmodernismo, éste en su versión más simple significa una crítica, no una época. Designa una ruptura en una orientación filosófica que se aparta radicalmente de la tradición moderna, y cuestiona el discurso modernista monovocal como fundamento de la crítica literaria política y social.

El posmodernismo logra el reconocimiento en la década de 1970, no está representado por un autor en particular ni por un concepto unificado, es un coro polifónico de sonidos interrelacionados y cambiantes, de los que cada uno expresa una crítica del modernismo y una ruptura con éste. El pensamiento posmoderno usualmente se asocia con los escritos de los filósofos Mijail Bajtin (1981), Jacques Derrida (1978), Michael Foucault (1972, 1980), Jean-Francois Lyotard (1984), Richard Rorty (1979) y Ludwig Wittgenstein (1961) (Anderson, *Op. cit.*), representa ante todo un cuestionamiento y 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. El posmodernismo rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno) del modernismo, y se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido. El cambio se acepta y se da por supuesto (Anderson, *Op. cit.*).

“El pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva; hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje. El posmodernismo ve al conocimiento como una construcción social, al conocimiento y al conocedor como interdependientes, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Lyotard, 1984; Madison 1988). No podemos tener un conocimiento directo del mundo; sólo podemos conocerlo a través de nuestras experiencias. Continuamente interpretamos nuestras experiencias y nuestras interpretaciones. El resultado es la continua evolución y ampliación del conocimiento” (Anderson, 1999, p. 71).

De acuerdo al filósofo Jean-Francois Lyotard, en la visión posmoderna no hay grandes narrativas legitimizantes. Lo que podría verse como un metadiscurso privilegiado es uno de muchos discursos. También considera que no hay un teoría, descripción o crítica que sea mejor que otras (Anderson, *Op. cit.*).

LA TERAPIA FAMILIAR

El movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar: en la familia no el consultorio médico. La observación en vivo empezó a utilizarse con familias humanas en investigaciones formales o informales durante la década de 1950.

El principal ímpetu para el desarrollo de la terapia familiar procedió de la labor de investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington, D. C.; Lyman Wynne y Margaret Sínger en los Institutos Nacionales de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador

Minuchin y E. H. Auerswald en la Escuela Wiltwyck, en el estado de Nueva York; Iván Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleco en Yale, y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto, por mencionar unos cuantos. Estas personas, sus ayudantes y muchos otros, en ciudades por todo los Estados Unidos, llegaron a ser la espina dorsal de un nuevo y creciente movimiento de práctica e ideas. La mayoría de estos investigadores se concentraron en estudios de las propiedades de la familia como sistema (Hoffman, 1992).

LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Dentro del modernismo surge la Terapia Familiar Sistémica como un modelo con una epistemología diferente a la de la ciencia tradicional positivista mecanicista observada en diversas disciplinas como la física, la biología, las matemáticas, entre otras, las cuales se fundamentan en una epistemología de causalidad lineal y teniendo como postulados principales los siguientes:

- La realidad es estática e inmutable.
- La realidad persiste sin necesidad de un observador.
- La realidad requiere de un método científico para acceder a ella.
- El conocimiento proviene de los sentidos.
- Lo observado debe definirse y cuantificarse.
- La realidad se puede predecir con alto grado de certeza.

Poco a poco se empezó a cuestionar a las formas tradicionales de pensamiento, lo que abrió el paso a un nuevo paradigma para conocer y explicación del mundo y al hombre. Se trata de un nuevo paradigma con una epistemología que retoma conceptos como circularidad o recurrencia, cibernética y sistema, provenientes de algunas de las teorías denominadas modernas que se desarrollan aproximadamente a mediados del siglo XX (Ceberio y Watzlawick, 1998).

La Terapia Familiar Sistémica es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre un individuo aislado. De esta manera la Terapia Familiar Sistémica puede ser descrita como un tipo de tratamiento para los sistemas familiares.

Cabe mencionar, que dentro de los modelos de Terapia Familiar Sistémica se encuentran el Estructural, Estratégico, Centrado en los Problemas del MRI y el denominado Grupo o equipo de Milán.

Las ramas científicas modernas en las que se fundamenta el Modelo de Terapia Familiar Sistémico son: La Teoría General de Sistemas propuesta por Ludwig von Bertalanffy en la década de los 50's, la Teoría Cibernética creada por Norbert Wiener en 1947, se retomó al Constructivismo del historiador Giambattista Vico del siglo XVIII y la Nueva Teoría de la Comunicación de Bateson y el grupo

del Mental Research Institute (MRI), también en la década de los 50's. Los siguientes apartados se refieren a estas ramas del conocimiento científico.

Teoría General de Sistemas.

El concepto de Teoría General de Sistemas fue formulado por primera vez por el biólogo vienés Ludwig von Bertalanffy oralmente en los años treinta y en varias publicaciones después de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo su publicación estructurada, salió a la luz hasta el término de la Segunda Guerra Mundial, alrededor del año 1947 (Eguiluz, 2001), la cual refiere que:

“Existen modelos, principios y leyes que pueden asignarse a los sistemas generalizados o a sus subclases, independientemente de su carácter particular, así como de la naturaleza de los elementos componentes y de las relaciones o “fuerzas” que los ligan. Postulamos una nueva disciplina llamada *teoría general de sistemas*. La teoría general de sistemas es una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los “sistemas”, de esta manera, se hace posible la formulación exacta de términos tales como totalidad y suma, diferenciación, orden jerárquico, finalidad y equifinalidad, etc., términos que aparecen en todas las ciencias que utilizan “sistemas” y que implican la homología lógica de éstos” (Bertalanffy, 1984, pp. 34 y 35).

El concepto sistema como modelo teórico abarcativo, representa un nuevo paradigma, o una nueva filosofía de la naturaleza dentro del pensamiento científico en contraste con el paradigma analítico mecanicista, lineal-causal de la ciencia clásica, este nuevo paradigma tiene una visión orgánica del mundo como gran organización (Bertalanffy, *Op. cit.*; Eguiluz, 2001).

La Teoría General de Sistemas consiste en el estudio científico de los “todos” y “totalidades” y contiene un conjunto de principios aplicables a todos los sistemas (Bertalanffy, *Op. cit.*). Eguiluz (2001) menciona que cuando Bertalanffy se refiere al concepto de “sistema” trata de englobar tanto una célula, como el ser humano, una máquina autorregulable o el universo, por lo que caerían dentro de la definición todos los fenómenos integrados con los diversos aspectos que los componen, así como las interrelaciones que se generan entre ellos.

A continuación se explican los principios de la teoría general de sistemas, de acuerdo a Bertalanffy, *ob. cit.*, los cuales son empleados en la Terapia Familiar Sistémica.

- **Sistema.** Conjunto de elementos relacionados entre sí y con el medio ambiente.
- **Sistemas abiertos.** Sistemas que intercambian materia con el medio circundante. El sistema abierto, importa y exporta información y energía con su medio circundante.
- **Sistemas cerrados.** No efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente. El sistema cerrado no intercambia información con su medio.

- **Sistema relacional.** Conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado en una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades, este va seguida de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitiva modificada, y así sucesivamente.
- **Totalidad.** Esta característica hace referencia a que si un elemento del sistema es alterado, esto afectará a los demás componentes del sistema. Este concepto también tiene que ver con el lema imperante en la aproximación gestáltica: “el todo es algo más que la suma de sus partes”. El enfoque de sistemas permite estudiar tanto un organismo como un individuo simple, o a una nación como totalidad, lo que significa que se toma en cuenta el contexto más amplio en el que ocurre la conducta, el evento o la situación.
- **Autorregulación.** Es la característica que tiene todo sistema vivo de establecer sus propias reglas de funcionamiento y ritmo de desarrollo.
- **Sinergia.** Cuando el examen de una o alguna de las partes de un objeto en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo. Por lo que podría decirse que en los eventos u objetos que tienen sinergia, la suma de sus partes es distinta al todo.
- **Orden jerárquico.** Implica una diferenciación progresiva de los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo.
- **Equifinalidad.** Posibilidad del sistema de alcanzar el mismo resultado o estado terminal aunque varíe el punto de partida.
- **Entropía.** Es una medida aproximada de la desorganización y el desorden.
- **Negentropía.** Se refiere al grado de orden u organización en un sistema cerrado.

Los conceptos de entropía y negentropía, fueron acuñados para explicar dentro de la termodinámica los procesos irreversibles que ocurren en los sistemas cerrados que alcanzan el equilibrio, precisamente al aumentar el grado de orden.

La física ordinaria y la primera ley de la termodinámica, sólo se ocupan de los sistemas cerrados, que se encuentran aislados del medio circundante. Mientras que la segunda ley de la termodinámica se aplica a los sistemas abiertos y afirma que la entropía debe aumentar al máximo en un sistema cerrado terminando por detenerse el proceso en un estado de equilibrio.

- **Homeostasis.** Procesos por los cuales se mantiene constante la situación material y energética del organismo.

El término de homeostasis tiene su origen en el campo de la biología, introducido en la fisiología por Walter B. Cannon (1929 y 1932, en Eguiluz, 2001). El término fue empleado para designar la tendencia de un organismo a

mantener el equilibrio interno a través de mecanismos reguladores complejos que, por ejemplo, llevan a una constancia de la concentración de azúcar en sangre, de la presión osmótica y de la temperatura del cuerpo (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Directamente relacionado al concepto de homeostasis aparece el concepto de retroalimentación o *feedback*, término introducido por la teoría de la cibernética así como el concepto de circularidad o recurrencia que se expondrán en el siguiente punto (Eguiluz, 2001).

La Teoría de la Cibernética

La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Si bien esta noción ya venía incubándose en la historia de la ideas desde largo tiempo atrás, no fue sino hasta mediados del siglo XX que se estableció como ciencia formal (Keeney, 1991).

De acuerdo a Eguiluz, (2001), la Teoría Cibernética se atribuye al filósofo y matemático estadounidense Norbert Wiener. La Cibernética, tuvo como objeto de estudio los procesos de comunicación en sistemas naturales artificiales y es definida por su autor como “la ciencia de la comunicación en el hombre y la máquina”. Etimológicamente deriva del término griego *Kybernetiké* que significa el “arte del timonel” o el “arte de gobernar” (Wiener, 1948 en Ceberio y Watzlawick, 1998).

El libro más famoso de Wiener, *Cibernética*, fue escrito en 1948. En él se destaca la influencia de su participación en la Segunda Guerra Mundial, el cambio en la electrónica, incluyendo el radar, le permitieron reformular la manera como concebía los problemas biológicos y sociales, tratándolos por medio de las matemáticas y la ingeniería. De esta forma, problemas tales como el control de los disparadores de artillería, y la transmisión eficiente de mensajes codificados a través de complejos sistemas de comunicación, se convirtieron en su mente, en un prototipo de los procesos biológicos y sociales; y de sistemas de transferencia de información y autorregulación por corrección de errores (Eguiluz, 2001).

Heinz Von Foerster (1974, en Ceberio y Watzlawick, *Op. cit.*) diferencia a la Cibernética de primer orden como la Cibernética de los sistemas observados y la de segundo orden como la Cibernética de los sistemas observantes, equivalencia de los términos Cibernética simple y Cibernética de la Cibernética, respectivamente, a continuación se describen estos conceptos que emplea la Terapia Familiar Sistémica.

La Cibernética simple o de primer orden

Se basa en la premisa del estudio de la realidad externa, sin referirse a la actividad cognoscitiva que hace posible el estudio de dicha realidad. Desde los planteamientos de este tipo de cibernética, los ingenieros solían referirse al estudio de las “cajas negras”, limitándose a estudiar la relación entre lo que entra en un sistema (input) y lo que sale (output). Dicha relación resultaba ser

cibernética cuando el resultado de lo que salía actuaba sobre el sistema de modo que modificaba las próximas salidas. La cibernética de primer orden sostiene que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, lo que da origen a la presunción de su capacidad de controlar o manipular unilateralmente el sistema observado (Feixas y Villegas, 2000).

Keeney (1983 en Feixas y Villegas, *Op. cit.*) menciona que el planteamiento de la cibernética de primer orden, aunque incompleto, es muy útil en la mayoría de los casos, pero sugiere recordar que en un orden superior de recursión el observador (y el terapeuta):

“...está sujeto a las restricciones de su retroalimentación; en dicho nivel es incapaz de ejercer un control unilateral, y puede ora facilitar, ora bloquear la autocorrección indispensable (...)” (Keeney, 1983 en Feixas y Villegas, 2000, p. 54).

La Cibernética de la cibernética o de segundo orden

Representa un nivel (meta) cualitativamente distinto al de la cibernética de primer orden. Feixas y Villegas, *Op. cit.*, plantean los siguientes cuestionamientos que permite comprender los planteamientos de la cibernética de segundo orden:

“¿cómo operan los sistemas observadores para observar cómo operan ellos mismos en su observar, siendo que toda variación perceptual en ellos (su propio conocer) es función de las variaciones perceptuales que ellos mismos experimentan?, ¿cuál es la organización de un sistema que le permite describir los fundamentos que lo capacitan para describir su propio describir?. Si lo trasladamos al nivel humano, ¿cómo puede una persona conocer su propia actividad cognoscitiva, si su dinámica cognoscitiva (aquello que desea conocer) es a la vez su propio instrumento de conocer?” (Feixas y Villegas, 2000, p. 53).

La cibernética de segundo orden se centra en el rol del observador que construye la realidad observada. Desde esta postura la realidad (los sistemas observados) deja de ser independiente de las tentativas de organizarla por parte del observador. Puede decirse, que esta nueva cibernética trata de las pautas de relación que se dan en los procesos recursivos de la observación.

Al respecto Keeney refiere lo siguiente:

“A diferencia del enfoque simplista de la caja negra, en el cual el observador externo procura discernir las redundancias o reglas en las relaciones entre la entrada y la salida, la cibernética de la cibernética pega un salto en el orden de recursión y sitúa al observador como parte del sistema observado” (Keeney, 1983 en Feixas y Villegas, 2000, p. 54).

La Cibernética ofrece un conjunto de conceptos que tiene correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y por lo tanto puede ponerlas en relación exacta. Tal es el caso de la Terapia Familiar Sistémica que retoma entre algunos, dos de sus conceptos: la retroalimentación y la circularidad que se exponen a continuación (Ceberio y Watzlawick, *Op. cit.*).

Circularidad

Expresa –al contrario de la linealidad- cómo en una secuencia de causa y efecto, éste impregna la causa primera, confirmándola o efectuando una modificación, y a través de esta recurrencia y efectuando una modificación, y a través de esta recurrencia, la causa inicial en la progresión y dinámica del proceso se ve afectada.

Como ya se mencionó la concepción del proceso circular es aportada por la cibernética, cuyo modelo se construye por una unidad básica: el mecanismo de retroalimentación. Y es a partir de los años 50 que aparece una nueva epistemología, que se fundamenta en el concepto de información –basado en la segunda Ley de la Termodinámica-; el discurso se estructura alrededor de términos como: desorden, orden, entropía negativa, naturaleza retroactiva u organización, construyendo así lo que se llamó causalidad circular.

Retroalimentación

La idea básica de la cibernética es la retroalimentación, que Weiner definió como:

“un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de las técnicas de control. Pero si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje” (Wiener, 1954, en Ceberio y Watzlawick, 1998, pp. 49 y 50).

Existen dos tipos de retroalimentación: la retroalimentación positiva y la retroalimentación negativa.

- **Retroalimentación positiva.** Hace referencia al intercambio de información que provoca transformaciones importantes del sistema e incluso puede ocasionar su destrucción, a estas transformaciones se les llama cambios de segundo tipo o de segundo orden. En el cambio de segundo orden el sistema cambia cualitativamente, de forma discontinua, existe capacidad para adaptarse hay alteraciones en el ambiente. Para Bateson hay “capacidad de aprendizaje”. La estructura del sistema está preparada para acomodarse a procesos de desarrollo que impliquen la modificación de la misma, en este tipo de cambio hay morfogénesis (tendencia de todo sistema hacia la transformación, el cambio drástico, el desarrollo e incluso hacia la muerte o destrucción).
- **Retroalimentación negativa.** Se asocia con el mantenimiento de la estructura del sistema, lo cual se logra con pequeños cambios o transformaciones leves; a éstos se les denomina cambios de primer tipo o de primer orden. En el cambio

de primero orden, los parámetros individuales varían de manera continua, la estructura del sistema no se altera, hay homeostasis (mantener equilibrio interno) o sea, hay solo cambios cuantitativos. Se cambia para no cambiar.

El Constructivismo

El desarrollo de la cibernética de segundo orden, vino acompañado por el resurgimiento del constructivismo, el cual es una teoría filosófica del conocimiento que se remonta a los trabajos de los filósofos del siglo XVIII, Giambattista Vico y Kant.

Vico, elaboró su doctrina como oposición al racionalismo cartesiano, según el cual el conocimiento es representativo y refleja el mundo real y verdadero. Vico considera el conocimiento racional del hombre y el mundo de la experiencia racional, como productos simultáneos de la construcción cognitiva. Así, el conocimiento es conciencia operativa de nuestro mundo experiencial. Para Kant, la naturaleza es "la concepción conjunta de todos los objetos de la experiencia". La mente es creadora de significados, no solo receptora de impresiones sensoriales. Kant considera que la experiencia, así como los objetos de la experiencia son el resultado de nuestra forma de experimentar y están necesariamente determinados por categorías *a priori* como las de espacio y tiempo. No creía Kant que el ser humano fuese en su nacimiento una *tabula rasa*, sino que poseía una capacidad *pro forma* para poner orden a su experiencia. De acuerdo a Kant, la mente estructura la experiencia para producir una forma organizada y cognoscible (Feixas, 2000; Anderson, 1999).

El constructivismo se constituye como una opción epistemológica consolidada al final de los años 60's y durante la década de los 80's. La epistemología constructivista es la confluencia entre teóricos de distintas ciencias en señalar el papel crucial del proceso mismo de la observación en la comprensión de la realidad y de los argumentos de físicos, biológicos, cibernéticos y filósofos de la ciencia que confluyen en sus opiniones acerca de la naturaleza del conocimiento (Feixas, *Op. cit.*).

A principios de los años ochenta, y después de la publicación de la obra Paul Watzlawick, *La realidad inventada*, en 1981, el constructivismo se expandió en el ambiente de los psicoterapeutas de familia, este enfoque se basaba en los trabajos de Ernest von Glasersfeld, de Heinz von Foerster, de Humberto Maturana y de Francisco Varela (Elkaim, 1996).

Ernest von Glasersfeld propuso el constructivismo radical para explicar el pensamiento racional. Considera que el mundo es diferente de acuerdo al lenguaje. Desde esta posición el constructivismo se fundamenta en dos principios básicos: Uno que el conocimiento no es recibido pasivamente ya sea a través de los sentidos o por medio de la comunicación, sino construido activamente por un sujeto cognoscente y segundo, la función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva ontológica" (Joturán, 1994).

En el constructivismo radical, la realidad y el conocimiento son construidos e interpretados personalmente y el mundo en el que vivimos no es descubierto sino inventado.

El constructivismo radical:

"no crea o explica ninguna realidad allí afuera", muestra que no hay adentro ni afuera, que no hay un mundo objetivo enfrentando al subjetivo, que la división sujeto-objeto (esa fuente de incontables ´realidades`) no existe, que la aparente división del mundo en pares de opuestos es construida por el sujeto, ya que la paradoja abre el camino hacia la *autonomía*. (Watzlawick, 1984 en Anderson, 1999 p. 55).

Por su parte, Heinz von Foerster destaca la idea de la inseparabilidad del observador en lo observado. Para él la cibernética de primer orden da importancia al concepto de retroalimentación como mecanismo esencial para el mantenimiento del sistema, y la cibernética de segundo orden se centra en el papel del sistema observador como constructor de la realidad observada. Toda observación pasa a ser *autorreferencial*, pues dice más del observador que de lo observado. Von Foerster se opuso al objetivismo y criticó los que llama *mitos de la objetividad*, o deseos en los que se basa dicha opinión: el deseo de que la realidad exista independientemente de nosotros, se pueda descubrir tal cual es, se conozcan los secretos de su funcionamiento y se alcance la certeza de que nuestros descubrimientos son verdaderos (Martorell y Prieto, s. f.).

Los fundamentos de la teoría del conocimiento del biólogo Humberto Maturana R. surgen de tres preguntas: ¿cuál es la organización del ser vivo? ¿cuál es la organización del sistema nervioso? y ¿cuál es la organización del sistema social?. Maturana desarrolla una teoría sobre la organización de los seres vivos y la naturaleza del fenómeno del conocer basada en la autonomía operacional del ser vivo, proponiendo una descripción del operar cognoscitivo del ser vivo sin referencia a una realidad externa (Jutoran, *Op. cit.*).

Maturana y Varela subrayaron que la percepción visual nace en la intersección de aquello que se ofrece a nosotros y de nuestro propio sistema nervioso; ellos han demostrado que aquello que nosotros vemos no existe en tanto que tal, al exterior de nuestro campo de experiencia, sino que resulta de la actividad interna que el mundo externo dispara en nosotros. (Elkaim, *Op. cit.*).

Al explicar el fenómeno del conocer, Maturana parte de la experiencia del observar y se pregunta por el origen de las capacidades del observador aceptando la pregunta: ¿cómo se explican mis habilidades o capacidades como observador? En el proceso de responder a esta pregunta desarrolla lo que él llama "La ontología del observar". En este proceso muestra que el explicar científico no hace referencia a una realidad independiente del observador y que no se requiere el supuesto de una tal realidad postulando que la noción de realidad es una proposición explicativa. Así dice: "Todo lo dicho es dicho por un observador a otro observador que puede ser él o ella misma" en su propuesta de suspender la convicción respecto a la objetividad de nuestras percepciones "... invitando a poner la objetividad entre paréntesis en el proceso de explicar"

Gracias a estos pensadores constructivistas, los terapeutas familiares han sido llevados a descubrir que la construcción mutua de lo real en psicoterapia cuenta más que la búsqueda de la verdad o de la realidad (Jutoran, *Op. cit.*).

Hoffman (1983, 1985, 1993 en Anderson, *Op. cit.*), introdujo la noción de “terapia familiar de orden segundo” para designar la aplicación de la cibernética de orden segundo y el constructivismo radical a la Terapia Familiar.

Otra de las aportaciones al campo de la Terapia Familiar es la Nueva Teoría de la Comunicación Humana y es conveniente hacer notar que esta teoría se encuentra íntimamente relacionada con la teoría general de sistemas y con la cibernética en cuanto que retoma conceptos de ambas para explicar el proceso de comunicación. A continuación se expondrá de manera general en qué consiste esta teoría.

La Nueva Teoría de la Comunicación

Se le atribuye el nombre de “nueva” para distinguirla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver en 1949 (Eguiluz, 2001), que contiene formas de explicación sumamente simples y mecánicas.

Los investigadores interesados por este nuevo enfoque en el estudio de la comunicación, provienen de diversos campos: de la epistemología y la antropología Gregory Bateson; de la antropología Ray Birdwhistell y Edward Hall, de la sociología Irving Goffman, de la psiquiatría Don Jackson y Paul Watzlawick.

De esta manera, nutriéndose de las concepciones provenientes de las ciencias humanas.

“Se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de la comunicación sino en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos” (Watzlawick *et al*, 1989, en Eguiluz, 2001, p. 131).

Para algunos fue el zoólogo y antropólogo estadounidense Bateson el iniciador de la Nueva Teoría de la Comunicación junto con su equipo, ubicado en Palo alto, California EE. UU. A pesar de que su interés no estaba dirigido a las técnicas terapéuticas ni a la patología, fueron estos los campos donde mayores repercusiones tuvieron las investigaciones realizadas por él y su grupo aproximadamente en los años 50’s.

Durante 1942 a 1945, Bateson asiste a las conferencias sobre cibernética organizadas por la Fundación Macy en New York, donde por primera vez escucha hablar sobre feedback, lo que le permite construir un puente entre la cibernética y las investigaciones realizadas en la isla de Balí sobre comunicación, empezando a cumplir una de sus metas más preciadas, encontrar el “patrón que conecta” a todos los elementos vivientes.

Puede decirse que la Teoría de la Comunicación se va fraguando poco a poco, con los trabajos realizados por Bateson y su equipo, en Palo Alto integrado entre otros por Don D. Jackson y Paul Watzlawick, y que desarrollaron la Teoría del Doble Vínculo y la Nueva Teoría de la Comunicación Humana (Eguiluz, 2001).

La Teoría propuesta por Bateson y el Mental Research Institute encabezado por Jackson consiste en cinco axiomas que forman la Nueva Teoría de la Comunicación:

- **La imposibilidad de no comunicar.** Este axioma indica que toda conducta es comunicación, o sea que es imposible dejar de comunicarse. Este aspecto es novedoso, dado que rompe con el enunciado de que “nada puede provenir de la nada”. El cero o la total ausencia de todo suceso es indicador dentro del mundo de la organización y la información, puede ser un mensaje.
- **Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.** El axioma señala que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es una metacomunicación. El contenido es la información incluida en el mensaje, mientras el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse. La comunicación no sólo trasmite un mensaje, sino que genera un compromiso y además impone conductas entre los comunicantes.
- **La puntuación de la secuencia de hechos.** El axioma señala que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. La puntuación es una diferenciación, es decir, se indica donde inicia y termina un hecho, evento, dato, etc.
Este axioma hace referencia al hecho de que la comunicación puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, más sin embargo, quienes participan en ese intercambio lo observan estableciendo puntuaciones, es decir, los órganos participantes hacen una diferencia en la secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera.
- **Comunicación digital y analógica.** Se refiere a los dos tipos de comunicación, y señala que los seres humanos comunican tanto digital como analógicamente.
El lenguaje digital se refiere al lenguaje verbal que emplea la palabra para referir al objeto. Las palabras son signos arbitrarios establecidos por acuerdo o convención social, cuenta con una lógica bastante compleja, pero carece de semántica, mientras que con el lenguaje analógico sucede lo contrario, es decir, posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis para lograr definir de manera inequívoca, la naturaleza de las relaciones humanas. El lenguaje analógico puede ser referido por un signo, dibujo, etc., y guarda una mayor semejanza con el objeto, también es analógica, toda la comunicación no verbal. Por ejemplo la inflexión de la voz, los gestos, las señas, etc. Este tipo de comunicación es más arcaica y primaria que la digital.
- **Interacción simétrica y complementaria analógica** El axioma se refiere a que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia. En el caso de las relaciones basadas en la igualdad, mientras más hace uno de algo, más hace el otro de ese mismo. Mientras que en el que se basa en la

diferencia, mientras más se comporta uno en cierta forma menos se comporta el otro de esa misma manera (Eguiluz, 2001; Watzlawick, P., Beavin, B. y Jackson, D., 1995).

La importancia que tiene la Nueva Teoría de la Comunicación Humana como aportación dentro del campo de la teoría familiar radica en que se describe a la comunicación humana como un sistema de comunicación, caracterizado por las propiedades de los sistemas generales: el tiempo como la variable, relaciones sistemas-subsistema, totalidad, retroalimentación y equifinalidad. Los sistemas interaccionales se consideran el foco natural para el estudio del impacto pragmático a lo largo plazo de los fenómenos comunicacionales. La limitación, en general, y el desarrollo de reglas familiares, en particular, llevan a una definición e ilustración de la familia como un sistema gobernado por reglas (Watzlawick *et al*, 1995).

El objetivo de estudio de la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Cibernética, el Constructivismo y la Nueva Teoría de la Comunicación Humana, son los sistemas complejos que no obstante su complejidad, no son desorganizados, sino que, por el contrario, esta misma complejidad es la que crea la capacidad de autoorganización y tienen como finalidad organizar la complejidad.

Las ciencias modernas proponen un modelo sistémico, donde la circularidad y la recurrencia son la guía del pensamiento y el conocer, que como acto del observador, se convierte en una construcción, patrimonio de éste, imperando la subjetividad.

De acuerdo a Ochoa (1995), la denominación Terapia Familiar Sistémica incluye el concepto de sistema. Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios unos "límites", que por una parte funcionan como líneas de demarcación – individualizando un grupo frente al medio- y, por otra como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc., entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos o intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio.

En un sistema familiar podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, regla de relación, ordenación jerárquica, teleología, retroalimentación, construcción de la realidad que son retomados de las Teorías de Sistemas, el Constructivismo, de la Cibernética y de la Comunicación Humana y que dan fundamento epistemológico a la Terapia Familiar para brindar la explicación, evaluación, y atención de los sistemas familiares.

TERAPIA FAMILIAR POSMODERNA

A partir de la década de los noventa la Terapia Familiar empieza a tomar un giro posmoderno debido al trabajo pionero de teóricos y terapeutas como Tom Andersen; Harol Goolishian y Harlene Anderson; Lynn Hoffman y Michael White, esta transición implicó la incorporación de diversos cambios significativos.

Las estructuras y las verdades universales ceden el paso a una pluralidad de ideas sobre el mundo. La visión de las familias como sistemas homeostáticos es reemplazada por la idea de que los sistemas sociales son generativos y los estados de desequilibrio son productivos y normales. Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significados y organizadores de problemas (y no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones), y se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él. Además los modelos de terapia jerárquicos y orientados hacia el experto son modelos de configuración lateral, en los que el cliente y terapeuta tienen gran parte del pensamiento tradicional acerca de la terapia familiar. La familia ya no es el objeto del tratamiento, y tampoco se la considera con independencia del observador o como fuente de problemas, sino que es una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados (Lax, 1992).

En el trabajo de Anderson y Goolishian se empezaron a observar ideas poco usuales sobre la terapia. Se contaron entre los primeros en hablar de la terapia como de una mera conversación. Rechazaron la idea de que los terapeutas tenían que buscar alguna patología. Lo más herético fue que recomendaron a los terapeutas adoptar una posición de “no saber”.

El paradigma posmoderno abandona la dualidad individuo-mundo y produce un giro radical hacia un marco sociolingüístico. Desde el punto de vista posmoderno, la realidad se teje y vuelve a tejer en telares lingüísticos compartidos. Para Anderson la terapia muestra un cambio en las creencias al cuestionar la dicotomía entre el experto y el que no lo es, y la estructura jerárquica correspondiente, la “voz del cliente” gana en importancia y la idea de la terapia como una “sociedad conversacional” pasa a primer plano (Hoffman en Anderson, 1999).

Los modelos en Terapia Familiar Posmodernas son la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS), la Terapia Narrativa, el Equipo Reflexivo y el Enfoque Colaborativo.

La Terapia Familiar de corte Posmoderno se fundamenta primordialmente en tres disciplinas: la Teoría de la Construcción Social, la Hermenéutica y la Narración.

La Hermenéutica

La hermenéutica es una rama del saber que tiene que ver en términos generales con la teoría y práctica del entendimiento y en términos particulares con la interpretación del significado de textos y acciones.

Se pueden distinguir distintos énfasis en su desarrollo, cada uno de ellos siendo un esquema de acercamiento al problema de la interpretación. Podemos

distinguir el énfasis bíblico, el filológico, el científico, el metodológico, el existencial y el cultural, cada uno de ellos representa un punto de partida desde el cual puede ser vista la hermenéutica, cada uno de ellos poniendo énfasis en aspectos diferentes pero legítimos del acto de la interpretación, especialmente de la interpretación de textos (Mella, 1998).

La hermenéutica surge en oposición al paradigma positivista, que sólo consideraba científico aquel conocimiento cuantificable, observable y verificable. Históricamente, la Hermenéutica se remonta al siglo XVII, como un enfoque para el análisis e interpretación correcta del texto bíblico y otros textos literarios. Hacia fines del siglo XVIII y en el XIX bajo la influencia de los filósofos Friedrich Wilhelm Schleiermacher y Wilhelm Dilthey, la Hermenéutica se convirtió en un método para interpretar y comprender la conducta humana y surgió como una “disciplina filosófica genuina y una teoría general de las ciencias sociales y humanas”.

La hermenéutica del siglo XX adoptó un tono posmoderno y en términos generales se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humana, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete.

Entre los principales autores que intervinieron en el desarrollo de la hermenéutica se encuentran tres filósofos alemanes, Wilhelm Dilthey, Martin Heidegger y Hans-Georg Gadamer.

Para Dilthey la hermenéutica no es solamente una técnica auxiliar para el estudio de las ciencias del espíritu; “es un método alejado de la arbitrariedad interpretativa romántica y de la reducción naturalista que permite fundamentar la validez universal de la interpretación histórica”. Dilthey resalta la importancia de las ciencias del espíritu, en comparación con las ciencias de la naturaleza, resistiéndose a pensar en el hombre como un ser puramente intelectual. Por esto, se basa en el método analítico para descubrir en la variedad de los sistemas, la estructura, conexión y articulación (Castrillón, 2007).

Heidegger comprendió el estatuto filosófico de las concepciones diltheyanas y no consideró la hermenéutica o el “comprender” como un elemento a disposición del hombre, sino como una dimensión intrínseca del hombre. (Antiseri y Reale, 1995 en Castrillón, ob. cit.).

En su reflexión hermenéutica, Heidegger dice que el hombre crece sobre sí mismo, es un haz de experiencias y cada nueva experiencia nace sobre el trasfondo de experiencias procedentes y las reinterpreta (círculo hermenéutico), lo cual significa que, quien se dedica a interpretar siempre está actualizando un proyecto y por esto, debe mantener la mirada firme en el objeto, superando las confusiones que provengan de su interior.

Gadamer afirma que el intérprete esboza de manera preliminar un significado del objeto (para él es el texto) y este bosquejo aparece porque el texto es leído por el intérprete con unas expectativas determinadas, que se derivan de su precomprensión, a las cuales le denomina prejuicios, y son las ideas, conjeturas, o presuposiciones que configuran una tradición o cultura acerca de algo. Para Gadamer, una vez se halla tomado conciencia de los prejuicios, estos se deben someter a prueba de manera incesante, corregirlos e incluso eliminarlos, pero con objeto de reemplazarlos por otros mejores (Castrillón, *Op. cit.*).

La relación entre hermenéutica y psicología está basada en la vivencia, en tanto las categorías de la hermenéutica son objetivaciones de vivencias. Por otro lado la hermenéutica analiza la relación entre vivencia-expresión-comprensión y así se transforma en el sostén de todas las ciencias del espíritu (Paloma, 2006 en Castrillón, *Op. cit.*).

Desde la hermenéutica, la comprensión es interpretativa, por con siguiente, es imposible lograr una comprensión verdadera, cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción de los participantes, y es contextual. La interpretación, la comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban. A partir de la Hermenéutica, la comprensión se sitúa en el lenguaje, en la historia y en la cultura. La comprensión es circular porque siempre implica una referencia a lo conocido. La parte (lo local) siempre se refiere al todo (lo global), y a la inversa, el todo siempre se refiere a la parte.

La Hermenéutica sugiere que la significación en una relación diádica se genera en y a través del lenguaje y no reside en el entendimiento de los participantes individuales sino en el diálogo mismo (Anderson, 1999).

En la Terapia Familiar Posmoderna se da una gran importancia a a los significados que las personas tienen de sus vivencias y se emplea el lenguaje para tratar de comprender lo que el otro dice, y para construir nuevas formas de comprender y verlos problemas.

El Construccionismo Social.

Los orígenes del Construccionismo Social se sitúan en el sociólogo Kurt Lewin (1890-1947) y en la obra de los sociólogos P. L. Berger y T. Luckman, *The Social Constructivism of Reality: A treatise in te sociology of knowledge* (1966, en Feixas y Villegas, 2000). El Construccionismo se interesa específicamente por la construcción interindividual de la realidad, principalmente mediada por el lenguaje, el cual como mencionan Berger y Luckmann (1998) éste es el que da el camino de la vida y en la sociedad y llena esta misma de objetos significativos (Restrepo, 2007).

Con el análisis de la sociología del conocimiento en su libro, Berger y Luckmann, dan una base fundamental para posteriores profundizaciones y planteamientos sobre construccionismo de otros autores, entre los que se encuentran Kenneth J. Gergen, como uno de los principales representantes del Construccionismo Social en la psicología (Elkaim, 1996).

Para Gergen (1985, en Anderson, 1999), el constuccionismo social es una forma de indagación social y define a la construcción social como una indagación que:

“busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive (influyendo su propia participación) (...) [el constuccionismo social] no ve al discurso sobre el mundo como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un recurso para el intercambio comunal”. (Anderson, 1999, p. 77).

Dado que el construccionismo social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, toma en cuenta cuatro presupuestos fundamentales:

- Primer presupuesto. Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo, expresiones como 'hombre', 'mujer' o 'nostalgia' están definidos desde un uso social de los mismos.
- Segundo presupuesto. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación. Ejemplo: 'niño', 'amor' 'fidelidad' etc. varían en su sentido según la época histórica.
- Tercer presupuesto. El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.). Ej: interpretar una conducta como envidia, enojo o coqueteo puede ser sugerida, afirmada o abandonada conforme las relaciones sociales se desarrollan en el tiempo.
- Cuarto presupuesto. Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras. Ej.: las metáforas usadas en psicología (hombres máquina, mente infantil, etc.) (Gergen, s. f.).

Hoffman (1996) refiere que el construccionismo social cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento -sostienen los construccionistas- evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente; y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Rozo, 2002).

A partir del construccionismo social, se define socialmente a la psicoterapia como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio. Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas, existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado (Anderson y Goolishian, 1996 en Rozo, *Op. cit.*) El cambio en la terapia por lo tanto es la creación dialogal de la nueva narración.

La Narración

Los trabajos sobre posmodernismo recurren al texto y la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales vs jerárquicas, y se pone atención al proceso y no a los objetivos. En la posmodernidad, los escritos suelen caracterizarse por centrarse en cuestiones como: no se concibe el yo como una entidad cosificada, sino como una entidad narrativa; el texto no es algo a interpretar, sino un proceso de desarrollo; no se considera al individuo como una entidad intrapsíquica sino que se aborda dentro de un contexto de significado social; y el conocimiento científico o los “hechos” considerados innegables, contribuyen al conocimiento narrativo, con especial énfasis sobre las creencias colectivas acerca del funcionamiento del mundo.

El punto de vista narrativo sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado o estable.

El desarrollo de una narración o relato, lo hacemos en conjunto con otras personas. Es el proceso (recursivo) en el que definimos quiénes somos, en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros. Moldeamos el mundo en el que vivimos, y por ende, creamos nuestra propia realidad, dentro del contexto de una comunidad de otros individuos. Las posibilidades y restricciones políticas, económicas, sociales y culturales fijan los límites de nuestras narraciones, y nuestra posibilidad de elección no es ilimitada, sino que se da dentro de determinados contextos. La narración, o sentido del yo, no sólo surge del discurso con otros, sino que es nuestro discurso con otros. No existe un yo oculto que deba interpretarse. Nos revelamos a nosotros mismos en cada momento de la interacción, por medio de las continuas narraciones que intercambiamos con los otros (Lax, 1996).

Según el filósofo Emmanuel Levinas (Kearney en Lax, *Op. cit.*) “el yo no empieza a existir en un momento puro de autoconocimiento autónomo, sino que en relación con el otro, ante quien permanece siempre responsable”. El yo permanente es sólo una ilusión a la que nos aferramos, una narración elaborada en relación con los otros a lo largo del tiempo y que nosotros llegamos a identificar como aquello que somos.

Lax, *Op. cit.*, expone que existe una vinculación entre la narración y las teorías de la reconstrucción literaria y al respecto, Jane Flax (1990) afirma que todos los discursos posmodernos son destructivos porque:

“pretenden distanciarnos y hacernos escépticos respecto de las creencias concernientes a la verdad, el conocimiento, el poder, el yo y el lenguaje, creencias que casi siempre se dan por sentadas y que sirven para legitimizar la cultura occidental contemporánea” (Flax, 1990 en Lax, 1992, p. 96).

Para el teórico deconstruccionista francés Jacques Derrida, siempre hay otra visión posible para nosotros, y siempre debemos tratar de deconstruir nuestro mundo tal como lo conocemos, buscando lo inesperado que podría reemplazar esa visión (Lax, *Op. cit.*)

En la práctica clínica la analogía del texto ha sido utilizada por White, Epston, Penn y Sheinberg. La analogía textual para los sistemas humanos adquiere una complejidad mucho mayor que la literatura. Los clientes no son textos pasivamente inscritos, que esperan que un lector los interprete, aun cuando la interpretación no sea una idea fija, correcta, privilegiada. Cada lectura es diferente, según la interacción entre terapeuta y cliente. El terapeuta es siempre un co-autor de la historia que se despliega, y el cliente es el otro co-autor. El texto resultante no es ni la historia del cliente ni la del terapeuta, sino una construcción de ambos. El trabajo del terapeuta consiste en unirse al cliente en el desarrollo de una nueva historia de la vida de éste que les ofrezca una visión algo diferente de su situación, pero no demasiado diferente, para desatascar la conversación. La terapia intenta facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los clientes y sin imponerles una historia.

Los discursos nunca deben ser fijos, además, los deben desconstruir los clientes y terapeutas al unísono, y posteriormente reconstruirlos, también dentro del marco de un trabajo conjunto. O sea que el discurso es conversación con otros y también proceso social. No refleja la realidad, sino que es un elemento del procesos social mismo (Lax, *Op. cit*).

Después de revisar la áreas que contribuyen el en trabajo de la Terapia Familiar Posmoderna en importante exponer que Rozo (2002) agrupa los aspectos más innovadores de la Terapia Posmoderna y considera que hay una ruptura de la relación tradicional y asimétrica entre terapeuta y paciente, en cambio se propicia una de co-construcción sistémica. El trabajo posmodernos se vinculan al texto y las narraciones, a través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. El análisis del terapeuta a la situación del cliente nunca se puede considerar objetivo, por lo tanto, la relación terapéutica co-construye una descripción de la realidad del cliente donde terapeuta-consultante son responsables y activos en el proceso de solucionar el problema. También considera que los terapeutas deben atender a la construcción social de sistemas de creencias. Hay una transición del diagnóstico y la cura hacia la responsabilidad cultural. Desaparecen los niveles y capas jerárquicas estructurales, por lo que no existen capas jerárquicas donde unas son más importantes que otras, Se propone un análisis de configuración lateral u horizontal que permiten entender que existen formas de análisis todas de igual valor y tomadas en cuenta para la solución de los problemas. El lenguaje cambia en el contexto de la Terapia Posmoderna, es menos directivo y jerárquico, pretende convertir la situación relacional en democrática, basada en una configuración de igualdad de poder y expresión del mismo.

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

Los estilos de atención clínica de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna desembocan en una variedad de modelos terapéuticos que poseen las técnicas y estrategias de evaluación e intervención para promover el cambio en los sistemas consultantes o colaborar con ellos para co-construir nuevas historias o destrabar situaciones problemáticas. Es importante resaltar que en la

sección: *Tratamiento de las conductas suicida*, de la Tercera parte de este Reporte (pág. 163), se exponen los modelos de intervención terapéutica de dichas conductas, ya que de acuerdo al material bibliográfico localizado, se encontró que algunos modelos de Terapia Sistémica y Posmoderna brindan información específica para entender y tratar las conductas suicidas. Por consiguiente en el siguiente punto se exponen los aspectos teórico metodológicos de los modelos de intervención en la Terapia Sistémica y Posmoderna. Por un lado, se encuentran los modelos que incluye la Terapia Familiar Sistémica: Estructural, Estratégico, Centrado en los Problemas y el denominado Grupo o equipo de Milán. Por otro lado, están los modelos posmodernos: Centrado en las Soluciones (TBCS), la Terapia Narrativa, el Equipo Reflexivo y el Enfoque Colaborativo.

MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La Terapia Familiar Sistémica se puede concebir como un enfoque de tratamiento de los problemas humanos por medio de la reunión de los miembros de la familia para ayudarlos a elaborar los conflictos en su origen. Pero es también un enfoque tendiente a comprender la conducta humana conformada por su contexto social.

Los terapeutas familiares reconocen la atracción del pasado y el hecho de que, en alguna medida, las personas viven a la sombra de la familia que fue. Pero la Terapia Familiar Sistémica también reconoce el poder del presente, y encara la influencia en curso de la familia que es. La terapia realizada con este marco apunta a cambiar la organización de la familia, sobre la base de que cuando se trasforma la organización familiar la vida de cada miembro también se ve consecuentemente modificada (Minuchin y Nichols, 1994). Para llevar a cabo el trabajo clínico con las familias solicitantes, la Terapia Familiar Sistémica ha aportado dentro de su campo algunos estilos de trabajo terapéutico que se denominan modelos modernos de terapia tales como: el Estructural, Estratégico, Centrado en los Problemas y el Grupo de Milán, los cuales se revisan dentro de este punto.

El Modelo Estructural

Antecedentes

El Dr. Argentino Salvador Minuchin entre los años 1965 y 1970, desarrollando su trabajo como director en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia, EE. UU., creó un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de

interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas (Ochoa, 1995).

Principal representante

Su representante más destacada ha sido el Dr. Salvador Minuchin.

Marco teórico

La terapia estructural es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo.

La terapia estructural se basa en tres axiomas:

- **Primer axioma.** La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por consecuencias repetidas de interacción.
- **Segundo axioma.** Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a cambios en conducta, procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
- **Tercer axioma.** Cuando un terapeuta trabaja con un paciente, su conducta se influye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros.

El objetivo de la terapia estructural consiste en modificar el presente, no en explorar o interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambian el presente. Con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema:

- Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.
- El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación alimentación y socialización de sus miembros. El terapeuta se une a la familia para reparar o modificar su funcionamiento para que este pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.

- El sistema de la familia tiene funciones de autoperpetuación. Por lo tanto el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta.

Se considera que la familia tiene ciertas funciones mismas que sirven a dos objetivos distintos:

- Uno interno. La protección psico-social de sus miembros.
- Otro es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

Desde este modelo de terapia se considera a la familia como la matriz de la identidad. La experiencia humana de identidad posee dos elementos; un elemento de identidad y un sentido de separación y es en la familia donde estos elementos se mezclan.

El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica.

El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares y en la participación en grupos extrafamiliares (territorio psicológico y transaccional).

Un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes.

- La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
- La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia son mantenidas por dos sistemas de coacción:

- Uno es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.
- Otro es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

De ese modo, el sistema se mantiene a sí mismo. Ofrece resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas, pero toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.

Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambien. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos y debe ser capaz de transformarse de modo que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros (Minuchin, 1992).

Dentro del marco de la terapia estructural se consideran varios elementos en la familia:

- **Estructura.** Las pautas de interacción que organizan u ordenan a los diferentes subsistemas que forman a la familia. Estas relaciones son constantes y duraderas, aunque como proceso natural son modificadas a lo largo del tiempo. Es el mapa organizativo de la familia.
- **Límites o fronteras.** Son las interacciones particulares que se constituyen mediante reglas y rigen la ocurrencia, el tipo y la clase de información que existirá entre los diferentes subsistemas estableciendo un determinado comportamiento.

Para que exista funcionalidad en el grupo, los límites deberán ser *claros* y *flexibles* pues es la condición para permitir el desarrollo de los miembros de los subsistemas.

Se consideran cuatro tipos de límites: claros, flexibles, difusos y rígidos

- ★ **Claros:** Cuando las pautas de interacción permiten el contacto entre subsistemas sin interferir en el desarrollo de éstos ni en la individualidad.
- ★ **Flexibles:** Cuando las reglas se adaptan a los cambios que requiere el desarrollo de la totalidad y los individuos.
- ★ **Difusos.** No hay una diferenciación clara entre los diferentes subsistemas familiares, hay invasión de espacio vital y de actividades. En este caso se encuentran las familias aglutinadas.

- ★ **Rígidos.** Las pautas se mantienen sin cambios y las interacciones se limitan evitando el contacto entre subsistemas, la comunicación es estereotipada. En este caso se ubican las familias desvinculadas.

El aglutinamiento y el desligamiento son dos extremos del funcionamiento de los límites. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites rígidos, por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

En términos humanos, aglutinamiento y desligamiento se refieren a un estilo transaccional, o de preferencia por un tipo de interacción, no por deferencias cualitativas entre lo funcional y lo disfuncional. Las operaciones en los extremos, sin embargo, señalan áreas de posible patología.

- **Jerarquía.** Es la regla de ordenamiento que subordina a los miembros del sistema a otros miembros o elementos. Este es un principio que existe en todos los sistemas vivos con el fin de propiciar la diferenciación y las funciones específicas.
En la familia existe una jerarquía diferente entre los subsistemas y en el interior de ellos también.
- **Alianza.** Afinidad o unión de dos o más miembros del sistema, la relación se entiende neutra y busca lograr un beneficio.
- **Coalición:** Es la unión de dos o más miembros en contra de otro miembro con el fin de dañarlo, aquí la postura de es de tipo combativo.
- **Tríada rígida:** El límite entre el subsistema parental y el niño se hace difuso, y el límite relacionado con la tríada padres-hijo, que debería ser difuso, se hace inadecuadamente rígido.

Existen tres tipos de tríada rígida:

- ★ **Triangulación:** Cada padre requiere que el hijo se una a él contra el otro padre.
- ★ **Rodeo:** La negociación del estrés de los esposos a través del niño sirve para mantener el subsistema conyugal en una armonía ilusoria (desviación del conflicto).
- ★ **Coalición estable.** Uno de los padres se asocia con el niño en una coalición transgeneracional rígida contra el otro padre.
- **Territorio.** Es el espacio emocional que tiene cada integrante de la familia, se puede clasificar en 2 formas:

- ★ **Centralidad.** Se ocupa un espacio importante cuando en torno a un miembro en particular se desarrollan las interacciones de la familia, puede ser por aspectos positivos o negativos de la relación.
- ★ **Periferia.** Se ocupa un papel más secundario por parte de algún miembro, se considera poco su opinión y por ello este miembro se relaciona poco.
- **Geografía:** Es el espacio físico de la familia, en el cual cada integrante se ubica en una posición definida.
- **Sistema:** Es el conjunto de miembros de toda la familia, entre los que existe una dinámica interaccional organizada por límites y jerarquías. El sistema se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas.
- **Subsistema:** Es un elemento del sistema, puede incluir a una sola persona o a más de una, unidas por criterios de pertenencia, funcionalidad, objetivos, edad, generación, sexo. Los subsistemas tienen contacto entre ellos mismos con el fin de organizar y mantener el sistema. El subsistema también llamado holón, *de Holos- todo y on- parte*. Describe a las partes componentes del sistema cada una se considera al mismo tiempo un todo por sí misma, y simultáneamente forma parte de la totalidad.

Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. La organización en subsistemas de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado “yo soy”, al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles.

Se distinguen los siguientes subsistemas:

- ★ **Subsistema individual.** Se refiere al individuo, esto es, a sus características personales e históricas. El concepto de sí mismo.
- ★ **Subsistema Conyugal.** Se compone de dos personas, en teoría de sexo diferente, que se unen para satisfacer diferentes tipos de necesidades personales y de pareja.
- ★ **Subsistema Parental.** Está conformado por la pareja conyugal; sin embargo en éste subsistema hay un rol diferente de los mismos miembros, aquí la función principal es al de la procreación, cuidado y educación de los hijos. Por lógica, éste subsistema aparecerá hasta el momento en que nazca o llegue un hijo.
- ★ **Subsistema Fraternal.** Se forma por los hermanos. Aquí hay un grupo de iguales en el que se adquieren habilidades de negociación, cooperación y relaciones entre otras (Minuchin, *Op. cit.*; Minuchin y Fishman, 1992; Umbarger, 1983).

Como parte de la evolución o ciclo vital, todos los subsistemas viven etapas de desarrollo de acuerdo a Minuchin y Fishman, *Op. cit.*, estas son:

- **Formación de la pareja.** Primer año de unión con situaciones críticas de ajuste. Se establecen acuerdos para la nueva situación de vida en común.
- **Familia con hijos pequeños.** La pareja hace un espacio a un tercero, convirtiéndose en un triángulo. Hay una conjunción de las dos familias de origen. Se elaboran nuevos acuerdos, acordes a las actividades del cuidado de los hijos.
- **Familia con hijos en edad escolar o adolescentes.** La relación conyugal se profundiza y hace más amplia. Se han conformado relaciones con la familia extensa y con las amistades. Se viven situaciones que ponen a prueba la flexibilidad del sistema. Es un período donde es muy posible la aparición de síntomas en el sistema por el contacto más fuerte con otros sistemas sociales.
- **Familia con hijos adultos.** La familia sufre una crisis por la salida de los hijos del sistema. Los padres elaboran una nueva relación de pareja. Se incluyen nuevos miembros, como son las parejas de los hijos. Se presenta el llamado síndrome de nido vacío.

La familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instrucciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad.

Algunos tipos de estructura familiar son los que se consideran a continuación:

- **Familias de pas de deux.** Es la estructura familiar formada de dos personas, en donde existe una recíproca dependencia casi simbiótica.
- **Familias de tres generaciones.** Es la familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación.
- **Familias con soporte.** Cuando son muchos los niños en el hogar, por lo común uno de ellos, y a veces varios de los mayores toman sobre sí funciones de crianza de los demás niños, como representantes de los padres.
- **Familias acordeón.** Familias en las que uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en una sola persona durante una parte de cada ciclo.

- **Las familias cambiantes.** Familias que cambian constantemente de domicilio.
- **Familias huéspedes.** Un niño huésped es un miembro de una familia temporaria.
- **Familias con padrastro o madrastra.** Cuando un padre adoptivo se integra a la familia, tiene que pasar por un proceso de integración que puede ser más o menos logrado.
- **Familias con un fantasma.** La familia que ha sufrido muerte o deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.
- **Familias descontroladas.** Familias en que uno de sus miembros presenta síntomas de control debido a la organización jerárquica, las funciones ejecutivas del subsistema parental y la proximidad entre miembros de la familia.
- **Familias psicósomáticas.** Existencia de un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia y la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos.

Sea cual sea el tipo de familia, tanto ésta como el terapeuta logran un acuerdo en lo que respecta a la naturaleza del problema y los objetivos de cambio. Al inicio puede ser muy limitado, pero se desarrollará y cambiará con el tiempo. El contrato terapéutico plantea una promesa de ayuda para la familia con el problema que ha traído a terapia. También explicita la logística de la terapia. Especifica, lugar, frecuencia de las sesiones hasta cuándo se extenderá la terapia

Evaluación

Desde la primera sesión, el terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia y entre los miembros de ella entre sí, para lograr un diagnóstico estructural. Escucha cómo la familia experimenta la realidad y observa cómo se relaciona con él

El terapeuta al mismo tiempo, responde a lo que sucede en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites y pautas transaccionales, elabora hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no.

La primera sesión sugiere un mapa familiar (esquema organizativo) inicial de la familia, proporciona al terapeuta un objetivo para la familia, indica algunos pasos para alcanzar el objetivo. Las sesiones posteriores y las evaluaciones sucesivas clarifican al mapa y lo harán más preciso y fiel.

El terapeuta a la vez que recoge material para un mapa estructural introduce pruebas experimentales: su presencia es una prueba, porque la familia se organiza en relación con él, además impone tareas planificadas para indagar la estructura familiar.

El terapeuta es un miembro actuante y recreativo en el sistema terapéutico. Se asocia y está en sintonía con la familia, conserva la libertad de ser responsable

en sus indagaciones experimentales. Las operaciones de asociación (unión y acomodamiento) en la terapia familia son los métodos del terapeuta para la creación del sistema terapéutico para lograr la reestructuración y alcanzar los objetivos terapéuticos.

En las hipótesis de trabajo que desarrolla el terapeuta a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. Lo que requiere un diagnóstico familiar es la acomodación del terapeuta a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por una evaluación de sus experiencias de la interacción de la familia en el presente. El objetivo del proceso diagnóstico es ampliar la conceptualización del problema, el problema debe ser ampliado para incluir las transacciones de la familia en su contexto habitual.

Las áreas en las que el terapeuta se concentra al evaluar las transacciones de la familia son las siguientes:

- Considera la estructura de la familia. , sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.
- Evalúa la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración.
- Examina la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
- Examina el contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia.
- Examina es estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio.
- Explora las formas en que los síntomas del PI son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia (Minuchin, *Op. cit.*).

Intervención

Para transformar el sistema familiar, el terapeuta debe intervenir de tal modo que desequilibre el sistema de tal manera que:

- Incremente la flexibilidad de la familia, su capacidad de superar sus conflictos y alcanzar el equilibrio.
- Cristalice la rigidez de la familia.

Las experiencias de las personas se modifican a medida que sus posiciones relativas se transforman. Pero se plantea el problema de hasta qué punto la situación anterior de la familia se reestablece cuando el terapeuta deja de formar parte de la unidad y hasta qué punto se mantienen las transformaciones.

Los pacientes evolucionan por siguientes causas:

- Se cuestiona su percepción de la realidad.
- Se les proporcionan posibilidades alternativas que les parecen adecuadas.
- Una vez que se ensayaron las pautas transaccionales alternativas aparecen nuevas relaciones que se refuerzan a si mismas.

En el camino del cambio debe ayudar el terapeuta a la familia para que no se vean amenazados por dislocaciones considerables. La capacidad de una persona de pasar de una situación a otra depende del apoyo que recibe.

El contenido de una sesión depende de muchos factores de idiosincrasia, como el propio estilo de intercambio de la familia y la personalidad del terapeuta. El contenido de una sesión es influido también por el aporte del terapeuta. El terapeuta tiene que integrarse en un sistema de personas interdependientes. Para ser eficaz como miembro del sistema, debe responder a las circunstancias en armonía con las reglas del sistema al tiempo que se utiliza a sí mismo de la manera más amplia.

El terapeuta adquiere una posición de liderazgo (timonel). Familia y terapeuta constituyen una sociedad con una meta compartida: librar de síntomas a quien es su portador en la familia, reducir conflicto y tensión para la familia como un todo y aprender nuevos modos de superar dificultades. Entran en coparticipación dos sistemas sociales para un propósito específico y por un plazo determinado. El terapeuta debe hacerse coparticipante de la familia desde diferentes posiciones de proximidad: Posición de cercanía, posición intermedia y posición distante.

El terapeuta pone en marcha las operaciones de reestructuración, las cuales son intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar para lograr un cambio. Son intervenciones dramáticas que crean movimientos hacia las metas terapéuticas. Su éxito depende de la unidad terapéutica firmemente establecida, con esta unidad las operaciones de reestructuración deben proyectarse de tal modo que permitan períodos de consolidación y de reagrupamiento a medida que la familia cambia (Minuchin, *Op. cit.*; Minuchin y Fishman *Op. cit.*).

La terapia estructural efectúa los cambios en la familia empleando tres tipos de técnicas de intervención terapéutica: reencuadramiento, reestructuración y realidades.

Reencuadramiento

Este tipo de intervención se divide en escenificación, enfoque o foco e intensificación.

- **Escenificación.** La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Esta escenificación se produce

en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. Al tiempo que la promueve, éste tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de las interacciones tolerables. El terapeuta puede intervenir en el proceso para: Aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a todos los miembros de la familia, e indicar modos diferentes de interacción.

Los tres movimientos de la escenificación son:

- ★ El terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar.
 - ★ El terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él.
 - ★ El terapeuta propone modalidades diferentes de interacción. Este último puede proporcionar información predictiva e infundir esperanzas a la familia.
- **Enfoque** o **foco**. Centrar la atención a alguna interacción o información específica.
 - **Intensificación**. Darle a algún mensaje una intensidad y connotación de ser algo nuevo o distinto para que sea entendido y tomado por el sistema. Se puede recurrir para remarcarlo al humor, exageración, etc. Y repetir en algunas secuencias con el fin de reafirmar el mensaje. En este tipo de intervención se encuentran las técnicas de:
 - ★ Repetición del mensaje.
 - ★ Repetición de interacciones isomórficas.
 - ★ Modificación del tiempo, o sea cambio del tiempo en que las personas participan en una interacción.
 - ★ Cambio de la distancia entre personas empeñadas en una interacción.
 - ★ Resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva de una familia.

Reestructuración

La sensación de pertenencia es característica de todas las interacciones familiares. Pero hay algunas familias que tienen una pertenencia excesiva. Su funcionamiento como un todo individual se ha subordinado a la pertenencia.

El lado débil de este tipo de organización familiar es que los miembros de la familia experimentan dificultades para desarrollarse como holones diferenciados.

El terapeuta diferenciará y delineará las fronteras de los holones familiares a fin de hacer sitio a la flexibilidad y el crecimiento.

La terapia es un proceso en que se cuestiona el “así se hacen las cosas”. Y un objetivo importante de ese cuestionamiento son los subsistemas familiares porque constituyen el contexto donde se elaboran la complejidad y la competencia.

Hay tres técnicas principales para cuestionar la estructura de la familia: fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad.

- **Fijación de fronteras.** Destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes holones.
 - ★ Distancia psicológica
 - ★ Duración de la interacción
- **Desequilibramiento.** Modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón.
 - ★ Se puede aliar con miembros de la familia.
 - ★ Ignorar a uno o varios miembros de la familia.
 - ★ Entrar en coalición con unos contra otros.
- **La complementariedad.** Mostrar como el síntoma y las pautas de interacción que mantienen al síntoma, son complementarias dentro del sistema. Es decir, que la familia contribuye en las conductas que se siguen. Aquí se encuentran:
 - ★ Cuestionar el problema.
 - ★ Cuestionar la idea lineal.
 - ★ Cuestionar el modo en que la familia recorta los sucesos.

Realidades

Una familia no sólo tiene estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. La intervención terapéutica siempre influirá sobre la estructura y la estructura creída por la familia. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo y todo cambio en la visión del mundo de la familia será seguido por un cambio en su estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar. El terapeuta ofrecerá a la familia una realidad diferente. Sólo utilizará los hechos que la propia familia reconoce verdaderos, pero a partir de ellos edificará un ordenamiento nuevo.

El terapeuta posee diversas técnicas que le permiten cuestionar la manera en que la familia legitima su estructura. Estas técnicas son:

- **El empleo de constructos cognitivos.** La familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos en que iba manteniendo sus ordenamientos institucionales. Había otras maneras de percibir, pero ella escogió un esquema explicativo preferencial. Este puede y debe ser cuestionado y modificado lo que pondrá al alcance de la familia modalidades nuevas de interacción, para lograrlo se emplean las siguientes técnicas de intervención: utilización de símbolos universales, la utilización de verdades familiares, el consejo especializado

Otra de la propuesta que hace el modelo estructural, en el tratamiento de las familias es el uso de paradojas y resaltar los lados fuertes.

- **Paradojas.** Se utilizan las paradojas como instrumento clínico para enfrentar esta resistencia y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. Las familias con hijos sintomáticos suelen presentar al terapeuta una demanda contradictoria: piden que el síntoma se modifique, pero sin cambiar su sistema. El criterio que se tiene para el empleo de las paradojas se basa en la evaluación del grado de resistencia al cambio en la parte del sistema que el síntoma regula. El procedimiento de la paradoja es: La redefinición, la prescripción y la restricción.
- **Lados fuertes.** Se enfatiza la fortaleza familiar en áreas específicas para que los miembros tengan elementos del sistema mismo que les den apoyo y permitan encontrar soluciones diferentes al problema (Minuchin y Fishman, *Op. cit.*).

El Modelo Estratégico

Antecedentes

El Modelo Estratégico tiene influencia de varias personalidades, por ejemplo Haley (1990) considera que sus ideas de comunicación derivan de Gregory Bateson con quien trabajo de 1952 a 1962 en su proyecto de investigación y manifiesta que él le enseñó a aprender. Respecto a su enfoque en general se considera en deuda con Milton H. Erickson. El estilo basado en las directivas deriva en forma directa de sus enseñanzas. Puede considerarse a Milton H. Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia. Es posible visualizar la terapia estratégica de Milton H. Erikson como una extensión lógica de la técnica hipnótica (Haley, 1989). En lo referente a la orientación general hacia la familia y a muchos conceptos sobre entrevistas familiares, Haley se considera en deuda con muchos de sus colegas terapeutas. Su trabajo en Filadelfia influyó en su modelo. Viajando en 1967 todos los días con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, los seminarios informales y otras conversaciones influyeron en las ideas de su modelo (Haley, 1990).

Principales representantes

Jay Haley y Cloé Madanes dirigieron el Instituto de Terapia Familiar en Washington y desarrollaron un enfoque de terapia familiar estratégica. (Madanes, 1989). De acuerdo a Hoffman (1987), Haley fue el primero en acuñar el término “estratégico”. La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia donde el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

Marco teórico

El enfoque estratégico sostiene que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica –basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad- que permita resolver los problemas del cliente, El terapeuta establece objetivos claros para la solución del problema presentado. No implica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema. La tarea del terapeuta es programar una intervención en la solución social en que se haya el cliente. Entre la serie de objetivos que se propone alcanzar la terapia familiar estratégica se encuentra el de ayudar a la familia a sobrellevar las crisis que enfrenta en determinadas etapas de la vida familiar, para pasar a la siguiente etapa (Madanes, *Op. cit.*).

Haley (1973 en Madanes, *Op. cit.*) menciona las siguientes etapas de la vida familiar:

- Periodo del noviazgo
- Primeros tiempos del matrimonio
- Nacimiento de los hijos y trato con ellos
- Periodo intermedio del matrimonio
- “Destete” de los padres respecto de sus hijos
- Retiro de la vida activa y vejez

Haley (1980 en Madanes, *Op. cit.*) constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios –en los años cincuenta- fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en las percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática (Haley, 1974 en Madanes, *Op. cit.*).

Para Haley (1990) los síntomas pueden describirse como actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales, son analogías que tienen por referentes a múltiples aspectos de la situación del individuo, incluso su relación con el terapeuta. Desde este punto

de vista, el objetivo de la terapia es cambiar la conducta comunicativa del individuo, o sea, cambiar su metáfora.

En términos jerárquicos, la organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, ingresos, grados de inteligencia y destreza. Estas líneas jerárquicas se relacionan con las múltiples funciones de la familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional. Cualquiera que fuera el ordenamiento adoptado, toda la familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más estatus y poder y quiénes ocuparan el nivel secundario. La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso.

Un problema puede definirse en diferentes unidades sociales como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos (Haley, 1990).

Por esta razón también se debe evaluar e intervenir en la red social más amplia que la familia, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre la persona que presenta el problema, en otras palabras, que forman parte de los problemas a tratar. Como señala Hoffman, *Op. cit.*, los terapeutas y otros profesionales pueden estar contribuyendo a la anormalidad organizacional en sus esfuerzos por ayudar. En ocasiones es, preciso focalizar la terapia en las discrepancias entre diversos profesionales (incluir todo esto en el plan/es terapéutico/s) (Haley, 1974 en Madanes, *Op. cit.*).

Cuando se define un problema terapéutico diciendo que concierne a las relaciones sociales de los clientes, el terapeuta debe incluirse a sí mismo dentro del problema, puesto que él contribuye a definirlo (elabora un diagnóstico) (Haley, 1990).

Madanes, *Op. cit.*, menciona que la primera misión del terapeuta es definir el problema presentado que sea posible solucionarlo.

Por su manera de conceptuar el problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico. Se presume que el problema de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás. Se da por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución (aunque a menudo insatisfactoria) para todos los que tienen que ver con él.

El foco de la terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas (modificar la comunicación).

Para Ochoa (1995) la finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuada que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. El enfoque de terapia estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

Evaluación

De acuerdo a Haley, (1990) y Ochoa, *Op. cit.*, la evaluación del sistema familiar se realiza en la primera entrevista a través de una serie de etapas:

- **La fase social.** En la primera sesión, el terapeuta, se presenta y saluda a los miembros de la familia, pregunta sus nombres, procura que se sientan cómodos, les transmite que todos son importantes para ayudar al paciente identificado, toma en cuenta quiénes intentan aliarse con él, identifica su estado de ánimo, la jerarquía y debe considerar todos los datos como provisionales y abstenerse de comunicarlos a la familia.
- **El planteamiento del problema.** El terapeuta investiga qué piensa del problema cada miembro de la familia. Se puede empezar a preguntar de deferentes maneras, cada una de las cuales puede determinar el curso de la entrevista. El terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a ver la situación de forma diferente. Tampoco aportar ningún tipo de orientación. La finalidad de esta etapa es recabar la opinión de todos los presentes acerca del problema, y para lograrlo el terapeuta será quien dirija directamente la conversación, dando el turno correspondiente a cada uno.
- **La fase de interacción.** El terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a los largo de la sesión.
- **Establecimiento de metas.** A esta altura de la entrevista es importante obtener del grupo una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar con la terapia. Este proceso contribuye a que todos centren su atención en las cuestiones importantes, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia. Esencialmente el terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia.

Intervención

Por lo común el cambio se plantea en etapas de manera que el cambio de una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, y luego otro más, hasta que toda la situación cambie. Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar, desconectar a varios miembros entre sí. A menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema y por resolverlo de modo tal que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente.

En este enfoque interesa la jerarquía familiar, se bloquean coaliciones, se pone cuidado en el lugar que se sitúa el terapeuta en la jerarquía, para que no

forme alguna coalición con los miembros que ocupan los escalones inferiores en contra de los que ocupan los superiores (poder) (Madanes, *Op. cit.*).

Según Haley (1976b, en Madanes, *Op. cit.*), los sistemas patológicos se pueden describir, como ya se ha mencionado, en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente. Subraya este autor que una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional.

Las técnicas de intervención que se emplean dentro del enfoque estratégico son connotaciones positivas, redefiniciones, directivas (directas o paradójicas) y ordalías (Haley, 1984; Ochoa, *Op. cit.*).

Connotación positiva

Con la connotación positiva se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como una razón altruista –sacrificio o amor- por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para los cuales el síntoma es en realidad una solución. Así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma más satisfactoria.

Redefinición

Modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. Para Haley (1980, 1987 en Ochoa, *Op. cit.*) las intervenciones consisten en redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto. Para Madanes (1984 en Ochoa, *Op. cit.*) la redefinición del problema no implica forzosamente connotar positivamente la conducta de alguien, su meta es cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse.

Directivas

Son tareas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta.

Existen dos tipos directivas: las directas y las paradójicas.

- **Directivas directas.** Se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. El primer paso al impartir una directiva es motivar a la

familia para que la acate. De acuerdo a Haley (1990) el motivar a alguien a hacer algo significa persuadirlo de que obtendrá algún beneficio de esa acción. Cuando un terapeuta desea motivar a los miembros de una familia realicen una tarea, tiene que convencerlos de que a través de ella alcanzarán los objetivos individuales recíprocos y familiares que ellos desean

- **Directivas directas paradójicas.** Su carácter paradójico radica en que el terapeuta se ha asegurado a la familia que desea que cambie, pero al mismo tiempo le pide que no cambie. Esto se basa en la idea de que ciertas familias acuden en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas, por ende, el terapeuta procurará provocar la resistencia de los miembros de la familia para que puedan cambiar.

Ordalía

En inglés significa no sólo “a juicio de Dios”, sino también “experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego”, la ordalía en terapia es empleada en su segundo significado como técnica terapéutica. Con la técnica de ordalía resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta: consiste en poner una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema. El requisito principal de una ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea. El objetivo de la ordalía es que beneficie a la persona. La ordalía debe ser algo que la persona pueda hacer y a lo que no pueda poner objeciones válidas. Por último una ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona. Hay varios tipos de ordalía entre ellos se encuentran: ordalía como tarea directa, ordalías paradójicas, terapeuta como ordalía, ordalías que involucran dos o más personas (Haley, 1984).

Como en la terapia familiar estratégica se establece un plan específico para cada problema, no existen contraindicaciones en cuanto a la selección de los pacientes a los que resulta aplicable.

El enfoque habilita al terapeuta a tomar elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas que podrían ser útiles para solucionar el problema presentado. Es un método pragmático, y se espera que los terapeutas lleven un registro de los progresos terapéuticos y realicen seguimiento con regularidad una vez finalizada la terapia (Madanes, *Op. cit.*).

Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas (TBCP) del MRI

Antecedentes

Don D. Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) en 1959; el grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick. Gregory Bateson fungía

como investigador asociado y como profesor. Los intereses del grupo en ese tiempo se relacionaban con la interacción, los sistemas humanos, la cibernética (Jackson, 1986 en Espinosa, 2004) y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, donde se incorpora el aspecto emocional de la comunicación, como producto de una amplia variedad de conductas y comunicación humanas (Wittezaele y García, 1994 en Espinosa, *Op. cit.*).

El modelo de terapia breve centrada en los problemas tiene sus antecedentes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton H. Erickson y los análisis de Gregory Bateson.

La epistemología constructivista (Simón 1995; Séller, 1989 y Glasersfield, 1996 en Espinosa, *Op. cit.*.) establece que las familias y las personas forman su propia realidad, es decir, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y a su experiencia. También señala que todo conocimiento o “realidad” es resultado de ese proceso. En la terapia, por tanto, no nos ocupamos de la “verdad”, si no de la experiencia de los clientes y sus percepciones de esa experiencia. El modelo de terapia breve asume la idea de que no hay una realidad única, por tanto, el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. Su función es preocuparse por solucionar las quejas que presenten y no deberá creer que exista una sola forma correcta y válida de vivir la vida (O’Halón y Weiner-Davis, 1990 en Espinosa, *Op. cit.*).

A Milton Erickson se le considera un pionero en diversas áreas de la terapia, sus aportaciones a la hipnosis, a la terapia familiar y a la terapia breve son numerosas.

Los estudios de Gregory Bateson apuntalaron muchos de los supuestos de la terapia breve y del cambio. Este investigador establece que existe una relación recursiva entre el significado y la acción; un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio en la conducta del paciente.

El proyecto de este modelo se inició con tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentan las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros y estudiar los cambios de los sistemas familiares (Espinosa, *Op. cit.*).

Principales representantes

El modelo de Terapia Breve Centrada en los Problemas (TBCP) fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California, EE. UU., en la década de los sesentas.

Marco teórico

Watzlawick, Weakland y Fisch (1999) comentan: “dondequiera observamos a una persona, una familia o un sistema social más amplio inmersos en un problema de un modo persistente y repetitivo, a pesar del deseo y los esfuerzos realizados para alterar la situación” y se preguntan: “¿Cómo es que persiste esta indeseable situación? y ¿Qué es preciso para cambiarla?. Para dar explicación a esto los

autores han hecho uso de dos teorías abstractas y generales, pertenecientes al campo de la lógica matemática, estas teorías son: La Teoría de los grupos y la Teoría de los tipos lógicos.

- **La teoría de grupos.** Un grupo está compuesto por miembros, todos ellos son iguales en una característica común independiente del tipo de grupo y posee las siguientes características:
 - ★ El resultado de cualquier combinación de dos o más miembros es en sí un miembro del grupo. La combinación se refiere al proceso de adición o sustracción de miembros, se refiere a un cambio a partir de un estado interno del grupo a otro estado interno.
 - ★ La agrupación de cosas es el elemento más básico y necesario de nuestra percepción y concepción de la realidad. Esta propiedad permite millares de cambios dentro del grupo.
 - ★ Se puede combinar a los miembros de un grupo en distinto orden y sin embargo el resultado de la combinación sigue siendo el mismo. Existe una variación en el proceso, pero una invariancia en el resultado.
 - ★ Un grupo contiene un miembro de *identidad* tal que su combinación con cualquier otro miembro da este otro miembro, lo que significa que mantiene la identidad de dicho otro miembro (por ejemplo: $5+0=5$). El concepto de miembro de identidad es un caso especial de invariancia, lo esencial es que un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.
 - ★ En todo grupo cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de tal modo que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar a al miembro de identidad (por ejemplo: $5+-5=0$). Esta combinación da lugar a un acentuado cambio pero el resultado es en sí un miembro del grupo.
 - ★ Al mirar como cambios particulares no ocasionan diferencia en el grupo, se puede tener una idea de la interdependencia que existe entre persistencia y cambio.
- **Teoría de los tipos lógicos.** Aquí los componentes de la totalidad son designados como miembros, mientras que la totalidad misma es denominada clase en lugar de grupo.
 - ★ Cualquier cosa que abarque o comprenda a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma. Así la humanidad es la clase de todos los individuos humanos, hay diferencias tanto cuantitativas como cualitativas. Por tanto el problema no pertenece ni a la familia ni a un individuo.

- ★ Una clase no puede ser un miembro de sí misma.

Bateson (en Watzlawick, Weakland y Fisch, *Op. cit.*), destaca que la forma más sencilla de cambiar es el movimiento.

El cambio implica siempre el nivel inmediatamente superior (un cambio de nivel lógico). Un ejemplo es *método*, que se refiere a un procedimiento científico y es la especificación de los pasos para lograr una finalidad determinada *metodología*, por otra parte es el concepto del tipo lógico inmediatamente superior.

El lenguaje natural dificulta con frecuencia una clara distinción entre miembro y clase.

Algunas conclusiones de esta teoría son:

- Los niveles lógicos deben separarse para poder evitar paradojas y confusiones.
- Pasar de un nivel al inmediatamente superior (de un miembro a la clase) implica un salto, discontinuidad, variación o transformación que conduce fuera del sistema.

La teoría de grupos proporciona una base para pensar a cerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que en si, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior. Si se acepta la distinción básica entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio:

- **Cambio 1.** Tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado.
- **Cambio 2.** Cuya aparición cambia el sistema mismo.

De acuerdo a la teoría de los tipos lógicos un cambio 2 o de segundo orden implica un cambio del cambio. En esta teoría las propiedades de todo grupo, responsables de la interdependencia entre persistencia y cambio, no son por sí misma miembros del grupo. Están por encima del grupo en una posición "meta".

Los grupos son invariantes ante el cambio 1 (entre más cambian las cosas, más siguen permaneciendo las mismas). Mientras que el cambio 2 se refiere a las reglas que gobiernan la estructura y el orden interno.

Las seis propiedades de los grupos nos muestran que ninguna propiedad así como sus combinaciones pueden producir cambios 2 o de segundo orden.

La estabilidad u homeostasis que existe en un grupo viene de combinaciones entre las operaciones de sus miembros, lo cual lleva al fenómeno

de *persistencia* en la que hay situaciones de complementariedad en las que nada cambia en absoluto.

El cambio no necesariamente es lo contrario de lo que se conoce, si algo ahora es “malo”, el contrario no es forzosamente “bueno”, ya que en todo elemento existen necesariamente las propiedades positiva y negativa.

Para lograr un cambio de segundo orden es necesario tener un “meta visión” con respecto al juego lógico del grupo.

El interpretar un cambio 2 desde la perspectiva del nivel de cambio 1, resulta un cambio “ilógico”. Ya que el cambio debe ser introducido desde una posición “meta-meta”, con respecto al sistema original y con respecto a las premisas que rigen a dicho sistema en su totalidad.

La solución intentada ante un problema constituye el problema real que evita producir un cambio A1 intentar una solución de tipo 1 el problema no se modifica, ya que el cambio 2 se fundamenta en la aplicación de premisas desde un nivel lógico diferente. Los cambios 1 y 2 están en niveles lógicos diferentes.

En base a lo anterior, Espinosa, *Op. cit.*, expone que las premisas del modelo de TBCP son:

- El modelo es un sistema de creencias, opiniones o mitos y su importancia se mide pragmáticamente, de acuerdo a lo que se hace.
- No se buscan causas históricas, ya que considera que toda conducta, sea cual fuere su relación con el pasado o con los factores de la personalidad individual.
- Está configurada y conservada por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta. Se cambia así la percepción del pasado, aunque durante las sesiones se puede introducir momentáneamente el pasado del cliente, si así fuere necesario, pero no se debe dar tanto énfasis para el uso terapéutico bajo éste modelo.
- No se busca una patología. Bajo este modelo el cliente no está enfermo no lo está la familia.
- No hay una normatividad, ya que no se plantea un “deber ser”.
- No es una terapia de crecimiento, lo que este modelo trabaja es resolver problemas, como por ejemplo en el enfoque gestaltista dónde el individuo se interesa por el crecimiento personal. Por ello es muy utilizado en instituciones públicas.
- No se maneja que existan ganancias secundarias, es decir que la problemática no se concibe como que “sirva para algo”, simplemente no se ha usado la solución adecuada.

- El terapeuta siempre acepta todo lo que el paciente le da. No hay pacientes resistentes al cambio, sino terapeutas que no saben generar el cambio.
- Esta terapia no tiene un límite de tiempo, pero sí de sesiones. De 8 a 10 sesiones, pero esto puede durar hasta 2 años, ya que las sesiones se espacian entre ellas de manera ampliada, de 2 semanas, puede pasarse a 1 mes, a 2 meses, etc.
- Se trabaja con un solo problema por tratamiento, y por lógica se esperan aspectos colaterales en las habilidades de solución del problema. Se lucha por lograr pequeños cambios, se considera que estos cambios mínimos van generando otros cambios mayores imposibles de detener en un efecto de bola de nieve.
- Los problemas aparecen por un mal manejo de las dificultades de la vida diaria, o por una mala adaptación a los procesos transicionales como puede ser el ciclo vital.
- Una dificultad se convierte en problema cuando se hace “más de lo mismo”, con soluciones que no solucionan.
- Es una terapia ilógica y paradójica, ya que plantea soluciones que dan un giro de 180° a las soluciones utilizadas normalmente por el cliente.
- Se considera que una dificultad mal manejada es un intento de solución fallido.
- El mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales, conductas del presente. “*Se trabaja con el aquí y el ahora*”, se puede hablar del pasado inmediato, pero el énfasis es en el presente proyectado al futuro inmediato

Evaluación

El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que se consideren esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, cómo se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, y actitud y lenguaje del cliente. Por información adecuada se entiende aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conductas, es decir, qué hacen y dicen los individuos concretos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo. La adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo el tratamiento breve pero efectivo, ya que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones.

De acuerdo a Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (2003) el proceso de la terapia dentro del modelo del MRI se lleva a cabo a través de ocho etapas principalmente. Estas etapas se llevan a cabo durante las sesiones terapéuticas que integran el tratamiento global.

Las etapas que comprende el proceso de terapia o de planeación del caso son:

- **Establecer el problema del cliente.** Se requiere una comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a la consulta. Cuando la dolencia es vaga, el terapeuta debe aclararla antes de continuar. Se considera el objetivo general de la terapia el eliminar o reducir la dolencia del paciente.
- **Establecer la solución intentada por el cliente.** Obtener una comprensión completa y exacta de qué representan los esfuerzos por solucionar un problema.
- **Decidir qué se debe evitar.** Se debe dejar muy claro de qué hay que alejarse (“campo minado”), esto favorecerá a formular la estrategia adecuada a cada caso.
- **Formular un enfoque estratégico.** Implementar estrategias efectivas que se opongan al impulso básico del paciente, apartándose en 180 grados de dicha dirección.
- **Formular tácticas concretas.** El terapeuta necesita pensar en términos concretos, puesto que ha de recomendar o sugerir algo al cliente.
- **Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea.** El terapeuta no sólo debe formular la tarea, sino que además debe planear cómo lograr que el cliente la acepte y la lleve a cabo.
- **Formular objetivos y evaluar el resultado.** Uno de los indicadores para evaluar el éxito de la terapia en base a los o objetivos establecidos, es una declaración del cliente en la que indique que se encuentra completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento.
- **Terminación del tratamiento.** Se finaliza la terapia cuando así lo considere oportuno el terapeuta, cuando el cliente refiere sentir mejoría y solucionado su problema o cuando el cliente no se siente a gusto y decide terminar el tratamiento.

Intervención

La terapia MRI se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar situaciones sintomáticas y que han resultado infructuosas. Se trata de una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones espaciadas semanalmente, basada en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del cliente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta

con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento (Ochoa, 1995).

El grupo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención, algunas en términos de programas para problemas específicos. La eficacia de este modelo no reside solo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las prescripciones del equipo terapéutico. La intervención se ubica al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una redefinición a la que se suman tareas para realizar en casa.

El objetivo terapéutico es alcanzar el cambio 2 en relación a la clase de solución intentada, ya que este tipo de cambio supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología (Ochoa, *Op. cit.*).

La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Dicho objetivo puede conseguirse por dos vías.

- Impidiendo que el cliente o quienes lo rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema.
- Rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera comprende las intervenciones principales, y el otro grupo corresponde a las intervenciones generales (Fisch *et al*, 2003).

En comparación con las intervenciones principales, las intervenciones generales poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas y como se mencionó anteriormente, en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

Intervenciones principales

Las intervenciones principales son las que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta, estas intervenciones son cinco:

- **Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.** Incluye problemas de tipo fisiológico como tics nerviosos, insomnio, dolores de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo, bajo rendimiento sexual, insomnio, apetito desmedido, obsesiones, bloqueos creativos y de memoria. Aquí el cliente define el problema como una conducta involuntaria de su organismo, un

padecimiento o dolencia relativa a él mismo. El cliente y el paciente son la misma persona.

La intervención trata de lograr que el cliente fracase en sus intento de superar el problema, es decir de querer controlarlo de manera conciente. Ya que un síntoma se convierte en síntoma al no tener control de él. Cuando se tiene control de manera indirecta el problema termina.

Se dirige al paciente para invertir su deseo de superar el problema, por lo cual se le suministran razones y directrices que lo llevan a fracasar en su rendimiento de lograr supera el problema.

Se puede prescribir el síntoma con el pretexto de que hace aún falta mucha información indispensable para resolver el problema, intensificándolo y registrando todo lo que sucede entorno a él, por escrito y a través de un control estricto del tiempo en que sucede de manera que sea verdaderamente intolerable al cliente.

Se vende la idea al cliente explicando que al provocar deliberadamente el síntoma podrá disminuir la angustia y el dolor al observar todo conciente de que va a suceder, además de que brindará información detallada al terapeuta sobre cómo sucede el hecho. Y por otro lado se maneja como entrenamiento para que el cliente logre controlar el suceso, es, decir, es parte de un proceso de aprendizaje.

- **Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.** Aquí el cliente y el paciente son la misma persona. El síntoma se presenta cuando el cliente trata de dominar o controlar anticipadamente una conducta con el fin de no enfrentarse nunca a cierta tarea o circunstancia que le crea conflicto.

Las dolencias son auto referenciales y suele haber quejas de estados de terror o de ansiedad. Fobias, timidez, miedo a exámenes, a escribir, a hablar en público.

Por alguna razón el cliente piensa que no tiene las herramientas o habilidades necesaria para dominar las situaciones temidas y se pospone el enfrentarse a ellas, con el razonamiento de que es necesario prepararse más para lograr la meta.

La intervención es exponer al cliente a la situación temida en una situación controlada por él mismo aunque la tarea no sea completada a la primera con éxito total. Se puede cumplir con ello la hipótesis del cliente, pero con cierto dominio del problema.

La idea puede venderse como la necesidad de aprender sobre el problema para saber como controlar esa situación. Se hace énfasis al cliente en que deberá evitar de todas las maneras posibles que sea exitoso su enfrentamiento, ya que se busca crearle una especie de inmunidad ante el fracaso o rechazo a que lo exponga la situación del problema.

- **Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.** Mediante esta técnica se tiene por objetivo realizar un “sabotaje benévolo” para lograr un acuerdo en una conducta de oposición entre dos o más personas.

Se refiere a conflictos interpersonales relacionados con la cooperación mutua, entre padres e hijos, compañeros de trabajo, hijos adultos y padres

ancianos, y ciertas peleas conyugales, dónde hay dificultades por una escalada simétrica de conductas.

La solución ensayada asume la forma de romper la simetría de la relación poniendo al cliente en una posición de inferioridad en la postura que tiene en la relación, que el cliente “ceda” para lograr una postura complementaria de debilidad, declarándose de alguna manera incompetente para resolver el problema. De esta manera se logra el objetivo.

Esta solución es especialmente útil en problemas entre padres e hijos adolescentes, la tarea se basa en que para desaparecer la conducta provocadora e inductora de rebeldía, los padres cambiarán su conducta” tan predecible” y se volverán “impredicibles”.

- **Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.** Todas las intervenciones tienen algo de paradójico, pero ésta solución es abiertamente paradójica.

Se utiliza en relaciones de conflicto entre padres e hijos o pareja cuando se trata de lograr una respuesta espontánea en un mensaje paradójico de una de las partes, del tipo “sé espontáneo”, “quiero que quieras ir a la escuela” ya que para obedecer se debe desobedecer al no ser posible cumplir una orden de éste tipo. Dónde por una parte se quiere algo y se niega al mismo tiempo quererlo, además se desea algo que depende de la voluntad de otra persona.

En parejas es frecuente cuando se pide: “no te estoy diciendo lo que quiero que hagas”, “quiero que lo hagas solo si tú quieres hacerlo”.

La solución se logra cuando que la persona logre pedir las cosas directamente, esto implica que se dé un cambio de encuadre en el significado de la interacción (invertir los significados de la conducta percibida como benévola en lugar de perversa). Mediante esta técnica se interviene haciendo peticiones directas, redefiniendo la benevolencia de quien pide algo.

- **Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.** Se plantea que esta solución se utiliza cuando hay un conflicto recurrente entre dos personas en donde la persona 1 sospecha que la persona 2 realiza un acto que ambos consideran equivocado, 1 vigila y acusa a 2 y 2 niega las acusaciones y se justifica, lo cual confirma las sospechas de 1.

Justo, la intervención se encamina a interrumpir la secuencia de las acusaciones, mediante una “interferencia” o “confusión de señales”. La intervención, además de bloquear las recriminaciones implica poder efectuar un control voluntario de la conducta que causa el problema al simular el paciente el síntoma en los días que por ejemplo no comió en exceso una mujer que es vigilada en su compulsión por su marido.

De acuerdo a ésta intervención el giro del problema para lograr una solución sería que una de las dos personas abandone su rol repetitivo. Algunas veces se pide a alguno que finja como cierta la conducta de que se le acusa por parte del otro.

Intervenciones generales

Con éstas el terapeuta comunica alguna postura general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También es posible que quiera utilizar dicha postura para averiguar si es suficiente con ella solucionar el problema, aun en el caso de que no implique la formulación de una intervención. Estas intervenciones se enumeran en seguida.

- **No apresurarse.** Se emplea cuando el cliente usa una solución dónde hay que esforzarse mucho para superar el problema, ya que si reduce el esfuerzo el síntoma será más fuerte.

Con clientes que son pasivos y demandan al paciente una solución urgente e inmediata, la situación de ir más despacio actúa para movilizar el cambio.

Siempre que haya cambios y mejoría el terapeuta debe mencionar al cliente que son mejor los cambios lentos y paulatinos, con esto además se previenen las recaídas.

- **Los peligros de una mejoría.** La intervención es usada cuando el cliente no realiza las tareas prescritas durante la sesión anterior y específicamente en trastornos de ansiedad. Si el paciente presenta oposición al terapeuta, esta intervención acelerará el cambio.

En otro caso si la persona sabe que la mejoría no es exactamente “lo mejor o más bello”, podrá disminuir su ansiedad por exigirse demasiado.

- **Un cambio de dirección.** Cuando las intervenciones no han producido el cambio esperado, el terapeuta cambia el sentido que ha seguido con la intervención, bajo la explicación de que ha consultado con un experto que le ha aconsejado cambiar el rumbo de la terapia. La técnica se complementa con la postura de “inferior” que toma el terapeuta ante un experto, ya que “si el terapeuta no logró entender la problemática del cliente, el experto sí”.

- **Cómo empeorar el problema.** Se lleva a cabo cuando en las sesiones no se ha visto cambios significativos. El terapeuta menciona al cliente que tanto él como su equipo de trabajo no han sabido cómo ayudarles a mejorar el problema, que sin embargo sí saben como podrían empeorar. Entonces se enumeran todas las soluciones efectuadas por el cliente y/o sus familiares para resolver el problema, de tal manera que se subraya el papel que tienen ellos en la persistencia del síntoma, esperando que se logre establecer la postura del cliente como de control de tal situación.

No se culpabiliza de ningún modo al cliente por la persistencia del síntoma, sino que se le da el mensaje esperando en el impacto de lo dicho, más que en una directiva en torno a la responsabilidad.

Técnicas de intervención

Ochoa, *Op. cit.*, menciona que los recursos técnicos de los que se hace uso en este modelo de terapia para promover el cambio comprenden:

- **Las redefiniciones.** Técnicas cognitivas que evitan las “etiquetas” que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.
- **Las tareas directas.** Intervenciones sobre la conducta con el objetivo de cambiar directamente la conducta en el cliente o en algún miembro de la familia, la conducta relacionada con el mantenimiento del síntoma dictando claramente otra conducta alterna para promover un cambio.
- **Las tareas paradójicas.** Van enfocadas a la conducta sintomática, solo que aquí se prescribe continuarla durante un tiempo fijo. De tal modo que la aparición del síntoma sufra la modificación de ser provocado o controlado por el cliente, ya que no parecerá “espontáneamente”. Se le puede sugerir al cliente tomar nota de las circunstancias que rodean la aparición del síntoma, ya que así se obtendrá mayor información sobre el síntoma y se le someterá también a un control voluntario.
- **Las intervenciones metafóricas.** Se usan para transmitir un mensaje no relacionando directamente éste con el problema, tratando de causar un impacto a nivel analógico (Watzlawick, 1980 en Ochoa, *Op. cit.*). La metáfora puede ser una nueva definición del problema, una solución e incluso ambas cosas simultáneamente. La metáfora es una aportación a la solución del problema.
- **El “pacto con el diablo”.** Es una ordalía, se requiere tener una buena alianza terapéutica, y se prepara el terreno manejando cierto suspenso de que solo se revelará la solución cuando el paciente esté preparado para cumplir las instrucciones al pie de la letra.

Modelo del Grupo de Milán

Antecedentes

Los orígenes del Modelo de Milán se remontan hacia mayo del año de 1967, cuando Mara Selvini Palazzoli, terapeuta individual con preparación en psicoanálisis infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa, fundó el Centro para el Estudio de la Familia, en Milán, Italia. En el año de 1971 invita a trabajar a otros psicoterapeutas psicoanalistas. El trabajo de este equipo consistió primordialmente en una investigación sobre el trabajo terapéutico con algunas familias con hijos que tenían conductas psicóticas y esquizofrenia, considerando a la esquizofrenia como un tipo de comunicación que se observa en el grupo natural en el que aparece, en el año de 1972 se pone en marcha el proyecto de investigación sobre la esquizofrenia (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994; Sánchez, 2000).

Principales representantes

El proyecto de investigación con familias en las que se observaba comunicación esquizofrénica requirió del trabajo de varios terapeutas entre los que se encontraban Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, equipo de especialistas a los cuales se les ha denominado El Grupo de Milán.

Marco teórico

Durante los primeros años, el equipo de terapeutas se reunía una vez a la semana sin recibir ningún salario, discutiendo los casos de las familias en terapia y los trabajos de Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Gregory Bateson, con la finalidad de establecer las raíces de un modelo terapéutico. Al principio, rechazaron muchas invitaciones de otros centros, hasta no tener bien delineado y respaldado por casos clínicos su modelo terapéutico, y fueron motivados a continuar con él por la visita de Watzlawick a Italia durante ese período (Sánchez, *Op. cit.*).

El equipo o grupo de Milán retoma de la cibernética y la pragmática de la comunicación humana que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Estas reglas son los intercambios que hay en el grupo natural, por medio de comunicación verbal y no verbal.

Como se ha mencionado el equipo inicio trabajando con pacientes con psicosis y esquizofrenia o familias con transacción esquizofrénica por lo que consideran que las familias con conductas patológicas en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relación y normas patológicas, que las conductas de comunicación y de respuesta mantienen sus reglas y sus relaciones patológicas. Estos sistemas patológicos tiene la tendencia rígida de repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis.

El equipo de trabajo formuló la hipótesis de que la familia con transacción esquizofrénica es un grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada a tal punto de exasperación que la hace no declarable y, por tanto, encubierta.

De acuerdo a Bowen: “son necesarias por lo menos tres generaciones para obtener un esquizofrénico. En las familias con transacción esquizofrénica la relación no se define ya que si esta se hace se corre el riesgo de que se termine el juego y se pierda al adversario y esto no ocurre ya que este juego es el caracteriza a este tipo de familias o parejas en este tipo de sistemas el objetivo es no definir la relación para mantener la homeostasis sin embargo esta es de tipo patológico.

Las familias con transacción esquizofrénica sostienen su propio juego a través de marañas de paradoja que involucran a todos los miembros de la familia, marañas que pueden ser disueltas con paradojas terapéuticas (Selvini, *et al*, 1994).

El enfoque del grupo de Milán desarrolla un proceso terapéutico que consistía en un máximo de 10 sesiones con un intervalo aproximado de de tres a cuatro semanas y al cabo de esas 10 sesiones se podía hacer un nuevo contrato de 10 sesiones (Selvini, *et al*, 1994; Ochoa, 1995).

Evaluación

La evaluación familiar lleva a cabo el grupo de Milán tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar y se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la causalidad lineal.

Con objeto de facilitar la orientación relacional o circular cuando describen conductas o interacciones sustituyen el verbo “ser” por el verbo “mostrar”.

Los principales objetivos de la evaluación son: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma, y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional (Ochoa, *Op. cit.*).

El formato de entrevista creado por el grupo de Milán está regido por los principios de hipotetización, neutralidad y circularidad (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980; Selvini, 1990 y Sánchez, *Op. cit.*).

- **Hipotetización.** Es la formulación que el terapeuta hace de una hipótesis basado en la información que posee en cuanto a la familia que está entrevistando. La hipótesis establece un punto de inicio para la investigación de la misma manera que verifica la validez de la hipótesis, basado en métodos y técnicas específicas. Si se prueba que es falsa, el terapeuta debe formular una segunda hipótesis, basado en la información obtenida durante la prueba de la primera hipótesis. La hipótesis debe ser sistémica e incluir a todos los componentes de la familia y también debe proporcionar una suposición a la total función de relaciones

- **Circularidad.** Es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación en base a la retroalimentación que la familia le da, en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones, de las diferencias y del cambio. A través de esto se obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones, ya que el terapeuta plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia, con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia, también todo miembro de la familia es invitado a decir cómo ve la relación entre otros dos miembros para indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica.

La circularidad es la convicción de poder obtener de la familia (y por consiguiente dar a la familia) informaciones auténticas si se toman en cuenta los siguientes fundamentos: la información es una diferencia y la diferencia es una relación (o un cambio en la relación).

El planteamiento de una hipótesis sistémica y el uso de la retroalimentación caracterizan la circularidad del interrogatorio circular y con éste los integrantes del equipo de Milán recogían información de las relaciones de la familia. Se plantean las preguntas para enriquecer la comunicación y la comprensión temporal del problema.

- **Neutralidad.** Por neutralidad del terapeuta el equipo de Milán se refiere a un efecto pragmático y muy específico del total de sus otros comportamientos durante las sesiones.

Cuando el terapeuta hace alianzas sucesivas en las que se alía con todos, pero con ninguno al mismo tiempo y aún más, mientras el terapeuta asimile más la epistemología sistémica más interesado estará en provocar retroalimentación y en recolectar información y menos capaz será de hacer juicios morales de cualquier tipo.

Para el equipo también es importante observar y neutralizar tan pronto como es posible, cualquier intento de hacer coalición, intentos de seducción o de relaciones privilegiadas con el terapeuta que se tratan de hacer por cualquier miembro de la familia y consideran que el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se mantenga y coloque en un nivel diferente (metanivel) del de la familia.

Selvini, *et al* (1994) exponen que para trabajar con las familias participaban en las sesiones 2 terapeutas uno de cada sexo para lograr equilibrio fisiológico entre coterapeutas y con la familia y evitar caer en estereotipos culturales. Los otros dos terapeutas observaban (observadores) tras un espejo unidireccional.

Se realizaba con tranquilidad una entrevista telefónica inicial con la familia con transacción esquizofrénica para tener un primer acercamiento al problema y al tipo de relaciones y se llenaba una ficha telefónica.

Las sesiones eran en una habitación equipada con micrófono y con espejo unidireccional y se explicaba el sistema de trabajo a la familia

Las sesiones se dividían en cinco etapas:

- **Presesión.** Los terapeutas se reúnen en equipo para leer la ficha, si se trata de la primera sesión, o el acta de la sesión anterior, en caso de sesiones sucesivas, se hace una discusión acerca de la familia y se prepara la información para trabajar en la sesión. Esta etapa tiene una duración de 5 a 10 minutos.
- **Sesión o la entrevista.** Dura aproximadamente una hora y es interrumpida por el equipo de observadores y por las preguntas de los terapeutas.
- **Discusión de la sesión o intercesión.** Hay una discusión entre los miembros del equipo mientras la familia espera. Se determinan las conclusiones y prescripciones. Tiene una duración de 15 a 40 minutos.
- **Conclusión de la sesión o prescripción de la tarea para la familia (intervención).** Los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión que consiste en un comentario o en una prescripción (de tipo paradójicos). Esto se realiza de 5 a 10 minutos.
- **Acta de la sesión o post sesión.** Después de despedirse de la familia el equipo se reúne nuevamente para discutir las reacciones inmediatas de los

miembros de la familia durante las intervenciones, se formulan previsiones y se redacta el acta de la sesión (Selvini, *et al*, 1994, Sánchez, *Op. cit.*, Tomm, 1984).

Intervención

Las primeras intervenciones que emplea el equipo son las que se mencionan a continuación y que aparecen en la obra *Paradoja y contraparadoja* (Selvini *et al*, 1994) y que tienen que ver con el trabajo terapéutico que realizaron con las familias con pacientes psicóticos y esquizofrénicos.

De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo

Es un tipo de intervención terapéutica que trata de trasladar la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno o más hermanos considerados como sanos por la familia, señalando que el presunto enfermo designado por la familia fue el único que intuyó en el grupo familiar en qué medida el otro o los otros hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan ayuda.

Este tipo de intervenciones es un golpe al *statu quo* de la familia y muestran reacciones negativas para tratar de mantener la homeostasis del sistema.

Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos

Consiste en referir exclusivamente al grupo de terapeutas, en el momento oportuno, los problemas de la relación intergeneracional. Se deja fuera del juego a los padres para no negar o descalificar. Los terapeutas dejan en claro que la expectativa de cambio es de ellos, que los miembros del grupo familiar no son responsables de no lograr lo que los terapeutas esperan de ellos.

Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa

Es una maniobra que consiste en aceptar sin objeciones una mejoría en absoluto por el correspondiente cambio en el sistema de interacción familiar.

Ante la desaparición inexplicable del síntoma en el paciente designado acompañado por los comportamientos de resistencia colectiva, se opta por concluir la terapia súbitamente y poner a prueba la autenticidad de la “curación”, teniendo todavía “a favor” un cierto número de sesiones en caso de que la “curación” no resista mucho tiempo.

Las reacciones de la familia ante la terminación de la terapia son variadas, sin embargo, los terapeutas manifiestan que su decisión se tomó en base a la mejoría mostrada por la familia y de ser necesario, ellos pueden solicitar su servicio cuando lo crean conveniente.

Cómo recuperar a los ausentes

La maniobra del miembro ausente es quizá la más notable en el rico arsenal de maniobras familiares destinadas a lograr el mantenimiento del *statu quo*. El Grupo de Milán considera que se trata de una resistencia compartida por toda la familia.

Cuando un miembro de la familia se ausenta, el equipo lo acepta a pesar de los motivos absurdos, sin dejar de estar atentos a esta situación para un análisis.

La maniobra terapéutica consiste en una especie de ritual no rígido. A la estructura de la sesión que generalmente estaba dividida en cinco etapas se agrega una sexta etapa. El equipo entrega por escrito la conclusión de la sesión y la encarga a un miembro de la familia, asignado para leerla ante todos los miembros de la familia por la noche, cuando todos estén reunidos con la finalidad de obligar a asistir a terapia al miembro ausente.

Cómo eludir la descalificación

Los terapeutas, integrantes del Grupo de Milán, consideraban que si se convencían de que todo cuanto muestra la familia es “una invitación” (a jugar su juego), tan seductora como descalificadora, no sólo se logra ser razonablemente inaccesibles a sentimientos simétricos de adulación o de furia, sino también (lo que es importante) divertirse y considerar “a los adversarios” con auténtica admiración, respeto y simpatía.

El problema de las coaliciones negadas

El Grupo de Milán encontró la constante presencia de un cierto grado de confusión en la demarcación intergeneracional (parentificación excesiva de algún miembro de la segunda generación, seducción recíproca en la relación entre uno de los padres y un hijo, coaliciones y fracciones más o menos descubiertas), y al aumentar la experiencia del grupo y su capacidad de observación, este fenómeno se puso de manifiesto también con caracteres relevantes, en todas las familias con pacientes designados o psicóticos.

Si se logra superar el escollo de la fase de esclarecimiento del punto nodal, se llega al momento crucial: el de la intervención. Esta tiene que ser rigurosamente global y sistémica para que provoque cambios y, por consiguiente, resulte terapéutica.

Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie

Hay algunas familias que responden a las intervenciones terapéuticas con cambios rápidos; otras que parecen confirmar en su momento la validez de la intervención, vuelven a la sesión siguiente inmodificadas y la familia continuará respondiendo de tal manera que permanezca inmodificada.

Lo que queda por hacer es no insistir, hay que cambiar la propia posición en la relación, o sea la definición de la relación, declarando honestamente la propia

impotencia, evitando todo reproche a la familia, para hacer esta declaración es importante preparar y controlar el contenido verbal y el tono, el realizar ésta produce impacto en las familias, pero el perder a tan dignos adversarios, empuja a la familia a realizar cualquier cosa a fin de que el juego no termine, al grado de culparse ellos mismo.

Mientras los terapeutas se declaran confundidos, sin saber qué hacer, hacen en realidad una cosa importante: se define la relación. Al definirse complementarios, por propia incapacidad y no por culpa de la familia, en realidad no lo son, por cuanto toman en sus manos el control de la situación.

Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema

La paradoja extrema es aplicada en la escalada oculta de la transacción esquizofrénica, estriba en el siguiente mensaje: “sólo puedes ayudarme no siendo lo que eres”. Para destruir este paradójico pedido, el equipo de Milán ideó dos contraparadojas:

- Consiste en aislar es paradójico pedido de la masa de maniobras comunicacionales que causan confusión, y darle una connotación positiva, como algo justo y legítimo.
- Consiste en la prescripción, dirigida al equipo exclusivamente, de acceder a dicho pedido. Al adoptar esta medida, se debe mantener una posición de ventaja, estableciendo que la continuación y resultado de la terapia dependen, casi exclusivamente, del éxito que se logrará al practicar dicha autoprescripción.

Los terapeutas abandonan el rol paterno, prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación

Se trata de una intervención paradójica: la paradójica prescripción de la parentificación a los miembros de la última generación en determinado momento de la terapia familiar, que coincide con la abdicación, por parte de los terapeutas, del rol paterno delegado en ellos por el sistema.

Técnicas de intervención

Por otro lado se puede considerar que a lo largo del trabajo de grupo de Milán se fueron desarrollando diversos tipos de intervenciones para promover el cambio, entre las que se encuentran: las intervenciones paradójicas, intervenciones ritualizadas, intervenciones conductuales, intervenciones cognitivas, así como metáforas.

- **Intervenciones cognitivas.** Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Las principales intervenciones cognitivas son: la connotación positiva y la redefinición (Selvini *et al*, 1994 y Ochoa, *Op. cit.*).

- **Intervenciones conductuales.** Entre los dos grandes apartados de intervenciones conductuales, las directas y las paradójicas, el grupo de Milán empleo –en los inicios de sus trabajos con familias con transacción esquizofrénica- las segundas con gran profusión
- **Intervenciones ritualizadas.** Los rituales familiares fueron ideados por el grupo de Milán. Para el equipo de trabajo el ritual es una táctica terapéutica.

Mateo Selvini (1990) comenta al respecto de los rituales “El verdadero debut del Centro para el Estudio de la Familia en el escenario internacional de la terapia familiar tiene lugar a fines de 1974, con la publicación en *Family Process*, la revista más famosa en esa materia, del artículo “The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents”. Este artículo representa una verdadera innovación del grupo de Milán: *los rituales*”.

En la obra *Rituales terapéuticos y ritos en la familia* de Imber-Black, Roberts y Whiting (1991), se menciona que el ritual fue introducido formalmente en los modelos sistémicos de terapia familiar, en 1974 por Mara Selvini Palazzoli, en su libro *Self-Starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa* y en éste el ritual en la terapia se define como:

“una acción o serie de acciones, acompañadas por fórmulas verbales y en las que interviene la familia en su conjunto. Como todo ritual, debe consistir en una secuencia regular de pasos dados en el momento oportuno y en el lugar adecuado” (Imber-Black, Roberts y Whiting, 1991, p. 25).

Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. La familia que se somete al ritual familiar adquiere una nueva experiencia, distinta de la que antes tenía, porque el ritual propone normas que difieren de las anteriores, o más bien contradicen las preexistentes

Los integrantes del grupo de Milán establecen que algunos de los motivos para el uso de rituales son:

- Derribar un mito construido por tres generaciones
- Se debe conocer la historia completa de la familia y la evolución transgeneracional de su mito.
- Analizar los errores terapéuticos que llevo a la invención y prescripción del rito.
- El análisis detallado de la forma y los objetivos de ese ritual facilita la tarea de explicar qué entendía el grupo por ritual (Selvini *et al*, 1994).

Etapa Post Milán

Aproximadamente en 1980 el grupo de Milán se divide en dos, las mujeres se centran en la prescripción invariable basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos. La prescripción invariable consistía en que los padres de los niños psicóticos se mantuvieran retirados de los hijos, por períodos más o menos largos, sin que sus hijos supieran dónde se encontraban, regresando con ellos al término del tratamiento.

En tanto los hombres terapeutas continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología, también se dedicaron a la enseñanza y formación.

Boscolo y Cecchin, con el nombre de Milán asociados, iniciaron el curso para preparar terapeutas familiares, con una duración de tres años, en el centro *matter* de Milán en 1977. Cuando el equipo se separó, ellos continuaron su programa de enseñanza en diferentes lugares del mundo, presentando sus trabajos, cursos de preparación y talleres.

En septiembre de 1982 se anuncia pública y formalmente la disolución del equipo, fecha en la que Selvini Palazzoli y Prata se trasladaron a la nueva sede, en Viale Vittorio Veneto, se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron un nuevo centro de investigaciones con la denominación de Nuevo Centro para el Estudio de la Familia (Selvini, 1990; Ochoa, 1995 y Sánchez, 2000).

En esta etapa varios terapeutas desarrollan ampliamente el interrogatorio circular. Consideran la importancia terapéutica al aplicar preguntas en un contexto en el cual se opta por el diálogo para modificar las significaciones y aumentar el campo de las alternativas posibles, esta noción la retoman Luigi Boscolo; Gianfranco Cecchin; Karl Tomm; Peggy Penn y; Nelson, Eleuridas y Rosenthal quienes consideran a las preguntas como poderosos instrumentos de autocuración (Ochoa, *Op. cit.*).

Tomm, al igual que Boscolo y Cecchin, postula que la entrevista circular puede (en muchas ocasiones) generar el cambio, sin necesidad de recurrir a intervenciones adicionales al final de la entrevista.

Para Tomm, la finalidad de las preguntas es desencadenar respuestas en la familia que permitan al terapeuta *acoplarse* a ella, establecer distinciones relevantes acerca de las experiencias conductuales y epistemológicas de sus miembros y generar explicaciones clínicas útiles respecto a sus problemas. Tomm propone cuatro tipos de preguntas: las lineales, las circulares, las estratégicas y las reflexivas (Tomm, 1988 en Ochoa, *Op. cit.*).

- **Preguntas lineales.** Se emplean para conocer la definición y la explicación que la familia da al síntoma, ya que la epistemología familiar se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado.
- **Preguntas circulares.** Se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema, más que por una

necesidad específica de conocer los orígenes precisos del mismo. El terapeuta formula preguntas para poner de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, siempre bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad.

- **Preguntas estratégicas.** Su objetivo es predominantemente correctivo. Se recurre a ellas cuando es preciso ser más directo para movilizar un sistema “atascado” y/o para impedir que la familia siga por el camino `problemático.
- **Preguntas reflexivas.** Se emplean para capacitar a la familia para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. Es una forma más neutral de investigar que hacer preguntas estratégicas ya que supone un mayor respeto por la autonomía familiar. Se activan intencionalmente las reflexiones, es decir, de las conexiones jerarquizadas entre los significados del sistema de creencias de la familia. El cambio se produce como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados. Los tipos de preguntas reflexivas son: preguntas orientadas al futuro, preguntas que convierten al interrogado en observador, preguntas de cambio inesperado de contexto, preguntas con una sugerencia implícita, preguntas de comparación normativa, preguntas que clarifican distinciones, preguntas que interrumpen la secuencia sintomática en sesión.

Por su parte Peggy Penn (1982), describe nueve categorías del cuestionamiento circular.

- **Categoría 1. Información verbal y analógica.** La información recabada de la familia en la sesión, es una combinación de información verbal y no verbal o analógica. En la información verbal es muy útil atender a las palabras “señal” usadas por las familias. En la etapa de la definición del problema, la familia ofrece palabras “señal” insertas en su planteamiento del problema. Para que el terapeuta tenga una definición del problema acerca de relaciones, estas palabras “señal” deben transformarse en planteamientos acerca de relaciones y diferencias en las relaciones. El terapeuta también debe observar el comportamiento analógico o las redundancias en la familia, sus miradas, cambios de postura, tono. El ritmo de las interrupciones, etc., para contrastar y comparar esa información con la información verbal.
- **Categoría 2. Definición del problema.** La primera pregunta, “¿Cuál es el problema actual en la familia?”, conectará el problema presente con un momento en el pasado, generalmente alrededor del comienzo del problema.
- **Categoría 3. Alineación de coaliciones en el presente.** Las preguntas “¿Quién se molesta cuando... (definición del problema)”, o “¿quién se siente más desvalido cuando... (definición del problema)?”, establecen para el terapeuta una confirmación o modificación de su hipótesis original. La

respuesta a la pregunta que dé cualquier miembro de la familia forzosamente definirá una relación.

- **Categoría 4. Una secuencia diferente.** Una secuencia completamente rastreada revela un ciclo de comportamiento repetitivo que la familia es incapaz de cambiar. La intervención terapéutica estará diseñada para interrumpir la secuencia de forma que no pueda repetirse de la misma manera.
- **Categoría 5. Preguntas de clasificación y comparación.** La validación de hipótesis acerca de cambios en los patrones relacionales de la familia es promovida a través de preguntas tanto de clasificación como de comparación. Comparación: “¿la relación íntima de tus padres es mejor o peor últimamente?”. Clasificación: “¿quién está más cercano a mamá ahora, después quién, después quién, etc.?”. Este tipo de preguntas se construyen para seguir los alineamientos de las coaliciones familiares. Una vez establecida una clasificación, el terapeuta pregunta: “¿esto ha sido siempre así, alguna vez fue diferente, o es diferente ahora?”.
- **Categoría 6. Preguntas sobre acuerdos.** Proporcionan al terapeuta una oportunidad para jerarquizar coaliciones en términos de su fuerza y prioridad.
- **Categoría 7. Murmurar en presencia de otros.** Si se necesita información triádica adicional, el terapeuta susurrando, le pide a un miembro de la familia que comente sobre la relación de otros dos. Esto se balancea pidiendo a los otros dos que comenten sobre la relación de las demás díadas.
- **Categoría 8. Comparación de subsistemas.** Se emplean para delinear comparaciones dentro de subsistemas así como también entre subsistemas. Las comparaciones dentro y entre subsistemas trazan distinciones más finas acerca de las relaciones.
- **Categoría 9. Preguntas explicativas.** Iluminan relaciones anteriores, pasadas, de la familia. Dependiendo de la retroalimentación de la familia, el terapeuta iniciará un patrón con preguntas explicativas y trabajará hacia el presente, o si ha empezado en el presente, trabajará hacia el pasado.

Nelson, Eleuridas y Rosenthal (1986), mencionan que el grupo de Milán introdujo el interrogatorio circular como un hecho para dirigir una investigación sistémica de los cambios y las diferencias en las relaciones familiares; las cuales recursivamente sustentan las interacciones disfuncionales y los síntomas de la familia. Además de ser una herramienta útil para reunir información apropiada en lo que respecta a la generación de hipótesis e intervenciones, el interrogatorio circular proporciona a la familia una oportunidad de mirar a sí misma sistemáticamente.

Estos autores proporcionan una taxonomía de preguntas circulares.

- **Definición del problema.** Se hacen preguntas a cada uno de los miembros de la familia acerca del (los) problema (s) que en ese momento tenga la familia. Pedirles su propia explicación de la situación.
- **Secuencia de interacción.** Hacer preguntas a cada miembro de la familia acerca de quién hace qué y cuándo (relacionadas ya sea al problema, al síntoma o las propias hipótesis).
- **Comparación/clasificación.** Se pregunta a cada uno de los miembros de la familia sobre los demás miembros, sus comportamientos, creencias, valores, pensamientos, tradiciones, hábitos, sentimientos y relaciones.
- **Interrogatorio circular interventivo.** Preguntar a cada miembro de la familia acerca de quién sirve principalmente para el cambio, para informar o instruir indirectamente: observar la respuesta de la familia a estos cambios o estructuras alternativas.

MODELOS DE TERAPIA POSMODERNA

Los modelos derivados de la Terapia Posmoderna surgen como reacción al estilo de trabajo moderno, proponen una terapia como un espacio conversacional, en el que el consultante es el que sabe hacia dónde dirigirse y cómo hacerlo, el terapeuta es un colaborador, un acompañante, un co-autor de nuevas historias y nuevos significados. Este tipo de modelos todo lo dicho es válido y aceptable por el hecho de que no hay una única realidad, una verdad absoluta.

Los modelos de terapia con este tipo de ideologías son: Centrado en las Soluciones (TBCS), la Terapia Narrativa, el Equipo Reflexivo y el Enfoque Colaborativo.

Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS)

Antecedentes

La terapia familiar ha pasado diferentes etapas de evolución. Partió de la terapia centrada en el pasado o el origen de los problemas y la etiología de éstos; en las décadas de 1970 hasta la actualidad, se centra también en la solución hacia el futuro. La propuesta de la terapia enfocada a soluciones será obtener imágenes de la familia en el tiempo, es decir, antes de que se presentara el problema y después de solucionado el mismo.

La terapia familiar se encuentra en un proceso de evolución con respecto a los modelos originales de los decenios de 1970 a 1989. a partir de 1990 el posmodernismo ha evolucionado los conceptos de las teorías estructural y estratégica, que dominaban las intervenciones terapéuticas. En ellas, el terapeuta señalaba las pautas de acción para con la familia, a la que se veía como un

sistema en observación; se basaban en la cibernética de Primer Orden. Actualmente, la terapia familiar se desarrolla con conceptos del constructivismo y la hermenéutica; las familias y el terapeuta sostienen una participación más activa en la conversación y juntos encuentran sus propias soluciones, donde el papel del terapeuta no es de experto, sino que éste acepta la realidad de la familia y sus historias, no tratará de cambiarla, juntos aportarán una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a las experiencias de la familia un nuevo significado, de tal manera que la terapia es una aventura colaborativa, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas (Sánchez, 2000). Para cumplir con estos aspectos es que a la TBCS se le ubica como un modelo posmodernista.

Entre algunas de las principales influencias teóricas en la TBCS se pueden mencionar las siguientes: La Teoría General de los Sistemas (TGS), la Cibernética de segundo orden, el trabajo de Milton H. Erickson, del Constructivismo, de la Terapia Breve Centrada en los Problemas del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, EE. UU., de Karl Tomm, Michael White, del equipo de Galveston (Harry Goolishian y Harlene Anderson) y Tom Andersen. (Sánchez, *Op. cit.*; O'Hanlon y Wiener Davis, 1993; Selekman 1996; Ochoa 1995; de Shazer, 1991).

Principales representantes

Dentro de los principales representantes del modelo se encuentran:

- Steve de Shazer Del Brief Family Therapy Center de Milwaukee.
- William Hudson O'Hanlon y Michelle Weiner-Davis.
- Matthew Selekman

Marco Teórico

La TBCS se puede considerar como un modelo de terapia dentro de la corriente del posmodernismo, considerado como una nueva forma de percibir la ética y la estética, con una inédita ecologización que retorna hacia lo natural. Este nuevo mundo se hace patente por la materia y la manera de vestir, alimentarse, convivir, educar, percibir, disfrutar, producir y consumir. En él, la naturaleza y el hombre ya no son objeto de explotación, sino que se respetan y son compañeros, es el parte aguas de una crisis profunda, así como el abrazo que ofrece el calor de nuevas orientaciones. Es el deslazamiento de la modernidad, la proclamación de "lo de adentro" y no "lo de arriba" (Sánchez, *Op. cit.*).

Las premisas que fundamentan el modelo de TBCS son las siguientes:

- **Los clientes tienen los recursos y fuerzas para resolver sus quejas.** Todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para

resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

- **La resistencia no es un concepto útil.** Las excepciones constituyen una alternativa mucho más útil.
- **La cooperación es inevitable.** Cualquier cosa que el cliente traiga a terapia se puede utilizar como elemento de cooperación. Las conductas negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución.
- **El cambio es constante e inevitable.** Como dicen los budistas el cambio es un proceso continuo, y la estabilidad una ilusión. Todo cambio llegará de manera inevitable como una excepción.
- **Sólo es necesario un cambio pequeño. Un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.** Las partes de un sistema familiar, o un conjunto de problemas individuales están interconectados, de modo que un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes del sistema.
- **El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.** En la información que brindan los clientes es importante centrarse en lo que parece que está funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo.
- **Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.** Se plantean objetivos que sean alcanzables en un período de tiempo razonable. Por lo tanto, es importante centrarse en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles de cambio.
- **El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.** A partir de la primera o segunda sesión los clientes informan sobre cambios significativos, que pueden ser duraderos. Por ello la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las diez sesiones, generalmente sobre las cuatro o cinco, y ocasionalmente sólo una.
- **Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.** No se encuentra útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. A veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja.
- **No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.** No se acepta la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas (“quejas”) cumplen determinadas funciones. Incluso las hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un

síntoma no ofrecen a los terapeutas pistas acerca de cómo puede cambiar la gente.

- **Los clientes definen los objetivos del tratamiento.** Es importante que el terapeuta induzca a los pacientes a describir como serán las cosas cuando resuelvan el problema actual y que lo describan como si se vieran en una cinta de video. Esto facilita que los clientes identifiquen los objetivos a conseguir en el tratamiento.
- **No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser iguales de válidos y ajustarse igual a los hechos.** No hay una explicación última de la realidad. Como terapeutas es importante no aferrarse demasiado a los propios modelos terapéuticos. Cuando la propia terapia centrada en la solución no parece adecuada, ¡podemos cambiar de enfoque! Esta terapia no es una panacea.
- **Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos.** Los problemas derivan de un tipo de solución, o su combinación, que implica: Se necesita actuar pero no se actúa (negación del problema); se actúa cuando no se debe (las cosas deben ser perfectas y todo cambio gradual es despreciable); y se actúa a un nivel lógico equivocado (se establece una paradoja del estilo: ¡sé espontáneo!).
- **La realidad es definida por el observador, y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.** Nuestras teorías determinan lo que podemos observar. La visión del "ojo de Dios" objetivo es un mito. Las construcciones que no son ni demasiado parecidas ni demasiado insólitas para el paciente-familia son las que más posibilidades terapéuticas presentan.

(O’Hanlon y Weiner-Davis, *Op. cit.*; Selekman, *Op. cit.*; Espinosa, 2004, Ruiz y Cano, s. f.).

A continuación se expondrá el trabajo desarrollado por cada uno de los representantes de este modelo en el siguiente orden: Steve de Shazer del Brief Family Therapy Center de Milwaukee; William Hudson O’Hanlon y Michelle Weiner-Davis; y finalmente Matthew Selekman.

Steve de Shazer y el Brief Family Therapy Center de Milwaukee.

Grupo encabezado por Steve de Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran Marvin Weiner, Elan Nunnaly, Eve Lipchik, Alex Molnar, Marilyn La Court e Insoo Kim Berg. Se incorporan poco después: Wally Gingerich, John Walter y Michelle Weiner-Davis (de Shazer, 1991 y Espinosa, *Op. cit.*).

Steve de Shazer junto con algunos colaboradores funda el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, Wisconsin, EE. UU. en el año de 1978, como un programa de investigación y ha sido desde el principio un equipo cuyo esfuerzo es

conjunto. Como en cualquier equipo, cada uno de los miembros desempeña un papel vital, necesario para el funcionamiento global.

Respecto de la TBCS de Shazer (1991) comenta “nuestro modelo no nació maduro sino que se desarrollo gradualmente a lo largo de un cierto período, con la ayuda de otras personas a parte de las que integraban el grupo nuclear”. Por lo que al respecto mencionan O’Hanlon y Weiner-Davis (1993) que hubo una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, centrado en los problemas, del cual había nacido este modelo, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionan. Que el equipo dejo de centrarse en la identificación de los patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, muy a la tradición MRI para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y ampliar estas secuencias de solución.

Evaluación

Este equipo de trabajo desarrolla su trabajo terapéutico basándose en las siguientes etapas:

- **Planificación previa a la sesión.** Antes de la primera sesión se recomienda comparar los datos que se conocen de otros casos que incluyan elementos similares a los que presenta la situación de la familia para desarrollar una orientación y sugerencias de qué información resultó pertinente en otras familias.
- **El preludeo.** Esta etapa dura alrededor de diez minutos, el terapeuta se centra en el contexto social. Se recoge toda esa información de manera espontánea, en tono coloquial y con espíritu socializador. El propósito es crear una relación asistencial, no amenazadora, con la familia en su totalidad, y se averigua de qué manera ve ésta el mundo.
- **Recolección de los datos.** Parte principal de la terapia que dura de 30 a 35 minutos, se pregunta por el problema y en qué se les puede ayudar, los intentos de solución, identificar las excepciones. El terapeuta deberá ser acrítico, aceptar todo lo que trae la familia y aprende cómo cooperan los miembros de la familia entre ellos y con los demás, conocer las pautas de interacción. El terapeuta contribuirá a que la familia se fije la meta o metas para la terapia a fin de focalizar las tareas.
- **La pausa para la consulta: el diseño de la intervención.** La información obtenida así como las metas establecidas brindan los datos necesarios para diseñar en esta etapa una intervención que en TBCS consta de dos partes: el elogio, y el indicio.
- **Transmisión del mensaje.** En la medida de lo posible se tiene que formular la intervención empleando las frases y predicados favoritos de la familia, sin dejar de tener presente que la intervención debe basarse en una descripción efectuada desde un ángulo distinto. La familia parece sentirse escuchada

cuando se utiliza su propio lenguaje. En el elogio se le expresan a la familia una serie de cumplidos con el objetivo de lograr una “disposición afirmativa” por parte de la familia y que tiene el propósito de aumentar la posibilidad de que la familia encuentre la forma de cooperar con la sugerencia o tarea terapéutica que tiene que ver con el indicio que se ofrecerá sobre el modo de resolver el problema familiar. Una vez que la familia ha aceptado el elogio, se continúa desarrollando el indicio, se le da a la familia un cierto tiempo para aclarar las sugerencias y reaccionar ante el mensaje total. Sin embargo, se limita al mínimo cualquier otra discusión, de modo tal que la red asociativa impulse a la familia a poner en ejecución la respuesta terapéutica.

- **Estudio posterior.** Una vez que la familia se ha ido se evalúan sus respuestas inmediatas al mensaje y se predice el tipo de respuestas frente a la tarea que referirá en la próxima sesión (de Shazer, 1989).

Segunda sesión

En la segunda y las sesiones siguientes, el formato sigue siendo el mismo y se recurre a muchos procedimientos semejantes, si la familia vuelve para una segunda sesión, se obtendrá mayor información acerca de su modalidad de cooperación y se estará en mejores condiciones de cooperar con ella en sus empeños por cambiar. Cada una de las subsiguientes intervenciones se basa en el informe sobre los resultados del mensaje previo, y en consecuencia la descripción se ajusta cada vez más a las pautas familiares (de Shazer, 1989)

Intervención

La TBCS trabaja sobre las excepciones que son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991 en Beyebach, 1999).

En buena medida estas excepciones están ocurriendo desde antes de iniciarse el tratamiento (“cambio pretratamiento”, Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1988 en Beyebach, *Op. cit.*) y la labor del terapeuta no es sólo producir cambios (o ayudar a los clientes a que los produzcan), sino descubrir durante la sesión qué cambios se han puesto ya en marcha por iniciativa.

Las intervenciones que emplea este grupo de trabajo son las siguientes preguntas y tareas:

Preguntas y tareas

- **Secuencia del cambio previo al tratamiento.** Los clientes suelen tomar medidas positivas para resolver sus conflictos luego del primer llamado telefónico al consultorio o a la clínica y antes de la primera sesión, se comienza la sesión preguntando, por ejemplo: “¿qué has notado que anda mejor desde que llamaste por primera vez a la clínica?”.

- **Preguntas de proyección al futuro o de avance rápido.** Aquí se ubican la pregunta del milagro o la varita mágica, la bola de cristal y se realizan cuando los clientes no identifican excepciones o soluciones presentes o pasadas. Se les pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe un futuro sin el problema, ha descrito también la solución. Estas preguntas no son una única pregunta, sino una secuencia de preguntas que, pueden ocupar toda una entrevista y que ayudan a los clientes a transformar sus respuestas en “objetivos útiles” para la terapia y romper el encuadre que se tiene de la situación.
- **Pregunta de la escala.** Se emplea para obtener una medición cuantitativa del problema antes del tratamiento y en el presente, y también del lugar donde desearían colocarse en un período específico.

En el caso de las intervenciones también existen una serie de tareas, denominadas “tareas formula” y son:

- **Tarea de la primera sesión.** El terapeuta plantea lo siguiente: “desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mi me) gustaría que observarás de modo que puedas describirnoslo (describírmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (elijase una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo”.
- **De la pelea estructurada.** Esta tarea se elaboró para parejas que se quejaban de sus discusiones crónicas. La frecuencia y turno de las disputas estructuradas se determinan según la frecuencia de las peleas familiares.
- **La tarea ritual de “escribir, leer y quemar”.** La tarea se prescribe de manera estructurada, ayuda a producir modificaciones en los sistemas más amplios involucrados en el caso y como ritos significativos como despedidas, pedir perdón, etc.
- **De hacer algo diferente.** Se emplea en los casos en que el objetivo de los padres no guarda relación con las excepciones registradas. Resulta útil con los padres que se involucran o reaccionan de forma exagerada. Se les explica que su hijo puede prever de antemano cada una de sus reacciones, por ello tienen que hacer algo diferente.
- **De predecir el futuro.** Se recomienda en los casos en los que las excepciones registradas se producen espontáneamente y no son deliberadas. Dicha tarea suele desencadenar en los pacientes una profecía positiva de autocumplimiento.
- **La tarea hacer más de lo que funciona.** Si la familia informa desde un principio la existencia de conductas excepcionales deliberadas, se recomienda que el terapeuta “prescriba más de lo que funciona (de shazer, 1991; O’Hanlon y Weiner-Davis, *Op. cit.*; Selekman, *Op. cit.*; Martínez y Ramírez, 2003)

William Hudson O'Hanlon y Michelle Weiner-Davis.

Weiner-Davis hizo parte de su entrenamiento en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, y durante varios años formó parte de su equipo de investigación, se separó posteriormente para fundar su propia institución en Woodstock, Nueva York, también enfocado a la terapia breve.

O'Hanlon y Weiner-Davis apoyan las aportaciones del equipo de Milwaukee y contribuyen aportando su propio método, "la cocreación de problemas solubles".

O'Hanlon, quien radica en Omaha, Nebraska y funda de Hudson Center for Brief Therapy of Omaha, nunca se asoció al Brief Family Therapy Center de Milwaukee, pero fue preparado por Milton Erickson. Él junto con Weiner-Davis, en relación con la TBCS, apuntaron: "los límites que las personas atribuyen a su comportamiento restringen la posibilidad de aplicar alternativas para solucionar sus problema. Si los métodos no llegan a ofrecer soluciones satisfactorias, el significado de su comportamiento no es cuestionado, buscándose nuevas soluciones hasta resolver éstos" (O'Hanlon, 1994, en Sánchez, *Op. cit.*).

Estos autores establecen que en terapia hay que intentar hacer tres cosas: Cambiar la forma de "actuar" y "ver" la situación percibida como problemática y "evocar recursos, soluciones y capacidades" que se pueden aplicar a la situación que se recibe como problema.

Evaluación

Por su parte estos autores proponen siete etapas que se llevan a cabo durante la terapia:

- **Unión.** Mostrar un interés genuino por los clientes y que se sientan cómodos, se emplean técnicas de unión (adaptarse al lenguaje del cliente, adoptar la modalidad sensorial del cliente, encauzar el lenguaje del cliente), se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo. La cantidad de tiempo dedicada a esta etapa depende de la rapidez con que los clientes parezcan "soltarse".
- **Una breve descripción del problema.** Se hace la pregunta "¿qué les trae por aquí?", después de una breve exposición del problema se elaboran preguntas para obtener información sobre las excepciones al problema.
- **Excepciones al problema.** Hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema no ocurre. Las excepciones a los problemas ofrecen una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. En este momento de la sesión se emplean las preguntas presuposicionales, las cuales muestran atención o interés frente a situaciones donde no se presenta el problema. Este tipo de preguntas se emplean en base a cinco pasos en el trabajo de las excepciones (Beyebach *Op. cit.*):

- ★ **Elicitar.** Consiste simplemente en suscitar el tema de las excepciones, se habla de las cosas que han ido bien o que han mejorado.
 - ★ **"Marcar" la excepción.** Que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes.
 - ★ **Ampliar.** La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den todo lujo de detalles.
 - ★ **Atribuir control.** Se atribuye el control sobre la excepción a los clientes. Intentamos en definitiva construir la excepción como algo deliberado e identificar qué cosas hicieron que a su vez permitieron que la excepción tuviera lugar: "¿Cómo consiguió volver a comer tres veces al día, y sin vomitar después?".
 - ★ **Seguir.** Preguntar qué más excepciones ha habido: que más cosas han ido bien, en qué otras ocasiones se ha producido el milagro, etc... Una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc.
- **Normalizar y despatologizar.** Considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. En esta "normalización" de la conducta y de las experiencias, se puede decir: "Bueno, eso es algo muy comprensible", etc., y poniendo la situación que hayan presentado como psicológica o patológica en un marco de referencia cotidiano.
 - **Definición de objetivos.** Los clientes son los que deciden que cambios quieren que ocurran y el terapeuta debe asegurarse de que los objetivos sean alcanzables y concretos como para saber cuándo se han alcanzado. Una de las reglas para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. Se pregunta: "¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por el buen camino?".
 - **La pausa.** Permite al terapeuta y/o equipo subrayar comentarios hechos en la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen.
 - **El mensaje: elogios e intervención.** Se destacan tendencias positivas, se felicitar por las cosas bien hechas, se resalta lo que ya se está haciendo por resolver el problema. Generalmente se dan cuatro o cinco elogios. Se observan cuidadosamente las respuestas no verbales de los clientes y la interacción se reduce al mínimo. Sólo se anima a los clientes a contestar si lo que quieren decir amplía los aspectos positivos que se están comentando. La intervención se da después de los elogios y es el último punto a tratar aparte de la concertación de otra sesión, si es necesario (O'Hanlon y Weiner-Davis, *Op. cit.*).

Segunda sesión

Por su parte O'Hanlon y Weiner-Davis, *Op. cit.*, surgieron empezar la segunda sesión y las siguientes comprobando los resultados de la tarea. Y la pregunta inicial es una pregunta presuposicional cuidadosamente formulada: Así "¿qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo?", o "¿Qué observaste que estaban haciendo y que te daba mayor confianza a ti mismo", o "¿qué cosas positivas has estado haciendo esta semana?". Este tipo de preguntas iniciales expresa la certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas. Una vez que los clientes dan una respuesta positiva a la pregunta inicial, se realizan preguntas sobre la excepciones, lo que amplía los cambios.

Intervención

En lo que respecta a las intervenciones empleadas, los representantes de este modelo consideran la entrevista como una intervención, ya que mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación (O'Hanlon y Wilk, 1987 en O'Hanlon y Weiner-Davis, *op. cit.*).

Las preguntas presuposicionales están diseñadas para funcionar como "intervenciones", a través de las preguntas que se elige hacer y del uso cuidadoso del lenguaje de las soluciones se intenta influir sobre las percepciones de los clientes hacia las soluciones. Se usan otras preguntas para obtener información o preguntas específicas dependiendo del momento de la sesión (O'Hanlon y Weiner-Davis, *Op. cit.*).

O'Hanlon y Weiner-Davis emplean de las intervenciones del grupo de Milwaukee, al respecto también hacen aportaciones a este modelo, entre las que se encuentran las siguientes preguntas y tareas.

Preguntas y tareas

- **Pregunta para normalizar y despatologizar.** Se realizan con la finalidad de normalizar las dificultades de los clientes, se produce un efecto tranquilizador ante el problema.
- **Preguntas para definir objetivos.** Una de las reglas fundamentales para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. Se pregunta "¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?".
- **Preguntar sobre el problema.** Se plantean cuando los clientes no describen excepciones al problema o no contestan a las preguntas orientadas al futuro, al realizar este tipo de preguntas no se intenta conocer "el verdadero significado del problema", sino conocer aquellos aspectos del problema que proporcionen información para formular intervenciones útiles.

- **Preguntas de “así, así”.** En una segunda o sucesiva sesión se pregunta “¿qué cosas positivas sucedieron esta semana?”, algunos clientes describen las dificultades con las que se enfrentaron durante ese período. Se les interrumpe educada pero firmemente y se dice: “...volveremos sobre esto más adelante. Primero me gustaría que me comentarás qué cosas positivas ocurrieron”. Esto se hace para reorientar la sesión para que los clientes cambien su perspectiva y se percaten de los momentos gratos que superan a lo no gratos.
- **Preguntas de igual o peor.** Se emplean cuando los clientes informan que las cosas han seguido igual o que han empeorado, no se acepta este informe sin realizar una ulterior investigación. En general se deben mantener y ampliar los cambios en terapia al continuar atentos a las soluciones. Esperamos que salgan a la luz los recursos y las habilidades.
- **La tarea sorpresa.** Este tipo de tarea hace que las cosas se vuelvan más impredecibles, de modo que los clientes se fijen en nuevas o diferentes conductas de la (s) otras (s) persona (s), y al mismo tiempo, aquellos que están intentando nuevas conductas no tendrán que preocuparse de que sus esfuerzos pasen desapercibidos, puesto que las otras personas van a estar alerta a los sucesos positivos. La formulación de la tarea es como sigue: “haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (cónyuge, en terapia de pareja). No les digas qué es. Padres su tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo. No comparen sus observaciones, eso lo haremos la próxima sesión”.
- **La tarea genérica.** Se aplica una vez que los clientes han descrito cuál sería su objetivo en terapia. Por ejemplo, si un cliente “quiere mayor paz espiritual”, se le sugiere: “fíjate qué haces esta semana que te da mayor paz espiritual”.
- **Empleo de la hipnosis.** Con el uso de la hipnosis de Milton Erickson se pretende despertar capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema. Se trabaja con las experiencias automáticas, acciones que están más allá del control deliberado de la persona (O’Hanlon y Weiner-Davis, *Op. cit.*).

Otras intervenciones propuestas por O’Hanlon y Weiner-Davis. *Op. cit.*, son las que se emplean para alterar el patrón de la queja. Frecuentemente, la forma más sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de la queja. El terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja. Alterar el desarrollo de la queja altera el contexto. A menudo la queja desaparece gradualmente o de forma abrupta, este tipo de intervenciones son las siguientes:

- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
- Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.

- Cambiar la duración de la queja.
- Cambiar el lugar en el que se produce la queja.
- Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja.
- Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja
- Descomponer el patrón queja en piezas o elementos más pequeños.
- Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

También implementan las intervenciones que modifican el patrón del contexto. Cuando se aborda la queja a través de la intervención sobre el patrón no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja. Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. La tarea principal es descubrir las pautas de acción e interacción que rodean la queja y modificarlas.

Matthew Selekman

Selekman es uno de los autores que introduce en su trabajo de terapia algunas de las estrategias propuestas por personalidades del posmodernismo en la terapia y al respecto Selekman dice:

“Como todos los modelos terapéuticos, el enfoque básico de terapia breve centrado en las soluciones (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) tiene sus limitaciones y no resulta aplicable en todos los casos. Por ejemplo, en las familias muy traumatizadas o que oponen mucha resistencia, o en casos crónicos de adolescentes en los que se hallan involucrados un gran número de auxiliares múltiples procedentes de sistemas más amplios. Por lo tanto, a fin de introducir una mayor flexibilidad terapéutica y ampliar el alcance del enfoque básico de terapia breve centrado en la solución, he incorporado ideas innovadoras provenientes de los más célebres improvisadores del jazz (como Charlie Parker, por ejemplo) y de los enfoques terapéuticos de Michael White, del equipo de Galveston (Harry Goolishian y Harlene Anderson) y de Tom Andersen” (Selekman, 1996, p. 23).

De Michael White, Selekman retoma la externalización del problema, las realidades son construcciones personales y los rituales de fin de la terapia.

Respecto al trabajo del equipo de Galveston y Tom Andersen, Selekman refiere:

“los enfoques pioneros de la terapia familiar basada en cuentos, elaborados por el equipo de Galveston y de Tom Andersen, han sido una influencia fundamental en el trabajo clínico que realizo con los adolescentes difíciles y sus familias. Tanto Tom como el equipo de Galveston han desarrollado enfoques sumamente respetuosos, cooperativos y menos intervencionistas para la terapia familiar y la consulta con profesionales procedentes de sistemas más amplios (Andersen, 1987, 1991; Anderson y Goolishian, 1988a, 1988b, 1991a, 1991b; Lussardi y Millar, 1991)” (Selekman, 1996, p. 27).

Evaluación

Para Selekman en la primera sesión hay cuatro actividades terapéuticas importantes que deben realizar con el fin de cocrear un clima propicio para el cambio en las familias y son las siguientes.

- **Explicar el formato de sesión.** Se brinda la información suficiente acerca de cómo se lleva a cabo el trabajo terapéutico.
- **Establecer Rapport.** Invitar a cada uno de los miembros de la familia a hablar de sus fuerzas y talentos personales, sus pasatiempos y de las cosas que suelen hacer mejor, en esta etapa se incluye el humor por parte del terapeuta y la familia, aspecto que ayuda a curar a la familia y abre el camino a nuevas posibilidades.
- **Evaluar a la clientela.** Basándose en de Shazer (1988, cit. por Selekman, *Op. cit.*), se puede evaluar quién, dentro del sistema familiar del paciente, está más motivado para la resolución de problemas. Se distinguen tres modelos diferentes en la relación terapeuta-familia:
 - ★ **Los visitantes.** Se niegan a aceptar los conflictos cuando se les pregunta si hay algún problema.
 - ★ **Los demandantes.** Se preocupan mucho por ciertos aspectos de la conducta del paciente; sin embargo no se consideran parte del proceso de resolución del problema.
 - ★ **Los clientes.** Son las personas que se presentan a terapia y desean trabajar con el terapeuta para resolver un problema específico.
- **Realizar entrevistas sistémicas.** Se formulan preguntas con un propósito determinando, evaluando cuidadosamente las pautas peculiares de respuesta cooperativa de la familia y adecuando las preguntas a dichas pautas.

Intervención

Selekman emplea las preguntas y tareas creadas tanto por de Shazer y el grupo de Milwaukee, así como del trabajo de O'Hanlon y Wiener Davis, sin embargo como se ha mencionado anteriormente implementa en su terapia de soluciones, la externalización de la terapia narrativa, las preguntas conversacionales de la terapia colaborativa. Entre sus aportaciones a esta terapia están las siguientes:

Preguntas

- **Preguntas para externalizar el problema.** La externalización del problema (White, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988^a, 1988^b, y Epston, 1990, en Selekman,

Op. cit.), es un elemento más de la conversación terapéutica para generar significados divergentes, e historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas. Se utiliza el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra él, y crear un espacio desde el cual la persona puede volver a asumir un papel activo y enfrentarse al problema, también permite asignar a los clientes la responsabilidad por la lucha contra la queja sin culpabilizarles por ello. Constituye una alternativa terapéutica eficaz cuando se trata de clientes que no revelan excepciones durante el proceso de la entrevista.

- **Preguntas conversacionales.** Las preguntas conversacionales (Anderson y Goolishian, 1988a; Anderson y Goolishian, 1988b, en Selekman, *Op. cit.*) permiten que la conversación terapéutica se desarrolle fluidamente. Además, admiten varias respuestas y se elaboran desde una posición de “no saber”, opuesta a la de “saber de antemano”. Al formular las preguntas desde el “no saber”, nos colocamos en situación de aprendizaje³. El hecho de que los miembros de la familia se sientan en libertad de repetir sus historias, los induce con frecuencia a revelar “lo no dicho” y a generar nuevos significados y posibilidades.

Selekman también hace uso de la técnica del equipo reflexivo.

Terapia Narrativa

“...También yo fui abandonando los “relatos desarrollados en la terapia” o “las metáforas terapéuticas”, como finalmente se denominó, para volcarme a la creciente “terapia narrada”, es decir, aquella en la que se fomenta el diálogo y en la que el terapeuta abandona el papel privilegiado de autor y lo comparte con el paciente. El “texto” que adquiere la forma de cartas pasa a ser propiedad de la familia” (Epston, 1994, p. 14).

Antecedentes

En su libro Martin Payne (2002) menciona: “White y Epston son muy reconocidos en el círculo de la terapia familiar, donde se ve la terapia narrativa como una de las perspectivas más influyentes e innovadoras de nuestro tiempo. Ambos han rediseñado muchas ideas clásicas de la terapia familiar europea y norteamericana, basándose en la filosofía de la ciencia, historia de las ideas, la filosofía posmoderna, la psicología social, la teoría feminista y la teoría literaria”. También dos grandes personajes que influyeron en su trabajo están Michael Foucault y Gregory Bateson (White y Epston, 1993; Epston, 1994).

Principales representantes

La terapia narrativa o surge y se desarrolla aproximadamente a mediados de la década de los 80’s y sus principales representantes son Michael White y

David Epston, estos terapeutas incursionan su modelo al trabajar de manera personal y en forma conjunta en Australia y Nueva Zelanda.

Karl Tomm (White y Epston, *Op. cit.*) escribe: “el campo más importante que White ha abierto es el de la “externalización del problema”, el segundo gran territorio... es la variedad de formas en que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita”.

Marco teórico

White y Epston retoman la analogía del texto, propuesta por investigadores de las ciencias sociales, que considera la interacción de las personas como la interacción de los lectores a los textos, esta analogía hizo posible concebir la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos, en la medida en que cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por lo tanto, una nueva forma de escribirlo.

Los investigadores que adoptaron la analogía del texto consideran que para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe “relatarse”, y que es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia.

Para dar sentido a su vida, las personas organizan su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales y tener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. Las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente, y las que ocurrirán en el futuro, deben estar conectadas entre sí en una secuencia lineal, para que la narración pueda desarrollarse. Se puede decir que esta narración es un relato o una autonarración. El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores. Sin embargo una narración no puede abarcar toda la riqueza de la experiencia vivida, “la experiencia vital es más rica que el discurso. Las estructuras narrativas organizan la experiencia y le dan sentido pero siempre hay sentimientos y experiencias vividas que el relato no puede abarcar” (acontecimientos extraordinarios para la generación o regeneración de relatos alternativos) (E. Bruner, 1986a, en White y Epston, *Op. cit.*).

Por lo anterior se considera que la analogía del texto propone la idea de que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y su organización, y que la evolución de las vidas y de las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones.

Se considera que los relatos están llenos de lagunas que las personas deben llenar para que sea posible representarlos. Estas lagunas ponen en marcha la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión las personas reescriben sus vidas. La evolución vital es similar al proceso de reescribir, por el que las personas entran en los relatos, se apoderan de ellos y los hacen suyos.

Así, la analogía textual nos introduce en un mundo intertextual, y ello en dos sentidos. En el primero, afirma que las vidas de las personas están situadas en textos dentro de textos. En el segundo sentido, cada vez que se cuenta o se

vuelve a contar un relato, a través de su realización surge un nuevo relato, que incluye al anterior y lo amplía.

Se puede asumir que la experiencia de una persona es problemática para ella, por ejemplo, porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes (relatos que proporcionan el contexto sociopolítico de la experiencia de la persona) en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos (experiencia vivida) para la persona. Por lo que cuando alguien acude a terapia, un resultado aceptable para él podría ser la identificación o generación de relatos alternativos (el contexto sociopolítico más amplio de las vidas y relaciones de las personas) que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto (White y Epston *Op. cit.*).

El modo narrativo redefine la relación entre el observador y lo observado. Tanto el “observador” como lo “observado” se sitúan dentro de la narración “científica” que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de *autor* privilegiado de su construcción (reescritura (nuevos significados) de su vida y relaciones).

Una terapia situada en modo narrativo de pensamiento:

- Da la máxima importancia a las vivencias de la persona.
- Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
- Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en intento de construir nuevos relatos.
- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objetos” se convierta en autor privilegiado.
- Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

El proceso de la terapia narrativa

La identificación de los acontecimientos singulares puede facilitarse mediante la externalización de la descripción dominante, “saturada del problema”,

de la vida y de las relaciones de una persona. La externalización del relato saturado de problemas puede iniciarse fomentando primero la externalización del problema y rastreando después la influencia del problema en la vida de las relaciones de la persona.

- **Externalización del problema y bautizar el problema.** La externalización es una técnica terapéutica que invita a las personas a cosificar y/o personificar los problemas que las oprimen. Por lo que el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes a las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivas. (White y Epston, *Op. cit.*).

Para White y Epston, *Op. cit.*, los efectos de la externalización son:

- ★ Disminuir los conflictos personales, incluyendo las disputas de quién es responsable del problema.
- ★ Combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema pese a los intentos de resolverlo.
- ★ Facilita que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.
- ★ Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
- ★ Afrontar de un modo más desafiado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían “terriblemente serios”.
- ★ Ofrece opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema.

Para que la persona que asiste a terapia entre en el proceso externalizante se le pide que ponga un nombre al problema, estrategia terapéutica que denomina “bautizar o bautizo del problema o dar nombre al problema”, como refiere Payne, *Op. cit.*, la externalización implica la personificación (uso de lenguaje metafórico) del problema como en el caso en el que White llamó a la encopresis de un niño “la caca traicionera” o cuando un terapeuta dice “la voz de la falta de autoconfianza es muy poderosa” en lugar de “tienes poca confianza de ti mismo”.

Continuando con el proceso de la terapia narrativa se indaga la influencia del problema en la vida de la persona y viceversa, la influencia de la persona sobre el problema para este fin se emplean ciertas preguntas a las cuales se les denomina como preguntas de influencia relativa.

- **Preguntas de influencia relativa.** El proceso de entrevista denominado “preguntas de influencia relativa” es eficaz a la hora de ayudar a las personas a externalizar su problema. Este proceso se pone en marcha al inicio de la primera entrevista, consiguiendo que las personas se involucren inmediatamente en la tarea de separarse del problema.

Las preguntas de influencia relativa se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero anima a las personas a trazar el mapa de la *influencia del problema* sobre sus vidas y relaciones (conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal). El segundo las insta a describir su *propia influencia sobre la “vida” del problema* (White y Epston, *Op. cit.*).

Cuando las personas logran separarse de la descripción saturada por el problema, de la lectura habitual del relato dominante, las personas están en condiciones de identificar acontecimientos extraordinarios.

Una vez identificados los acontecimientos extraordinarios se invita a las personas a atribuirles significados (nuevos). Para que esta asignación de significados pueda realizarse, es necesario que los acontecimientos extraordinarios se organicen en un relato alternativo (“reescritura” de sus vidas y relaciones).

Invitar a las personas a convertirse en espectadores de su propia representación de relatos alternativos favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de agencia personal (El modo narrativo sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo). Esto puede facilitarse alentando a las personas a identificar aquellas expresiones de aspectos de la experiencia vivida que previamente habrían quedado sin relatar, y a revisar los verdaderos efectos de estas expresiones sobre sus vidas y sus relaciones.

La resistencia de los nuevos relatos y su elaboración pueden también favorecerse reclutando un público externo.

En la terapia narrativa la recuperación de las vidas y relaciones se logra haciendo preguntas y recurriendo a diversos documentos escritos, entre los medios narrativos que White y Epston, *Op. cit.*, emplean en el proceso de la terapia se encuentran:

- ★ Cartas
- ★ Historias propias
- ★ Certificados
- ★ Declaraciones
- ★ Autocertificados

- **La deconstrucción.** Un importante proceso en la terapia narrativa es la deconstrucción, el cual es empleado a lo largo de toda la terapia.

La definición que hace White de la deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas “verdades” divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas. Muchos de los métodos de reconstrucción hacen extrañas estas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivarlas.

La terapia narrativa lleva a cabo la deconstrucción del relato, de los procesos modernos del poder y de las prácticas discursivas (saber).

- ★ **Deconstrucción del relato:** se logra mediante la objetivación de los problemas, que lleva a externalizar vivencias relativas a aquello que consideran problemático en lugar de internalizarlas, el externalizar las conversaciones alienta a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales de conformidad con los que viven (historia dominante).

A medida que las personas que externalizan sus historias privadas, dejan de hablar de su identidad y de la verdad de sus relaciones; dichas historias ya no penetran en la vida de las personas, éstas experimentan una separación de esas historias y quedan en libertad de explorar otras ideas preferidas sobre lo que ellas mismas podrían ser, otros conceptos preferidos que las personas podrían incorporar en su vida.

Cuando las personas se separan de las historias dominantes, es posible que se orienten a aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Y esas contradicciones están siempre presentes y White los llama “logros aislados” que son una puerta a los territorios alternativos de la vida de una persona.

- ★ **Deconstrucción de los procesos del poder:** Se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas. Cuando las prácticas de poder quedan desenmascaradas, las personas pueden asumir una posición respecto de ellas y contrarrestar la influencia que tienen sus vidas y relaciones.
- ★ **Deconstrucción de las prácticas del saber:** Los terapeutas pueden contribuir a reconstruir el saber de los expertos al considerarse ellos mismos “coautores” de otros conceptos y prácticas y al realizar un esfuerzo concertado a fin de establecer un contexto en el cual las personas que buscan ayuda terapéutica tengan el privilegio de ser los autores primarios de esos conceptos y prácticas. Los terapeutas pueden socavar la idea de que tienen acceso privilegiado a la verdad pidiendo a las personas que los ayuden a comprender las situaciones.

Para llevar a cabo la deconstrucción el terapeuta emplea una serie de preguntas incluyendo las preguntas de influencia relativa descritas anteriormente y

las relativas al panorama de acción y al panorama de conciencia, antes de pasar a ellas es importante revisar ambos panoramas (White, 1997)

Panorama de acción y panorama de conciencia

Bruner (1986, en White, *Op. cit.*) al referirse a los textos, sugiere que las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia.

El panorama de acción está constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con tramas específicas.

En un texto, el panorama de acción suministra al lector una perspectiva de la temática de los hechos principalmente en el tiempo.

El panorama de conciencia está principalmente constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y también por las interpretaciones del lector cuando éste penetra, por invitación del autor, en la conciencia de esos personajes, el panorama de conciencia corresponde las significaciones dadas por los personajes y los lectores al “reflexionar” en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción. Percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones dominan este panorama y muchas de ellas se refieren a:

- La determinación de los deseos y preferencias de los personajes.
- La identificación de sus características y cualidades personales.
- La clarificación de sus estados intencionales, por ejemplo, sus motivos y sus finalidades.
- La verificación de las creencias de esos personajes.

Para facilitar el proceso de “recreación” el terapeuta puede hacer una variedad de preguntas incluyendo las que indagan al “panorama de acción”, al “panorama de conciencia” y “de la experiencia”.

- **Preguntas relativas al panorama de acción.** Hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo (pasado, presente y futuro) de conformidad con tramas particulares.
- **Preguntas relativas al panorama de conciencia.** Hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción.
- **Preguntas por la experiencia de experiencia.** Incitan a las personas a dar otra versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas (White, *Op. cit.*).

Para finalizar se enumeran los pasos para hacer terapia narrativa sugerida por David Epston en Smith y Nulund (1997) en las que se hace el proceso de deconstrucción de relatos dominantes y reescribir relatos alternativos:

- Comprender la historia saturada por el problema.
- Externalizar el problema.
- Personificar el problema (bautizar el problema).
- Descubrir un resultado que contradiga el relato de la persona o familia.
- Especular cómo ese resultado puede ser la solución al problema.
- Invitar a la persona o familia reconozca la solución como un logro.
- Desarrollar prácticas de solución e invitar a la familia a dotar esas prácticas de significados en su relación con el problema, con sus autodescripciones o con sus relaciones.
- Considerar el descubrimiento de la solución como heroico y virtuoso
- Distinguir entre las prácticas de conocimiento de la persona o familia y las prácticas que se han organizado alrededor del problema y contribuyeron a transformarlo.
- Promover a la persona o familia de la persona o familia con un problema a una persona o familia con una solución, persona o familia fuerte; consultantes a otras víctimas del problema.

El Equipo Reflexivo

Antecedentes

El equipo reflexivo tiene sus antecedentes desde los años 70's con el trabajo en equipo de un grupo especialistas incluyendo a Tom Andersen en Noruega, así como de un programa de formación de terapeutas familiares de orientación sistémica hecho que dio pauta para entrar en contacto con algunos terapeutas familiares, sin embargo el equipo reflexivo surge oficialmente en el año de 1985 cuando en una sesión terapéutica se pidió autorización a una familia para que el equipo diera sus comentarios y la familia aceptó, se apagaron las luces de la sala donde se encontraban y se encendieron las de la sala donde estaban los miembros del equipo quienes expusieron sus comentarios y lo que observaron enseguida en la familia fue a unas personas silenciosas y pensativas que posteriormente platicaron entre ellas con alegría y optimismo, fue a este tipo de trabajo que denominó equipo reflexivo

Principal representante

Su principal representante es el Médico psiquiatra Tom Andersen.

Marco teórico

La palabra reflexión es tomada en su significado francés (refleksjon): algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta.

En el trabajo del quipo reflexivo fueron omitidas las hipótesis para evitar tener preconcepciones.

Es importante considerar que en la terapia cualquier descripción o explicación depende del observador y cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión; cuando se comparen las versiones, serán diferentes en algún grado Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente “válidas”. En el trabajo clínico se debe buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y promover la búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado. Por lo que el sistema de significados es de gran importancia para llevar a cabo un equipo reflexivo. Lynn Hoffman (Andersen, 1994) escribe: “la vieja epistemología implica que el sistema crea el problema, la nueva epistemología implica que el problema crea el sistema...el problema es el sistema de significado creado por la preocupación”.

Cada persona tiene una tendencia a quedarse prendido de una descripción del problema, tiene una explicación para sí mismo, y por lo tanto y naturalmente, tiene un significado sobre cómo resolverlo.

Cuando cada persona de los que se encuentran en la situación problemática tiene significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones.

Las conversaciones son una parte importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas. Así, ésta sería la más amplia base posible para que una persona pueda elegir cómo manejar situaciones estancadas de manera diferente o cómo responder a acontecimientos nuevos, ya sea que estos puedan ser previstos o no.

Harol Goolishian (Andersen, *Op. cit.*) dice: “Tienen que escuchar lo que les dicen realmente, y no lo que ellos quieren decir en realidad”.

Cada conversación es un desafío a la sensibilidad para percibir pistas en las palabras o en las pequeñas manifestaciones corporales que son signo de que hay algo en la conversación con lo que la persona no está de acuerdo o no se siente cómoda y esto tiene que ver si lo que se dice es apropiadamente poco usual (apropiadamente diferente) o demasiado inusual para las personas (demasiado diferente), se considera que hay tres tipos de diferencias pero sólo una de ellas causa una diferencia (“diferencia que hace una diferencia”) y en este aspecto Andersen retoma el trabajo de dos fisioterapeutas noruegos Adel Vulgo-

Hansen y Gudrum Ovreberg respecto a la tensión muscular y la respiración y lo aplica en las conversaciones terapéuticas. Para cambiar la palabra “diferencia” por un termino común se usa la palabra “inusual”. Si la gente se ve expuesta a lo usual, lo inusual podría inducir un cambio. Si se enfrentan con algo nuevo que es muy (demasiado) inusual, se cierran para no inspirarse. Por lo tanto, para ayudar a las personas es tratar de hacer algo inusual pero no demasiado en las conversaciones para lograr un cambio.

Por otro lado, las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Y deberán ser lo suficientemente lentas como para permitirle a la mente seleccionar aquellas ideas con la que siente afinidad y encontrar las palabras que le permitan expresarla. Una conversación debería ser un esfuerzo por incluir lo que las personas que participan en ella dicen, piensan y escuchan en términos de la velocidad y el ritmo de éstas frases.

Lineamientos

No hay un procedimiento fijo para llevar a cabo el trabajo del equipo reflexivo puede variar de acuerdo a las necesidades y decisiones tanto de la familia como de los profesionales consultantes, sin embargo a continuación se expone el procedimiento base, así como los lineamientos para realizarlo.

La estructura del equipo reflexivo ofrece a aquellos que lo consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

En el trabajo del equipo reflexivo existen dos partes: el sistema de entrevistas (sistema estancado o consultante más el entrevistador del equipo) y el equipo reflexivo.

El sistema estancado (personas que se consideran con situaciones problemáticas), ya sea una persona o más, por ejemplo, una familia más el sistema de ayuda, es entrevistado por uno de los miembros del equipo. Todas estas personas pertenecen al sistema de entrevistas. El sistema de entrevista es un sistema autónomo que define por sí mismo de qué manera y cómo se habla. El equipo reflexivo que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va decir o cómo sus miembros deben hablar.

El equipo reflexivo a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional y está compuesto generalmente por tres personas. Este espejo no es necesario y la cantidad de miembros del equipo es variable.

El procedimiento

- El sistema de supervisión se reúne para hablar de los temas que quieren que se hable, en este momento el entrevistador realiza una serie de preguntas circulares, que puede ser las que proponen el grupo de Milán, Peggy Penn, Kart Tomm o las sugeridas por Eve Lipchik, Michael White y Laurie Mackinnon (Andersen, *Op. cit.*) y las propuestas por el propio Tom Andersen.

- Cada miembro del Equipo reflexivo escucha en silencio la conversación. Los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas. Se preguntan: ¿De qué manera la situación o el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada? ¿De qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentada?.
- El cambio. Hay dos formas de cambiar de posición: el entrevistador puede pedir al equipo reflexivo que dé sus ideas, o los miembros del equipo pueden hacer saber que ya tienen las ideas sobre la situación. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas preguntas sobre el/los tema(s) presentado(s), mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. En otras palabras cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos, y las otras dos o más versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas. En el momento en que el equipo da sus comentarios es importante no mirar a los clientes con la finalidad de que se mantengan en una posición de escucha (ver la discusión de los temas desde afuera). Este proceso les da a los miembros del equipo de entrevistas (el sistema estancado más el entrevistador) la posibilidad de tener un dialogo interno mientras escuchan las versiones que presenta el equipo. Otras reglas son: no hacer reflexiones sobre algo de lo que no se conversó en la entrevista, no hacer connotaciones negativas y usar el lenguaje tentativo.
- Después que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta manera, tienen una conversación sobre lo que se habló en el quipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista.
- La mayor parte del tiempo, el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones y consejos. El equipo reflexivo también sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final.
- Es importante indicar que el número de cambios que realiza el equipo varía y el sistema de entrevistas es quien tiene la última palabra para decidir el número de cambios.
- Al final de la entrevista o reunión se decide si el equipo tendrá otras intervenciones en futuras sesiones, nuevamente depende del terapeuta responsable, los profesionales a cargo del caso y la familia.
- El seguimiento de un caso es por el interés del equipo y saber de qué manera los clientes decidieron manejar su situación, se pregunta lo que recuerdan de

la(s) reunión(es) ya que se considera que aquello que recuerdan ha sido de mayor importancia para ellos.

El Enfoque Colaborativo de los sistemas de lenguaje

Antecedentes

El Enfoque Colaborativo adoptó ideas de teóricos, filósofos, psicólogos sociales, feministas y terapeutas familiares que criticaron la autoridad científica como base del conocimiento y ofrecieron otros criterios para indagar y comprender la psicología humana. El desafío paradigmático a consideración de Anderson (1999), fue planteado por el Construccionismo Social, la Hermenéutica y la Narrativa y lo que vendría a ser el pensamiento posmoderno. El análisis crítico que Anderson hace a la psicología en general se remonta a la historia del Houston Galveston Institute.

El Instituto es una organización privada sin fines de lucro, dedicada a la práctica clínica, la investigación y la educación, cuyos orígenes se remontan a la terapia de impacto múltiple, una de las primeras formas de terapia familiar. Anderson también ha sido invitada a enseñar y consultar en otros contextos y países, lo que le ha permitido recoger experiencias únicas y variadas que a su vez han influido en su práctica e ideología. Esos contextos profesionales han provisto ciertas características comunes muy importantes: la colaboración con colegas inquisitivos que cuestionaron paradigmas familiares y exploraron las fronteras de nuevos paradigmas, situaciones de enseñanza donde ella también era aprendiz.

La práctica clínica y la experiencia con otros profesionales y contextos diferentes favorecieron en su proceso de transformación y en la búsqueda constante de formas eficaces de comprender, conocer y ser útil a la gente con quienes se encuentra en terapia y en otras situaciones profesionales, de tal manera que poco a poco va desarrollando su estilo hacer terapia que ha sido denominado por ella misma como Enfoque Colaborativo (Anderson, *Op. cit.*).

Principales representantes

Se consideran como principales representantes del Enfoque Colaborativo a Harlene Anderson y Harry Goolishian quienes desde el año 1970 habían colaborado profesionalmente hasta el año de 1991 cuando falleció Goolishian. Juntos fundaron y desarrollaron el Galveston Family Institute (actualmente el Houston Galveston Institute), donde se ofrecen servicios clínicos y de entrenamiento en psicoterapia (Anderson, *Op. cit.*).

Marco teórico

Con respecto a su Enfoque Colaborativo de los sistemas de lenguaje, Anderson comenta:

“...lo llamo simplemente *enfoque colaborativo*. Éstos términos se refieren a mi conceptualización de la terapia: *un sistema de lenguaje y un acontecimiento*

lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas –una búsqueda conjunta de posibilidades” (Anderson, 1999, p. 28).

El enfoque colaborativo se basa en las siguientes premisas filosóficas:

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

Estas premisas implican un movimiento en las definiciones de sistema social, proceso terapéutico y posición de la terapia, algunas ideas al respecto se presentan en seguida:

- ★ Un sistema basado en el contexto y producto de la comunicación social.
- ★ Un sistema compuesto por individuos interrelacionados a través del lenguaje.
- ★ Una postura filosófica terapéutica que invita a una relación y un proceso colaborativo.
- ★ Una sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos.
- ★ Un(a) terapeuta que no-sabe y que está en la posición de ser-informado(a).
- ★ Un(a) terapeuta experto(a) en crear un espacio para el diálogo y en facilitar el proceso dialógico.
- ★ Una terapia centrada en generar posibilidades y en fiarse en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes.
- ★ Un(a) terapeuta inseguro(a) para quien el conocimiento está en constante desarrollo.
- ★ Un(a) terapeuta que hace públicos, comparte y reflexiona sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones.
- ★ Una inquisición compartida que depende de las capacidades de todos los participantes.

- ★ Un cambio o una transformación que son consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa.
- ★ Una terapia con personas multifacéticas, dotadas de sí-mismos relacionales contruidos en el lenguaje.
- ★ Un(a) terapeuta y un cliente que participan como co-investigadores para crear lo que “descubren” (Anderson, *Op. cit.*).

Lineamientos generales del Enfoque Colaborativo

El Enfoque Colaborativo pretende una conversación terapéutica en la que hay una búsqueda mutua de comprensión y exploración de los problemas a través del diálogo. La terapia y la conversación terapéutica, implica un proceso de participación conjunta. Cada persona habla “con” el otro, no le habla “al” otro, por lo que el terapeuta y el cliente participan en el co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones. El papel del terapeuta consiste favorecer un espacio conversacional libre y facilitar un proceso dialogal en el que se pueda producir “lo nuevo”. No se trata de lograr cambios sino de abrir un espacio para la conversación. Según esta concepción hermenéutica, en la terapia el cambio está representado por la creación dialogal de la nueva narración. A medida que el diálogo se desenvuelve, se crea la nueva narración, la narración de las historias “aún no contadas”. El cambio en el relato y en la autonarración es una consecuencia inherente al diálogo.

Para lograr este tipo de conversación terapéutica, el terapeuta debe adoptar una posición de ignorancia, la cual implica una actitud general, una postura en la que las acciones del terapeuta comunican una abundante y genuina curiosidad, por lo que el terapeuta está siempre en posición de “ser informado” por el cliente. Esta posición es fundamental para uno de los supuestos de la teoría hermenéutica: que la creación dialogal de significado es un proceso permanente.

En la ignorancia, el terapeuta adopta una postura interpretativa que descansa sobre el permanente análisis de la experiencia, tal como se da dentro del contexto.

El proceso de interpretación, el comprender dentro de la terapia se convierten en una acción conjunta, de colaboración. Esta posición permite al terapeuta mantener siempre la continuidad con la posición del cliente y garantizar la importancia de las visiones del mundo, los significados y las comprensiones del cliente. Esto da a los clientes lugar para el espacio y el movimiento conversacional, puesto que ya no tienen que promover, proteger, o convencer al terapeuta respecto de sus ideas. Este proceso de relajación, de liberación, es similar a una idea que se atribuye a Bateson: específicamente, para ocuparse de ideas nuevas o distintas, tiene que haber lugar para lo familiar. Esto no significa que el terapeuta desarrolle y ofrezca las nuevas ideas o los nuevos significados; éstos surgen del diálogo entre el terapeuta y el cliente y, así, son co-creados. El terapeuta, simplemente, pasa a formar parte del círculo de significados o círculo hermenéutico.

La terapia brinda la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones que permiten una gama ampliada de mediación alternativa a la disolución del “problema”. Y quienes visualizan la terapia como exitosa

experimentan la realización de esta nueva mediación narrativa como “libertad” y liberación (Anderson y Goolishian, 1992).

Los modelos de intervención anteriormente expuestos, han sido la gran contribución que hace el ramo de la Terapia Familiar dentro del campo de la Psicología para satisfacer los requerimientos de salud de la población mexicana.

Cada modelo cuenta con bondades y limitaciones, sin embargo en el trabajo con las familias consultantes se apreció la utilidad y eficacia de todos ellos, sin dar mayor o menor importancia a alguno de ellos. En el ejercicio de la terapia, la elección de un modelo dependió de las características y necesidades de la familia; la sensibilidad e intuición del terapeuta; y/o del consenso del Sistema de Supervisión, sin perder de visto las prioridades de los sistemas atendidos ni superponerlos a ellos.

Los modelos de intervención denominados modernos cuentan con ciertas virtudes tales como: son directivos y guían a los sistemas hacia una normatividad, rompen con la homeostasis para generar cambios intra y extrasistémicos, introducen nuevas ópticas del mundo y de lo que debería ser, modifican las interacciones en varios niveles (individual, pareja, familia, comunidad, escuela, etc.). Otra característica de los modelos modernos es el hecho de dejar atrás el estilo tradicional de hacer terapia, aunque aún existe la jerarquía de especialista-paciente, se involucra más al sistema consultante en su proceso de cambio, el terapeuta ya es parte del sistema, ya no es algo separado y a partir de varios niveles de observación existe un metaanálisis de los distintos Sistemas involucrados en el proceso terapéutico.

Los modelos que provienen de la epistemología posmoderna dan otro vuelco a la Terapia Familiar, la terapia es un espacio de procesos lingüísticos, conversacionales en los que se construyen, co-construyen y reconstruyen los significados, las historias y situaciones problemáticas, en donde todas las visiones y explicaciones de la realidad son válidas, no existe una verdad y realidad absoluta. El experto en la terapia, es la persona o sistema consultante, la función del especialista pasa de ser experto y directivo a una posición de acompañamiento en el proceso constructivo de nuevos significados, guiando al sistema consultante a través del interrogatorio hacia esa construcción o reconstrucción que permita destrabar y concebir con una nueva óptica a la situación problemática y se asegura que el sistema consultante vislumbre un mundo de posibilidades que contribuyan a una vida más armónica.

Independientemente de la epistemología (moderna o posmoderna) que fundamenta cada modelo de intervención, existen ciertas similitudes entre ellos. Tanto en los modelos modernos, como en los posmodernos se brinda a los sistemas en terapia un ambiente de calidez, empatía, respeto, en el que se favorece el cambio y la mejoría. Que emplean estrategias o conversaciones ante las problemáticas que interesan a los consultantes. Emplean procesos reflexivos para comunicar el análisis de lo que acontece en los distintos niveles de observación o pensamiento. Todos los modelos cuentan con metodologías y procedimientos terapéuticos para tratar innumerables problemáticas.

Las diferencias entre los modelos modernos y los posmodernos radican en la forma de incidir en los sistemas consultantes, mientras en los modelos

modernos, el terapeuta asume la responsabilidad de dirigir en base a las necesidades y problemáticas de cada sistema, en los modelos posmodernos es el consultante quién guía al profesional en la forma de cómo quiere ser ayudado. En los modelos modernos existe el paciente identificado y el síntoma, en los modelos modernos existen consultantes con narrativas que refieren situaciones infructuosas.

Como se ha hecho mención, los modelos terapéuticos también cuentan con ciertas limitaciones que pueden resultar paradójicas. Los modelos modernos guían y dirigen el actuar de los pacientes, estrategias que restringen en cierto momento del proceso terapéutico, la capacidad de reacción en ellos, sin embargo el terapeuta tiene en mente lo que les conviene y lo que debe ser o hacerse. En los modelos posmodernos la flexibilidad, libertad y el todo vale evita la especificidad y hay saltos en la conversación.

En la pragmática terapéutica es vital anteponer los objetivos de los sistemas consultantes y no el modelo de intervención, sin embargo otro factor a tomar en cuenta, tiene que ver con la adopción que un terapeuta haga de un modelo. La personalidad, intereses, sensibilidad, agrado, estilo de trabajo, son aspectos importantes en el terapeuta, que influyen en la elección de un modelo de intervención terapéutica para llevar a cabo el ejercicio profesional y deberá considerar la derivación de los sistemas en los cuales su campo de acción se vea limitado ante las peticiones y demandas de los éstos.






Tercera parte. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

1.1 Integración de Expedientes por familia atendida.

El trabajo terapéutico llevado a cabo en los diversos escenarios clínicos por los alumnos de la residencia (equipo de 5), se basó en la atención otorgada a un total de 34 familias⁵ (Cuadro 4). Durante el segundo y cuarto semestres se atendieron a 12 familias en la Clínica de Terapia Familiar del CCH-A y 12 en la CMF Tlalneplanta del ISSSTE. En el tercer semestre se brindó servicio a 10 familias en la Clínica de Terapia familiar de la FESI. Cada alumno atendió en promedio dos familias por semestre, haciéndose responsable de la información escrita y videograbada de cada caso.

La información escrita se integró en un expediente en base a los documentos recopilados en el transcurso del proceso terapéutico y los formatos⁶ que corresponden a: la primera llamada telefónica, grabación en audio y/o video de las sesiones terapéuticas, la primera entrevista, el seguimiento (es el mismo a partir de la segunda sesión), la evaluación del servicio de Terapia Familiar que se aplicó al finalizar el tratamiento y otros materiales escritos según fue el caso (cartas, cuentos, reflexiones, pensamientos, etc.).

CUADRO 4				
Escenario Clínico	Semestre	Numero de familias atendidas	Proceso terapéutico	
			Alta	Baja
	2°	6	5	1
		5	5	0
	3°	10	6	4
	4°	6	5	1
		7	3	4

⁵ La información de las cuatro familias, de las que se realiza exposición temática en el Examen de Competencia Profesionales, se encuentra en el Cuadro 5 de la página 179.

⁶ Los formatos empleados se encuentran en los anexos 8, 9, 10 y 11.

1.2 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con familias en las que se presentaron conductas suicidas.

Para el desarrollo de esta sección se realiza, en primer lugar, una presentación del tema referente a las conductas suicidas; posteriormente la prevención y tratamiento de éstas; enseguida se expone la atención de las conductas suicidas a partir de la Terapia Familiar Sistémica; finalmente se presenta el análisis y discusión teórico-metodológico de cuatro familias en las que se presentaron conductas suicidas y a las que se brindó atención clínica mediante la Terapia Familiar Sistémica (Ver cuadro 5).

CONDUCTAS SUICIDAS: ¿SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS FAMILIARES?

En este apartado se expone de manera general la información entorno a las conductas suicidas. La presentación se lleva a cabo mediante nueve puntos en los cuales se habla del origen y definición etimológica de la palabra suicidio, el suicidio a través de diferentes épocas de la humanidad, las diversas teorías que brindan explicación del fenómeno del suicidio, la clasificación de las conductas suicidas, los factores y grupos de riesgo, los modelos explicativos que se refieren a la vulnerabilidad de las personas y el último punto habla de los mitos de las conductas suicidas.

Origen de la palabra suicidio

El suicidio ha estado presente en la historia del hombre desde tiempos remotos éste fenómeno es considerado como universal, aunque hay algunos lugares del mundo en donde el suicidio no ha ocurrido, sin embargo esos lugares son raros, por ejemplo se ignoraba entre los Yahgans de la Tierra de Fuego, los Andamaneses Islandeses y varias tribus aborígenes australianas (Glen y Farberow, 1988; Morón 1992).

La palabra suicidio es relativamente de origen reciente. La palabra no aparece en el antiguo Testamento ni en los primeros escritos cristianos, tampoco en el texto de John Donne: *Biathanatos* escrito alrededor del año 1610 y publicado en 1644, en el que habla del suicidio empleando la palabra auto homicidio (Minois, 1996), esta obra es uno de los primeros escritos de lengua inglesa que defiende el suicidio.

La palabra parece venir de sonidos latinos y se considera que los romanos usaron diversas frases para referirse a él, tales como: *Sibi mortem consciscere*: procurarse u obtener su propia muerte, *Vim sibi inferre*: causarse violencia a uno mismo y *Sua mano cadere*: caer o morir por propia mano (Glen y Farberow, *Op. cit.*).

Se cree que la palabra suicidio surgió en Gran Bretaña en el siglo XVII, también se considera que surgió en Francia en el siglo XVIII. En el Oxford English Dictionary dice que la palabra suicido fue usada en inglés en 1651 por Walter Charleton y que fue derivada de la palabra del latín moderno *suicidium*, una palabra compuesta por el pronombre uno mismo y el verbo matar (Sousa, 1988).

La paternidad de la palabra se atribuye a Phillips apareciendo en el *New World of Words* en 1662 (Glen y Forberow, *Op. cit.*; Sarró y de la Cruz, 1991). También se cree que la palabra tiene su origen en el abate Trévost en 1734, de quién retomaría el abate Desfontaines en 1737, posteriormente la retoman Voltaire y los enciclopedistas, siendo incluida por la Academia Francesa de la Lengua en 1762 como el acto del que se mata así mismo (Morón, 1992; Clemente y Gonzáles 1996; Sarró y de la Cruz, *ob. cit.*). En 1752 la palabra apareció en el *Dictionnaire de Trevoux* de Francia (Glen y Forberow, *Op. cit.*). En España, la palabra sería utilizada por primera vez en la obra de Fray Fernando de Ceballos *La falsa filosofía y el ateísmo*, publicada en 1772 y en el Diccionario de la Real Academia Española apareció hasta su quinta edición, publicada en 1817 (Clemente y Gonzáles *Op. cit.*, Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*).

Definición etimológica de la palabra suicidio

Las siguientes son algunas definiciones que se han hecho de la palabra suicidio. En el Diccionario de la Real Academia Española en 1817 refiere que la palabra suicidio tiene su raíz en los términos latinos *sui*: de sí mismo y *cadere*: matar. Por lo que su definición se refiere a: “*Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente*” (Clemente y Gonzáles, 1996). En el Diccionario de Uso del Español de Moliner de 1983 (Sarró y de la Cruz, 1991; Villardón, 1993) la palabra suicidio está formada por el pronombre latino *sui* y la terminación de *homicidio*. Refiriendo a la acción de matarse a sí mismo.

Marchiori (1998), expone varias definiciones entre ellas están: la muerte dada a sí mismo, el acto intencional causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte, la destrucción deliberada de la propia vida, el acto con resultado mortal propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1968. En el Pequeño Larousse Ilustrado (2002) el suicidio se define como la acción de quitarse voluntariamente la vida.

El suicidio en la historia

Dado que el suicidio es un fenómeno universal, ha tenido diferentes significados dependiendo de la cultura y la época histórica. Las actitudes hacia el acto suicida han sido controvertidas, ya que dependen de aspectos religiosos, filosóficos, intelectuales, sociales, económicos y políticos. Por ello, al suicidio se le ha tanto enaltecido como banalizado, se le ha considerado como un acto de valor y libertad o de cobardía y debilidad. A continuación se brinda un panorama general del significado que se ha dado al suicidio a los largo de las principales épocas de la humanidad.

La Época Antigua (antes del nacimiento de Cristo)

En algunos países de Asia como la India con el brahmanismo, los sabios buscando el nirvana (liberación de todos los males en la “nada absoluta”), se suicidaban en las fiestas religiosas y los partidarios de la secta Jaïna se suicidaban arrojándose a las ruedas del carro de su divinidad.

En el Tíbet y China el brahmanismo se expandió con el buda Siddarta Gautama y se distinguieron los suicidas que buscaban la perfección y los que huían ante el enemigo, en China también existían las formas de suicidio semiinstitucionalizadas o toleradas como las que se cometían por un delito o una derrota militar. En ese mismo país en el imperio de Chi-Koang-Ti, 500 discípulos de Confucio, tras su muerte, se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de sus libros sagrados.

En Japón el suicidio-martirio era practicado por los devotos de la divinidad Amidas, se tiraban al mar o se enterraban vivos. El *seppuku* y el *hara-kiri* (suicidarse para alcanzar a sus divinidades) fueron formas de suicidio tradicional.

En Grecia, los atenienses castigaban el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar. Los estoicos con influencia de Platón, hacían poco caso de la vida; entre los cínicos el filósofo Hegasías, con el sobrenombre de Pisathanatos (el que empuja hacia la muerte), hacía una apología tan elocuente del suicidio que sus discípulos se mataban.

En Roma los suicidios fueron numerosos ante la decadencia del Imperio, se observó la influencia de filósofos como Séneca quien consideraba que pensar en la muerte era pensar en la libertad y de Lucano, llamado el poeta del suicidio. En la política, cerca del emperador, los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes de la rapacidad del tirano. Entre los esclavos el suicidio era muy frecuente aunque prohibido, a los rescatados se les castigaba severamente. Los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas, sin embargo, todos tenían el derecho de autodestruirse en caso de sufrimiento intolerable.

En Galia y Germania hubo muchos suicidios religiosos, con el fin de ver abrirse ante ellos las puertas del Walhalla (Germania), los ancianos y las mujeres se suicidaban frecuentemente, se mataban entre amigos al finalizar los banquetes. Las viudas se sacrificaban sobre los cuerpos de los esposos desaparecidos. Los galos preferían la muerte a ser esclavos de los invasores romanos.

En oriente, el suicidio era visto como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte sólo era un cambio de forma. Las muertes voluntarias entre los pueblos persas, Caldeo y hebreo eran infrecuentes.

En África, el suicidio era frecuente y en la época de Cleopatra se creó la academia *Synapothanumènes*, donde se investigaban los mejores métodos para morir sin dolor y se pedía a la muerte la liberación.

El islamismo condena el suicidio en el Corán. En Europa, los celtas se glorificaban al escoger el suicidio para poner fin a sus vidas.

En los pueblos de la antigüedad, el patriotismo, la amistad, el amor, la castidad, la enfermedad física y psíquica, el honor y la gloria fueron causas aceptadas y loadas como desencadenantes de un acto suicida.

La Época del Cristianismo

El Cristianismo aceptó, en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero San Agustín negó su justificación diciendo que cualquier forma de suicidio estaba en contra de la ley natural. En el siglo XIII,

Santo Tomás de Aquino argumentó que el suicidio era un pecado mortal contra Dios.

La Época de la Edad Media

En la Edad Media aparecen pocos datos sobre suicidios, debido a que lo usual era la condena, la degradación del cadáver, la negativa de poder ser enterrado en tierra consagrada, la confiscación de los bienes y el deshonor de la familia del suicida.

La Época Moderna

En el Renacimiento, aunque a nivel popular persistían las mismas actitudes de condena al suicida que en la época anterior, se justificaba el suicidio para mitigar el dolor y el sufrimiento. El protestantismo se pronuncia contra la legitimidad del suicidio. En el siglo XVII la represión fue enérgica: el suicidio es un “crimen de lesa majestad”, divina y humana. Con las nuevas ideas de la Enciclopedia, durante el siglo XVIII, se pone en boga el suicidio, Montesquieu y Rousseau pretenden derrumbar los prejuicios y hacer triunfar la razón. Para Alambert y Diderot el suicidio fue considerado como una prueba de libertad individual. Voltaire admite la legitimidad del suicidio en la última parte del *Ingénu*.

La Época Contemporánea

En la Revolución Industrial se mantiene la represión del suicidio, pero con la Declaración de los Derechos del hombre, proclamando la libertad humana, hizo caer las sanciones existentes. Con el desarrollo de los acontecimientos, los suicidas fueron cada vez más numerosos. La cantidad de suicidios aumentó mucho en el siglo XIX, posiblemente por la influencia de las transformaciones económicas, políticas y humanas. Es en este siglo y principios del siglo XX en los que surgen las principales posturas o teorías respecto al suicidio, tales como la psiquiátrica, la sociológica, la psicodinámica y la psicológica (Morón, 1992; Sarró y de la Cruz, 1991), las cuales se revisan en el siguiente punto.

Las diferentes teorías del suicidio

En el siglo XIX surgen las principales teorías explicativas del proceso que lleva o causa el suicidio, y en el siglo XX se desarrollan y surgen otras. La complejidad del fenómeno motivó una diversidad de teorías y tipologías. Durante más de doscientos años, se han realizado formulaciones sociales, psicoanalíticas y psicodinámicas, psiquiátricas, psicológicas y referentes a la personalidad. En 1929, Bonger utilizó el concepto suicidología, pero en la década de 1960 Shneidman, lo definió como el estudio científico del fenómeno suicida (Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*). En el estudio del suicidio han existido dos posturas tradicionales: la postura social y la postura individual.

Cabe mencionar que aunque la postura social y la postura individual se centran por un lado en los factores sociales y por el otro en los aspectos

personales, son considerados los aspectos personales en la postura social y los sociales en la individual.

La postura social del suicidio

Esta postura brinda una explicación desde la influencia de los factores sociales en la persona, se incluyen los enfoques sociológicos, que han utilizado la estadística como instrumento en el estudio del suicidio (Villardón, 1993).

La Sociología

Los fundamentos de la teoría sociológica del suicidio parten de Morselli en 1879 y, sobre todo, del sociólogo francés Durkheim que en el año de 1897 publicó su libro *El suicidio*. Este autor definió el suicidio de la siguiente manera:

“Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que va a producir dicho resultado” (Durkheim, 1987, p. 5 en Clemente y Gonzáles 1996, p. 22).

Ejemplo de un acto positivo: dispararse en la cabeza; ejemplo de un acto negativo: rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir (Morón, 1992; Sarró y de la Cruz, 1991, Clemente y González, 1996). Durkheim considera que los suicidios eran un fenómeno social resultado de la fuerza o debilidad de la sociedad sobre el individuo, defiende que cada sociedad posee una inclinación específica hacia el suicidio, en función de su estructura, sus características y circunstancias, lo que crea una mentalidad y estado de ánimo colectivo, que asimilados por los individuos los predispone en cierto grado al suicidio, siendo éste una expresión de la predisposición social (Clemente y González, *Op. cit.*).

En base a las causas desencadenantes del suicidio, Durkheim describió cuatro características del suicidio:

- **Suicidio anómico.** Se producía cuando había un trastorno o cambio que rompía el equilibrio entre la sociedad y la persona, dejándola sin normas alternativas que le sirvieran de modelo.
- **Suicidio egoísta.** Considerado como la máxima causa de suicidio, la persona carecía de vínculos sociales, padecía soledad y aislamiento.
- **Suicidio altruista.** En la que la sociedad dictaba su acción suicida por excesiva integración al grupo social.
- **Suicidio fatalista.** Como solución a un estado de control insoportable. (Sarró y de la Cruz, 1991; Morón, 1992).

Mediante la Teoría de la Elusión Social, Clemente y Gonzáles (1996) explican el fenómeno del suicidio y parten de dos conceptos imprescindibles, pues

son determinantes en el desarrollo, formación y socialización de la persona, éstos son:

- **La identidad.** Orienta las expectativas de los sujetos, contiene ciertas características que los determina positiva o negativamente, conlleva ciertos condicionamientos sociales como los vínculos, afinidades, necesidades, motivaciones, metas, etc.
- **La experiencia.** Determina la relación con la sociedad, su entorno y la misma vida, es fuente de motivación, de vinculación o ruptura.

Por consiguiente, el suicidio es una conducta producida por la interacción social, y la experiencia que un sujeto tiene de sí mismo dentro de un marco social. Esa interacción determina la calidad de vida, salud y bienestar psicológico de la persona, ya que de ella depende la integración o desarraigo de las personas en su medio social al proveerle de posibilidades o al anularle.

El sujeto tiene que adaptarse, por un lado a ciertas situaciones, su entorno, a normas; y por otro lado a su propia existencia, su propia vida. Por consiguiente, el suicidio es una alternativa latente de todos los sujetos desde el momento en que son miembros sociales, ya que los seres humanos somos susceptibles de no encontrar el medio de vincularnos socialmente, aspecto importante en el desarrollo de nuestra vida, o por el contrario de perder a consecuencia de nuestra experiencia ese medio de vinculación.

De tal manera Clemente y González definen el suicidio de la siguiente manera:

“El suicidio es el evento de un conflicto entre el individuo y su existencia con la realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social⁷, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento” (Clemente y Gonzáles, 1996, p. 25).

Por otro lado, los autores exponen que las tentativas de suicidio están en función de los desencadenantes y se caracterizan como:

- **Tipo síntoma.** El intento como síntoma de enfermedad mental.
- **Tipo estrés.** Aquellos de menos cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente.

⁷ El individuo se despoja de su componente social, si se quiere de los elementos que suscitan la socialización, y se va autoexcluyendo de la dinámica y participación social significativa, rehificando su propia existencia y realidad y anulando toda necesidad y motivación.

- **Tipo crisis.** De mayor cronicidad en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución.

Baechler (1975 en Clemente y González, 1996) expone que el suicidio es una conducta orientada a resolver un problema de forma positiva, es decir, con el suicidio el sujeto supera una situación que lo presiona, provocándole gran tensión, el autor concibe el suicidio como el desenlace de un conflicto existencial y de acuerdo a los motivos que originan el suicidio se caracteriza por ser:

- **Suicidio escapista.** El sujeto busca evitar una situación, dividido en huida, duelo y castigo.
- **Suicidio agresivo.** Supone que con la autodestrucción se daña a otro, dividido en la venganza, el crimen, el chantaje y la llamada.
- **Suicidio oblativo.** Supone la entrega de la propia vida por unos valores (personales, sociales, religiosos, etc.) dividido en sacrificio y transición.
- **Suicidio lúdico.** Supone que el sujeto más que precipitarse directamente a la muerte, lo hace mediante ésta última, y sus formas son la ordalía y el juego.

La postura individual del suicidio

La postura individual considera el suicidio desde las características personales de los individuos. Se encuentran las explicaciones psiquiátricas, psicológicas y las psicoanalíticas, cuya metodología de aproximación al tema ha sido principalmente el estudio de caso (Villardón, *Op. cit.*).

Teorías de la Personalidad

Las teorías de la personalidad hacen hincapié en las diferentes características de personalidad de los suicidas frente a los no suicidas. Se habla de personalidad borderline, desordenes de personalidad, agresividad, impulsividad, así como de neuroticismo, ansiedad y excitabilidad, perfeccionismo y egocentrismo, tendencia hacia sí mismo o conducta antisocial. No obstante los resultados no son concluyentes, lo que hace imposible hablar de una personalidad suicida como explicación de las conductas autodestructivas, sin embargo existe una relación causal entre los desordenes de personalidad y suicidio (Villardón, 1993; Goldsmith, Fyer y Frances en Blumenthal y Kupfer, 1990).

La Psiquiatría

Dentro de la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado desde dos orientaciones: la clásica y la epidemiología psiquiátrica.

- **La clásica.** Explica el suicidio como enfermedad mental, desde una perspectiva individual y patológica. La versión más radical considera el suicidio

una enfermedad mental y otra versión más moderada ve el suicidio como consecuencia de la enfermedad mental.

- **La epidemiología psiquiátrica.** Trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales, enlaza aspectos psicopatológicos, personales con variables sociales. Se realizan estudios para identificar grupos de riesgo y de las características de cada uno. Entre los factores de riesgo para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas (estado civil, sexo, edad, etc.) psicopatologías (enfermedad mental, alcoholismo, etc.) y sociales (nivel económico, hospitalización, pérdida de un padre, etc.) (Villardón, 1993).

La concepción patológica del suicidio apareció en la primera mitad del siglo XIX en el que predominaron los trabajos de los psiquiatras de la escuela francesa. Pinel pone el suicidio como una forma de conducta mórbida. Para su discípulo Esquirol, fundador de la *doctrina psiquiátrica*, en 1838 ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica. Centró su estudio del suicidio como síntoma de un trastorno mental y que también es provocado por las pasiones humanas. (Sarró y de la Cruz, 1991).

El Psicoanálisis/psicodinamia

Freud en sus obras *Duelo y melancolía* de 1914 y *Más allá del principio del placer* de 1920, interpreta la relación del suicidio, la depresión y la agresión introyectada. Freud interpretó el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervenían la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla, la base del suicidio radicaba en un instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno podía expresarse con el suicidio (Sarró y de la Cruz, 1991). Para este autor, el suicidio parece ser el resultado de un conflicto intrapsíquico desencadenado frecuentemente por factores ambientales del tipo de pérdida del objeto amado. En la melancolía un superyo excesivamente severo y sádico se vuelve contra el yo y consigue llevar a la persona a la muerte” (Clemente y González, 1996).

Menninger, discípulo de Freud desarrolló una teoría del suicidio en 1938 en su libro *El hombre contra sí mismo*. Para este autor las causas del suicidio responden a impulsos internos principalmente, siendo los factores externos refuerzos y justificaciones que el sujeto inconscientemente se crea congruentes con los primeros. De ello resulta que el ambiente que se construye el individuo responde a sus intenciones suicidógenas; es decir, el individuo se crea un ambiente negativo, que disculpe de cara al exterior las intenciones de su inconsciente. Menninger establece la existencia de tres elementos en la conducta suicida:

- **El deseo de matar.** Respuesta a la frustración originada por un ser querido.

- **El deseo de ser matado.** Cuando la conciencia actúa, provocando un sentimiento de culpabilidad.
- **El deseo de morir.** Determinará la consumación del suicidio.

Además, el autor pone de relevancia el deseo inconsciente del sujeto de morir al realizar algunas conducta que, siendo innecesarias (drogadicción, excesos de comida o bebida, fumar, hacer ciertos deportes, etc.), implican riesgo de muerte (Clemente y González, *Op. cit.*).

Para Bowlby el suicidio es una reacción a la frustración, exteriorizada mediante la hostilidad, sin que por ello haya que suponer la existencia o acción del impulso de muerte. Este autor enlaza la teoría de la melancolía con la del suicidio, viendo tanto elementos comunes a ambas, como elementos facilitadores, mismos que se muestran enseguida:

- **Elementos comunes.** La culpabilidad, el deseo de ser castigado, la regresión y represión de los instintos, introyección, etc.
- **Elementos facilitadores.** El aislamiento, actitud hostil, etc. (Clemente y González, *Op. cit.*).

Glover retoma la cuestión de la energía psíquica para explicar el suicidio en términos de sobrecarga, es decir, el sujeto sufre un exceso de energía psíquica ante la cual se ve incapaz de actuar, siendo el suicidio una estrategia de escape a la misma (Clemente y González, *Op. cit.*).

En este apartado se cita Jung con una orientación psicodinámica, más que psicoanalítica propiamente dicha. Para este autor, el *self* (componente pseudoinconsciente de la personalidad, que enlaza a ésta con el medio social del sujeto) y el yo (componente consciente de la personalidad) deben estar conectados para un equilibrado funcionamiento de la personalidad individual, y una correcta interpretación de la vida y de uno mismo. Para Jung, el *self* tiene una faceta positiva y otra negativa. Ésta última estaría relacionada con una interpretación desfavorable de la vida, acercando a la persona a la muerte. Esta parte negativa del *self* aparece principalmente cuando no existe correlación entre el yo (que representa la realidad) y el *self* (que representa las expectativas que para y de sí tiene el sujeto en la sociedad). Esta incongruencia motivaría en el sujeto un “anhelo de renacimiento espiritual” (Clemente y González, *Op. cit.*).

La Psicología

Dentro de la Psicología son varias las escuelas que aportan una explicación del suicidio, la cuales se verán enseguida.

- **Psicología Fenomenológica.** Edwin Shneidman en 1988 (Villardón, 1993), en su artículo *Una Teoría Psicológica del Suicidio* expone los componentes psicológicos de la conducta suicida, los cuales son:
 - ★ **La hostilidad.** Tendencia autodestructiva hacia sí mismo.
 - ★ **La perturbación.** Grado en que una persona se encuentra inquieta, preocupada, etc., está relacionada con estados emocionales negativos (malestar, pena, culpa, amargura, etc.).
 - ★ **La constricción.** Reúne características cognitivas, como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que sólo hace conscientes los aspectos negativos –visión del túnel (la forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos: rigidez de pensamiento e incapacidad para lograr razonamientos divergentes).
 - ★ **El cese o el dormir eternamente.** Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. (Villardón, 1993; Clemente y González, 1996; Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

Shneidman refiere que en el acto suicida hay características comunes tales como: el propósito, el objetivo, el estresor, la emoción, el estado cognitivo, el estado perceptual, la acción y el acto interpersonal. Para este autor, el acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida. En este sentido conviene examinar cuidadosamente los registros de la anamnesis⁸ de las personas en relación a si han realizado otro tipo de rupturas o escapadas anteriores (escaparse de casa, dejar un trabajo, romper el matrimonio). Shneidman propone su Modelo cúbico del suicidio, en el que el suicidio se presenta si existe el dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa.

- **Psicología Cognitiva.** En este apartado se exponen varias teorías, entre las que se encuentran la Teoría de los Constructos Personales, la Terapia Racional Emotiva, la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría de la Indefensión Aprendida.
 - ★ **Teoría de los Constructos Personales.** Kelly estudia el suicidio a partir de su Teoría de los Constructos Personales expuesta en 1955 y considera al suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, darle un sentido. El suicidio no tiene tanto una intencionalidad

⁸ La anamnesis es la recogida de los datos sociodemográficos, de la historia biográfica, de los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, de los antecedentes suicidas en la familia y personales, y de patología somática y/o psíquica actual (Sarró y de la Cruz, 1991).

autodestructiva, como la de prolongar y dar significado a la vida. Kelly explica que el suicidio se da por dos razones:

- ❖ El futuro es obvio para el individuo y por lo tanto incapaz de motivarle,
- ❖ Cuando por el contrario el futuro se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve obligado a abandonar la escena.

El suicidio desde sus presupuestos cognitivos sería el efecto de la radicalización, por parte del sujeto, de la definición y extensión de la comprensión de la realidad, y posterior construcción de la misma, por consiguiente, el suicida es aquel cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionado por defecto o por exceso, y le provoca abatimiento o aburrimiento (Clemente y Gonzáles, *Op. cit.*).

Neimeyer en 1983 aplica la Teoría del Constructo Personal de Kelly a la depresión y el suicidio. Afirma que los sistemas de constructos cognitivos personales de los individuos suicidas y depresivos se caracterizan por.

- ❖ **Anticipación de fracaso.** Esta variable está íntimamente relacionada con la desesperanza con respecto al futuro.
- ❖ **Autoconstrucción negativa.** Se refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que tiene mucho que ver con una baja autoestima.
- ❖ **Construcción polarizada** o pensamiento dicotómico. Se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se limita solamente a las posibilidades extremas.
- ❖ **Aislamiento interpersonal.**

Además de estas características comunes con los individuos deprimidos, los suicidas presentan otras dos características:

- ❖ Constricción en el contenido y aplicación de constructos.
- ❖ Desorganización del sistema de constructos.

(Clemente y Gonzáles, *Op. cit.* y Villardon 1993).

- ★ **La Terapia Racional Emotiva de Beck.** Beck en 1979 estudia el suicidio dentro del contexto más amplio de la depresión. La teoría Cognitiva de Beck tiene su origen en la idea de que los hombres, en función de sus expectativas, crean unas categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, a partir de ellas orientan su conducta. La conducta desadaptada socialmente o incongruente e inadecuada, con el aspecto desencadenante, se produce porque el sujeto recibe una imagen distorsionada de la realidad. Beck trata de identificar los

aspectos que distorsionan la percepción del sujeto y producen errores en la evaluación de la realidad que produce conductas equivocadas, en este caso una conducta suicida, para que el sujeto reevalúe sus propias categorías y las cambie para percibir eficazmente la realidad y actuar eficazmente. (Clemente y Gonzáles, 1996).

★ **Teoría del Aprendizaje Social.** Rotter (Clemente y Gonzáles, 1996) propone la Teoría del Aprendizaje Social relacionando la teoría de la Psicología del Refuerzo Social y la Teoría de la Psicología Cognitiva. Su explicación al suicidio se basa en la idea de que la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la vida del un sujeto lo puede llevar a un estancamiento e identificación de sus limitaciones impuestas por el ambiente (tanto de su dimensión física, como humana y social), rompiéndose el vínculo entre sujeto y ambiente por agotamiento, rehificación⁹ de los significados, o simple inconformismo con el estatus y rol socialmente impuesto. Rotter propone dos maneras por la que se puede llegar al suicidio:

- ❖ Por suspensión de la proyección social, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse el sujeto como incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le suceden.
- ❖ Como alternativa aprendida como plausible ante la no realización de ciertas expectativas que le sirven de refuerzo.

Rotter defiende que para que las personas se desarrollen óptimamente y deseen desarrollarse necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que sobre los sucesos de su vida tengan y la satisfacción de sus necesidades.

★ **La Teoría de la Indefensión Aprendida.** A partir de la Teoría de Indefensión Aprendida de Seligman (Avia y Sánchez, 1993 en Clemente y Gonzáles 1996) se puede explicar el suicidio, se fundamenta en la idea de que el sujeto tiene una percepción continua de no correlación entre los objetivos esperados de su actos y los resultados lo que le puede provocar un sentimiento de impotencia e incapacidad de control, lo que puede producir un sentimiento de indefensión (la limitación y/o bloqueo, en mayor o menor grado, de su actividad).

El aprendizaje e interiorización de la falta de control en los resultados de las propias conductas provoca tres déficit en la personalidad: motivacional,

⁹ La experiencia humana se desarrolla empíricamente en un contexto de orden dirección y estabilidad, construyendo así el orden social como resultado de la actividad humana. Así el hombre institucionaliza, organiza y ordena sus actividades, y a medida que lo logra el principio desde el cual comenzó queda oculto. A esto se lo llama rehificación, que es la aprehensión de fenómenos humanos, como si fueran cosas suprahumanas, distintas de los productos humanos. El hombre olvida que el mismo ha creado el mundo humano.

cognitivo y emocional, traducidos en la depresión que sufriría el sujeto y que lo puede llevar al suicidio. Esta teoría considera que hay una relación del sujeto con el entorno social, y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva al sujeto a su integración, sino a un paulatino desligamiento con la sociedad e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo como entidad individual y social, teniendo como consecuencias la apatía y la desmotivación. Por consiguiente terminar en suicidio (Avia y Sánchez y Bernardos, 1993 en Clemente y Gonzáles, *Op. cit.*).

A lo largo del tiempo, el hombre ha asignado al suicidio un significado de acuerdo al lugar, país o cultura, también en base a las condiciones sociales, políticas, económicas, religiosas y filosóficas. Fue hasta el siglo XIX cuando inicia el estudio y explicación del suicidio a partir de varias disciplinas del conocimiento científico como la sociología, la psiquiatría y la psicología. Las diversas explicaciones de este fenómeno hacen hincapié en determinados aspectos dependiendo de la postura científica de la que parten. Por un lado, las explicaciones sociológicas consideran las presiones sociales, así como la inadecuada integración con la sociedad, aspectos que se añan a determinadas características personales. Por otro lado se encuentran las características individuales como las enfermedades mentales, los trastornos afectivos, procesos intrapsíquicos, distorsión de la realidad que pueden llevar al suicidio. A las características individuales se suman la presión ambiental y el desligamiento con la sociedad que actúan como desencadenantes para el suicidio.

En cada explicación que se hace respecto al fenómeno del suicidio, en general éste se presenta como la solución a una situación intolerable o de difícil resolución para los individuos, siguiendo a Shneidman (1988 en Villardon, 1993) el suicidio sería el “*cese o dormir eternamente*” como una forma de mitigar el dolor.

El siguiente punto presenta algunas tipologías del suicidio que han sido aportadas a partir de las diferentes disciplinas científicas que los investigadores tienen como marco de referencia para estudiarlo.

Clasificación de las conductas suicidas

Dentro del estudio del fenómeno del suicidio existen varios autores que han aportado una tipología o clasificación respecto al mismo de acuerdo a la postura que adoptan (social o individual), a continuación se exponen algunas de ellas.

Shneidman (1976 en Sarró y de la Cruz, 1991) considera al suicidio consumado como una **muerte intencionada** y una **muerte subintencionada** cuando la persona fallecida participó consciente o inconscientemente en acelerar su propia muerte con conductas de riesgo con cierto grado de responsabilidad.

También Shneidman (1973 en Villardón, 1993) plantea el termino **conductas suicidas**, las cuales son comportamientos que son provocados voluntariamente que no producen muerte al sujeto.

El sociólogo francés Durkheim (1928 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*; Morón, 1992) aportó los siguientes conceptos:

- **Suicidio.** Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que va a producir dicho resultado.
- **La tentativa de suicidio.** Es el mismo acto, pero interrumpido antes que dé como resultado la muerte.
- **Formas embrionarias de suicidio.** Conductas que implican riesgo de muerte, aun cuando no se pretendan.

La clasificación del suicidio que hace Quidu (Morón, *Op. cit.*) contempla diferentes aspectos:

- **El suicidio.** Acto de matarse, acto que se logra y se sanciona con la muerte.
- **Tentativa de suicidio.** Acto incompleto que tiene como resultado un fracaso.
- **La veleidad del suicidio.** Acto más o menos esbozado.
- **La idea del suicidio.** Simple representación mental del acto o el plan del mismo.
- **El chantaje del suicidio.** Se acompaña de un gesto suicida y la actitud psicológica que resulta está muy cercana, por su ambigüedad, de la actitud de cualquier suicida.
- **Equivalentes suicidas.** El rechazo al tratamiento con conocimiento de causa de ciertas toxicomanías en cuyo curso se advierte y concientiza al sujeto de su degradación progresiva y de todas las conductas de riesgo, escogidas sin obligación, consciente del peligro corrido y el juego con la vida y la muerte.

Farberow (1980 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*; Clemente y González, 1996) acuña los siguientes conceptos:

- **Las Conductas Autodestructivas Directas o conscientes (CAD).** Las CAD serían todas aquellas que suponen una conducta autolítica consciente e intencionada, se busque o no la muerte aquí se ubican el suicidio y la tentativa de suicidio.
- **Las Conductas Autodestructivas Indirectas o inconscientes (CAI).** Se definen por su carácter insidioso y prolongado en el tiempo, por no ser reconocidas como suicidas.

La clasificación de Stengel (1965 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*) consiste en:

- **Suicidio.** Pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto y cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores impredecibles.
- **Tentativa de suicidio.** Hay el elemento de autodestrucción, que puede estar latente o tener intenciones ambivalentes. Pero también incluye otros significados como una demanda de ayuda, que en general no es conciente, un aspecto de juego con la vida y una agresión.

De acuerdo a la nomenclatura y clasificación del National of Mental Health, Pokorny (1986 en Villardón, *Op. cit.*), propone el término suicidio consumado para la muerte por suicidio y conductas suicidas para una serie de términos relacionados. Por lo que habla de tres grandes categorías de conductas suicidas:

- El suicidio consumado
- El intento de suicidio
- Ideas suicidas

Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*, mencionan que en el año de 1910, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, Shekel expone su visión de suicidio considerándolo como *homicidio frustrado* o *agresividad interiorizada*. Argumentando que nadie se mata a sí mismo si no ha deseado matar a alguien, o que al menos le desee la muerte.

Kreitman en 1966 (Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*) propone el abandono de la palabra tentativa de suicidio e introduce el término *parasuicidio* como un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

En la clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-8) se incluyó dentro de la categoría de suicidio el *suicidio consumado*, la *tentativa de suicidio* y las *lesiones autoinfligidas* (Clemente y Gonzáles, *Op. cit.*).

La OMS decidió adoptar en 1969 (Clemente y Gonzáles, *Op. cit.*) el término *acto suicida* considerado como aquel acto por el que un sujeto se provoca intencionalmente daños, sea cual sea el grado de intención letal y de conocimiento de móvil.

Existen diversas clasificaciones respecto al suicidio en las que se contempla al mismo desde su definición etimológica como suicidio consumado, muerte intencionada término aportado por Shneidman, o conducta autodestructiva directa, término propuesto por Farberow, Está también la conducta autodestructiva indirecta, o muerte subintencionada en las que se realizan acciones en las que se

pone en riesgo la vida, También existen otro tipo de conductas como las ideaciones y las tentativas o parasuicidio que no culminan en la muerte. A todos estos tipos de comportamientos Pokorny y Shneidman los han denominado conductas suicidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) actos suicidas.

En el presente trabajo se ha iniciado con una exposición respecto al suicidio como tal, sin embargo a partir del término de *conductas suicidas* de Shneidman y Pokorny y de la expresión *acto suicida* de la OMS en este reporte se hace esa diferenciación y a lo largo del mismo se emplearán los términos conductas o actos suicidas en las que se encuentran el suicidio consumando, intento o tentativa de suicidio e ideas suicidas, dentro de las cuales influyen los denominados factores de riesgo que conllevan a uno y/u otro tipo de conductas suicidas. Factores de riesgo que se revisan enseguida.

Factores de riesgo de las conductas suicidas

La diversidad de factores de riesgo del suicidio derivan variables psicológicas, sociales, biológicas y sociodemográficas. Dentro de este rubro se presenta una integración de las contribuciones hechas al respecto por Deshazes (1955 en Morón, 1992), Souris (1975 en Sarró y de la Cruz, 1991), Abadi, Garma y Garma, Gazzano. Rolla y Yampey (1973) Orbach (1994 en Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000), Marchiori (1998) y Sarró y de la Cruz, 1991).

La información que se muestra enseguida contiene los distintos factores de riesgo dependiendo del tipo de variable de la cual se deriva.

Psicológicas

- **Rasgos o estilos de personalidad.** No existe un papel “suicidógeno” especial, sin embargo algunas características de la personalidad pueden convertirse en altamente autodestructivas bajo determinadas circunstancias, tales como la ambición, la impulsividad, la apatía y el pesimismo, rigidez cognitiva, rechazo a recibir ayuda, escapismo (el “salir dando un portazo”), labilidad, dominancia afectiva, etc.
- **Experiencias negativas.** Los fracasos, bastante frecuentes, una situación conflictiva o un acontecimiento ocasional penoso (luto, decepción, preocupaciones económicas, rivalidad, etc.) en una personalidad más o menos mórbida puede desencadenar la conducta autodestructiva.
- La inestabilidad familiar puede ser la variable etiológica principal de la vulnerabilidad suicida. También se ha relacionado el riesgo suicida con las relaciones conflictivas con los padres y la presencia de padres con trastornos afectivos y/o que han realizado actos suicidas.
- **Aislamiento social.** Su influencia parece más psicológica que geográfica o física. Es un factor de riesgo importante, sobre todo en las personas mayores y enfermos.

- **Situaciones de estrés.** Pérdida de una persona significativa por muerte o separación, enfermedad grave, problemas económicos, aumento de responsabilidad, abuso sexual familiar, conflictos familiares y problemas matrimoniales en familias muy inestables, el aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y amigos, sentirse muy rechazado o marginado por otros, presiones familiares muy fuertes para alcanzar logros académicos, enfermedades crónicas (propias o de algún familiar cercano), desempleo, violencia familiar, experiencias de violación sexual.
- **Procesos autodestructivos.** Son las formas internas de auto-abuso y aparecen asociados a comportamientos suicidas. Entre los principales procesos emocionales involucrados en comportamientos autodestructivos puede citarse la internalización de sentimientos agresivos, identificaciones con personas que se han muerto, autodevaluación, percepciones ilógicas e irreales de sí mismo, autoatribuciones negativas, fijación de metas personales de vida poco realistas con expectativas ilusorias de éxito.

Sociales

- **Los acontecimientos políticos, sociales y económicos.** Las crisis económicas tienden a aumentar la frecuencia del suicidio. La estructura y la densidad social son condiciones susceptibles de tener incidencia sobre las conductas individuales. Las guerras causan una baja en las tasas de suicidio, Durkheim considera que en periodos de guerra se establece una integración social característica de grupos en conflicto.
- **Industrialización.** Hay un aumento del suicidio en los países industrializados, por la emigración y la distocia familiar que éstos conllevan. También se observan tasas de suicidio más elevadas en el medio urbano que en el medio rural.
- **Los recursos de apoyo y su disponibilidad.** La ausencia de todo tipo de recursos: familia, amigos, apoyo médico y soporte social.
- **Las reacciones del entorno.** Rechazo, incompreensión, falta de empatía.
- **Los medios de comunicación.** La influencia de los medios de comunicación pueden influir en la elección de los modos de suicidio al crear en alguna forma los modelos. Los medios de comunicación juegan un papel importante en la socialización de los sujetos pero también puede contribuir a la desocialización que genera frustración y angustia, y de ahí conductas patológicas, de auto o de heteroagresividad. A nivel de comunicación las propuestas de expresión suicida se hacen a nivel corporal más que a nivel verbal.
- **Diferencias culturales.** Cada cultura construye representaciones acerca de los comportamientos según sexo así como valores, creencias y expectativas

vinculadas a ellos. Influyen también, de manera bastante significativa las creencias religiosas hegemónicas. Los suicidios aparecen asociados a perturbaciones emocionales o consecuencias de comportamientos que trasgreden normas sociales.

- **Facilitadores de los comportamientos suicidas.** Los facilitadores reducen las limitaciones externas y crean la ilusión de que el suicidio no sólo es la solución para el problema que se enfrenta sino que además es atractivo y normativo. Entre ellos pueden citarse la exposición a situaciones de suicidio, el acceso a armas para concretar actos suicidas, determinadas normas culturales, actitudes de atracción hacia la muerte o rechazo a la vida.

Biológicas

- **Factores genéticos.** Schulsinger y cols. (1979 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*) establecieron una frecuencia mayor de suicidios en la familia biológica que en la adoptiva. En un estudio Montejo y cols. (1986 Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*), encontraron que la predisposición familiar a manifestar conductas suicidas está relacionada con los trastornos afectivos.
- **Factores bioquímicos.** Entre las alteraciones observadas en pacientes con tentativa de suicidio se señala una disminución de 5-HIAA, metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo. En los suicidios consumados se realizaron estudios *post mortem* y se observó la disminución de la actividad serotoninérgica en el córtex frontal. Hay evidencia de neuroquímicos similares en la depresión y la población suicida.

Sociodemográficas

- **Edad.** En general a más edad mayor riesgo hay de consumir el suicidio. Las tentativas de suicidio son más frecuentes en los jóvenes. Los mayores índices de suicidio se registran en adultos de mediana edad y hay un aumento significativo en adolescentes y en ancianos.
- **Sexo.** En Occidente, en todas las edades es más frecuente el suicidio consumado en el hombre. En las mujeres el número de tentativas de suicidio es más elevado, aunque ha aumentado la tasa de mortalidad por suicidio. La diferencia entre suicidas e intentos de suicidio entre hombres y mujeres está relacionado a los instrumentos que utiliza. En los suicidios consumados los hombres emplearon arma de fuego o se arrojaron de un puente y había mayor conciencia de su deseo para autodestruirse. En las mujeres, se advierten ideas de muerte, intenciones de morir, pero los instrumentos elegidos para llevar a cabo la conducta autodestructiva no corresponden a una idea consciente y fija de perder la vida.
- **Raza.** La población blanca es la que tiene mayor riesgo en todos los actos suicidas. Pero la raza como factor de riesgo es incierto, pues aun viviendo en

el mismo lugar, las condiciones de vida son diferentes para distintas poblaciones étnicas.

- **Estado civil.** Tienen mayor riesgo los viudos, las mujeres viudas y casadas sin hijos. El riesgo de tentativa de suicidio es mayor en personas que han sufrido la pérdida de su pareja o de un familiar por abandono o muerte, independientemente de su estado civil. Debido a profundos sentimientos de soledad, temor, aislamiento afectivo y social, las personas viudas y solteras se encontrarían más vulnerables a los comportamientos suicidas.
- **Situación laboral.** El riesgo de suicidio en la sociedad occidental por esta causa ha disminuido en estos últimos años. La relación acto suicida y desempleo es más significativa si se asocia con el tiempo de desempleo.
- **Religión.** Se considera que la pertenencia religiosa incide como inhibición en los comportamientos autodestructivos. La participación, la práctica religiosa tiene un efecto protector, es un elemento de integración social. Asimismo, las crisis políticas e institucionales presentan una disminución de los comportamientos sociales suicidas por la cohesión social que se establece a raíz de la problemática institución-social.
- **Profesión.** Médicos, abogados, farmacéuticos y dentistas son profesionales con elevado riesgo suicida. Los factores que predisponen a los médicos al acto suicida están relacionados con el acceso y dependencia a sustancias, o a las tensiones derivadas de la profesión y/o conflictos a nivel personal y social.
- **Clase social.** Aunque se ha indicado un mayor predominio de actos suicidas en las clases sociales de elevados o escasos recursos económicos, los resultados son imprecisos, por estar relacionado con diversas variables.

Existen una gran variedad de factores de riesgo en una o varias conductas suicidas. Los desencadenantes de las conductas suicidas van desde las diferencias en las cualidades de las personas como el sexo, la edad, la profesión, la religión, la personalidad, alteraciones biológicas, la herencia; hasta las características propias del medio social, cultural, económico, político, entre muchos otros aspectos, por lo que la etiología de las conductas o actos suicidas es multifactorial.

Grupos de riesgo de las conductas suicidas

Sarró y de la Cruz (1991) elaboraron una clasificación que denominan grupos de riesgo entre los que se encuentran:

Personas que realizan una o varias tentativas de suicidio.

Las personas que realizan una o varias tentativas de suicidio son un grupo de elevado riesgo de suicidio en el curso del primer año en que se ha realizado el

intento. El riesgo disminuye a partir del segundo año, pero persiste, atenuado, durante un tiempo prolongado.

Los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de suicidio en las personas con tentativa de suicidio son diversos.

Enfermos psíquicos, trastornos mentales (psicopatología).

La enfermedad mental es el factor de riesgo más importante de suicidio y los pacientes psiquiátricos forman un grupo de elevado riesgo en relación a la mortalidad y a la morbilidad por suicidio. El riesgo de suicidio es elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero los actos de suicidio pueden ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos, como en los casos de delirios crónicos, estados confuso-oníricos, las demencias, la epilepsia, neurosis, las regresiones importantes, empobrecimiento de funciones yoicas, inadecuado uso de los mecanismos de defensa reducen las posibilidades adaptativas, empleo inadecuado de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas uso de sustancias, trastornos de conducta (infancia y la adolescencia) y ataques de pánico.

Generalmente, los diagnósticos de trastornos psicóticos se asocian al suicidio consumado y las tentativas de suicidio, a los trastornos de personalidad, distímicos y adaptativos. Deshaces (1955 en Morón, 1992) y Orbach (1994 en Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

Enfermos somáticos, enfermedades orgánicas.

Son pocos los suicidios desencadenados por enfermedad orgánica crónica, dolorosa o terminal, a no ser que se relacionen con depresión. Se observa un riesgo de suicidio superior al esperado en las enfermedades del sistema nervioso central, las neoplasias malignas y en los trastornos gastrointestinales, urogenitales y del aparato locomotor. La influencia del suicidio aumenta con la edad, otros factores que pueden influir son las crisis fisiológicas de la pubertad, la menopausia y la andropausia (Deshaces, *Op. cit.*)

Los niños.

El suicidio consumado es muy infrecuente antes de los 12 años, pero existe. Una de las razones para explicar la baja tasa de suicidio en estas edades es la aceptación de que el niño no viva la muerte como fin y, por esto, a nivel cognitivo, no puede plantearse el suicidio.

El suicidio en los niños menores de 14 años es poco conocido epidemiológicamente. En las estadísticas de los Estados Unidos el suicidio no se clasifica como causa de muerte en los niños menores de 10 años que, aunque es infrecuente, seguramente se encubre con el diagnóstico de muerte accidental, probablemente por la actitud de rechazo de aceptar la muerte voluntaria en la infancia (Pfeffer, 1986 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*).

McClure (1984 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*) sugiere que las estadísticas oficiales inglesas ocultan las cifras reales de los suicidios en los niños y

adolescentes en la categoría de indeterminada o accidental. Las causas son variadas, pueden ser por conflictos con los padres, con sus compañeros, calificaciones escolares, problemas familiares, abandono, maltrato infantil, abuso sexual, violencia familiar.

El adolescente y el adulto joven.

Desde la década de 1960, la mortalidad por suicidio en los jóvenes de 15 a 24 años está aumentando, sobre todo en los varones. En el mismo periodo, la tentativa de suicidio es un acto más frecuente entre los adolescentes y adultos jóvenes, siendo la incidencia más alta en las mujeres. La proporción de tentativa de suicidio y suicidio consumado en este grupo de edad es aproximadamente de 100/1.

La mortalidad por suicidio en el grupo de edad de 25 a 29 años, durante el período de 1970 a 1985, también aumentó (Diekstra, 1989 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*). Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) exponen que el suicidio es la segunda causa de muerte entre el grupo de 15 a 24 años de edad y los factores de riesgo son la depresión, la desesperanza, los problemas familiares y académicos.

Para Escamilla (2004) el suicidio en adolescentes ha ido agravándose por influencia de la televisión y la prensa, además de fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos. El divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos (Escamilla, *Op. cit.*). También existen factores predisponentes como los antecedentes de tentativa de suicidio, fragilidad familiar, suicidio en la familia, enfermedad psiquiátrica (depresión), acontecimientos traumáticos. Como factores precipitantes se observa sentimientos de rechazo familiar.

Personas mayores de 65 años.

En todos los países occidentales el número de suicidios aumenta con la edad, siendo más frecuente en los grupos de edad avanzada. El suicidio como causa de muerte en este grupo representa menos de un 1 %. En este grupo de edad, el suicidio consumado sigue siendo más frecuente en el hombre que en la mujer. Se consuma más el suicidio porque están menos ambivalentes frente a la muerte como solución.

Se considera que las tentativas de suicidio son mucho menos frecuentes (Sarro y de la Cruz, *Op. cit.*). Para Diekstra (Marchiori, *Op. cit.*) la situación característica del anciano que presenta una postura, un gesto negativista sobre la vida puede ser vista como un método lento de suicidio. Factores principales son el aislamiento social, pérdida de la ocupación y de la seguridad económica, enfermedad orgánica y enfermedad psíquica.

El suicidio del anciano al contrario del joven, que es impulsivo por una acción directa, en el anciano existe un comportamiento de omisión, es decir no desea caminar, no toma los medicamentos, no come, no habla, se aísla de la comunicación familiar.

Personas encarceladas.

Las personas encarceladas tienen mayor riesgo de suicidio y de tentativa de suicidio, especialmente en la primera época de privación de libertad y en la espera de la sentencia. Los factores de riesgo son múltiples y Benézech y Ranger (1987 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*) los agrupan en tres apartados: los que se refieren a las condiciones de la vida carcelaria, los debidos a las características de la población penitenciaria y, por último, los debidos al funcionamiento de la justicia penal.

Partiendo de que las conductas suicidas pueden ser el resultado de diversos factores, algunos modelos tratan de integrar en sus explicaciones de dichas conductas, tanto los aspectos sociales como los individuales, esos modelos se han denominados modelos de vulnerabilidad del suicidio que se revisan en seguida.

Modelos de vulnerabilidad del suicidio

Existen modelos explicativos del suicidio que parten de una perspectiva interdisciplinaria, dicha perspectiva del estudio del suicidio, combina factores ambientales con aspectos del individuo que le hacen vulnerable a desarrollar conductas autodestructivas, en función de los aspectos sobre los que recae el peso de la vulnerabilidad al suicidio en momentos de estrés, tales modelos se denominan de vulnerabilidad. Los modelos de vulnerabilidad se dividen en modelos de vulnerabilidad biológica, psicológica, social, biopsicosocial y socioindividual.

Modelos de vulnerabilidad biológica

De Catanzaro (1980, 1981 en Villardón, 1993) propone cuatro interpretaciones o modelos biológicos de suicidio dirigidos a una teoría general de vulnerabilidad al estrés:

- El suicidio como conducta aprendida
- El suicidio como una patología inducida por el estrés
- El suicidio como conducta altruista
- La teoría de la tolerancia evolutiva al estrés

De Catanzaro estudia la conducta suicida desde un contexto de adaptación cultural o desde las teorías de la evolución y desde la predisposición de los individuos biológicamente vulnerables. El autor supone un intento de aunar las teorías biológicas del suicidio con las teorías sociales, más ambientalistas.

Modelos de vulnerabilidad psicológica

Schotte y Clum (1982,1987 en Villardón *Op. cit.*) presentan un modelo de vulnerabilidad al estrés que queda explicado por un déficit cognitivo en la resolución de problemas en los individuos suicidas, esto es por una cierta vulnerabilidad psicológica de los sujetos. Se comprueba que los sujetos en cuestión muestran deficiencias en la resolución de problemas impersonales e interpersonales, así como más estrés y desesperanza.

Linechan y Shearin (1988 en Villardón *Op. cit.*) proponen un modelo socioconductual de la conducta suicida. Consideran que la conducta suicida es el resultado de la interacción dinámica entre el individuo y el ambiente. Creen que las conductas suicidas incluyendo el parasuicidio y el suicidio, representan un intento por parte del sujeto de resolver los problemas.

Los factores de vulnerabilidad relacionados con el nivel de predisposición al suicidio son las habilidades para la resolución de problemas, la esperanza y razones para vivir, incluso bajo situaciones que conllevan a un estrés aparentemente insoportable y el nivel de tolerancia a altos niveles de malestar o distrés.

Modelos de vulnerabilidad social

Se incluyen las explicaciones que consideran la existencia de factores de vulnerabilidad tanto de tipo psicológico como social. Garfinkel (1986 en Villardón, *Op. cit.*) considera que un apoyo social deficiente es un factor de vulnerabilidad y propone un modelo de patogénesis del suicidio en el que se incluyen elementos psicosociales que defiende que los individuos vulnerables que están sufriendo estrés y no utilizan la ayuda de las personas de su entorno, cuando tienen un método disponible, pueden cometer suicidio.

Bonner y Rich (1987 en Villardón, *Op. cit.*) proponen un modelo predictivo de la conducta suicida. Parten de la hipótesis de que la conducta suicida es un proceso que ocurre fruto de las interacciones y transacciones de una variedad de variables cognitivas, sociales, emocionales y ambientales. Este modelo sugiere que la interacción del estrés ambiental con las distorsiones y la rigidez cognitiva puede provocar depresión (en nivel bajo es el mejor predictor de la ideación suicida), si los individuos están deprimidos y no se sienten apoyados por el entorno tienen más probabilidad de desarrollar desesperanza (predictor de niveles más altos de ideación suicida y de la conducta suicida).

Los autores proponen que las razones para vivir constituyen unas creencias adaptativas que podrían intervenir en este proceso y que los sujetos que no tienen unas fuertes razones para vivir son más proclives a resolver el estrés y la desesperanza a través de la conducta suicida.

Modelos de vulnerabilidad biopsicosocial

Villardón (1993) cita dos modelos de vulnerabilidad explicativos de la conducta suicida: el Modelo Arquitectónico de Mack (1986) y el Estado de la Mente de Rich y Bonner (1991).

Mack propone el Modelo Arquitectónico del suicidio adolescente compuesto por distintos elementos procedentes de diferentes áreas del saber y que permiten explicar las conductas autodestructivas desde una perspectiva multidimensional, el autor considera seis elementos:

- **Primer elemento.** Macrocosmos o contexto sociopolítico.
- **Segundo elemento.** Vulnerabilidad biológica del sujeto.
- **Tercer elemento.** Experiencias vividas en las primeras etapas del desarrollo.
- **Cuarto elemento.** Estructura y organización de la personalidad, especialmente la autoestima.
- **Quinto elemento.** Las relaciones objetales que mantiene el individuo y el estado de tales relaciones cuando se desarrolló la preocupación suicida.
- **Sexto elemento.** Considerar tanto la patología y depresión clínica como la relación con la muerte, así como las circunstancias en el momento de análisis clínico.

Por su parte Rich y Bonner proponen un modelo dinámico denominado Estado de la Mente. Los puntos básicos del modelo son:

- El suicidio es un proceso dinámico y no un suceso estático.
- La conducta suicida está multideterminada.
- La conducta suicida es el final de un camino común que ocurre a través de la influencia transaccional de un número de variables biopsicosociales.
- La conducta suicida es un estado de la mente que varía en intensidad, frecuencia y letalidad dependiendo de la influencia variable de los aspectos biopsicosociales.
- Ciertas variables se hacen más importantes en diferentes puntos del proceso para llevar a las personas hacia o fuera de un intento de suicidio real.

El proceso suicida es visto como algo dinámico y circular, del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar. En este sentido, ya que las víctimas suicidas y los que realizan un intento parecen provenir de los ideadores de suicidio, la comprensión del proceso suicida y de los factores que transforman la ideación en planificación y en acción, es para estos autores, un importante paso a favor de la prevención y del tratamiento de la conducta suicida. Es posible que una combinación de factores interactúe para resultar en un intento suicida. Rich y Bonner agrupan a los factores incluidos en el modelo en cuatro niveles según su naturaleza: intrapersonal, biológico, interpersonal y ecológico.

Modelo socioindividual

Es un modelo multidimensional de la conducta suicida que intenta aunar los dos enfoques tradicionales (el enfoque social y el individual) en una visión integradora explicativa de la conducta suicida, por lo que consta tanto de componentes sociales, individuales y psicosociales. Se trata de un modelo de vulnerabilidad al estrés que se basa en el trabajo de Bonner y Rich, entre las características más destacadas de este modelo se pueden citar las siguientes:

- **Socioindividual.** Las variables determinantes de la conducta suicida son de carácter social, biológico, psicológico y psicosocial.
- **Integrado.** Intenta integrar una serie de aspectos en un conjunto.
- **Explicativo.** Propone un modo de explicar la conducta suicida en función de factores determinantes.
- **Circular.** Se entiende la conducta suicida como un proceso circular, en el que unas variables influyen en otras y, a medida que aumentan ciertas variables, aumenta la letalidad de la conducta suicida.
- **Multidireccional.** Cada tipo de variable puede recibir influencia de las demás y puede influir en el resto.
- **Compensatorio.** No es necesaria la presencia de todos los factores para que se de la conducta suicida.
- **Combinatorio.** La combinación de varios factores aumenta la predisposición al suicidio.
- **Abierto.** Permite la inclusión de nuevas variables explicativas del suicidio y la modificación de las presentadas en la actualidad, en función de los datos procedentes de la investigación empírica.
- **Predictivo.** Estudia las variables que se relacionan con conductas suicidas supuestamente previas al suicidio consumado y con el suicidio en sí.
- **Preventivo.** Si se pueden determinar qué variables se asocian con las respuestas previas al suicidio, la actuación sobre ellas podría detener el proceso.

Las variables en la conducta suicida se agrupan en el contexto socioindividual y el estado mental suicida.

- **Contexto socioindividual.** Se consideran cuatros aspectos en los que se integran determinadas variables:

- ★ **Ámbito social general.** Las normas sociales e integración, valoración del suicidio, medios de comunicación (imitación y actitudes).
 - ★ **Ámbito social inmediato.** Situaciones estresantes, conducta suicida en el entorno, apoyo social y características sociodemográficas.
 - ★ **Entramado individual biológico.** Los neurotransmisores y enfermedades psíquicas.
 - ★ **Entramado individual psicológico.** Período evolutivo, características de personalidad, características cognitivas, modo de afrontamiento y tolerancia al estrés.
- **Estado mental suicida.** en este grupo se encuentran las variables como la depresión, la desesperanza, la baja autoestima, la soledad, la falta de razones para vivir y las expectativas positivas en cuanto a la eficacia de la conducta suicida como medio para resolver problemas (Villardón ob. cit.).

Los modelos de vulnerabilidad aportan una forma de explicar y entender el suicidio a través de una visión integradora en las que se contempla al fenómeno del suicidio como el resultado de una interacción entre una diversidad de variables tanto del entorno como del individuo.

Otro aspecto importante a considerar dentro del fenómeno de las conductas suicidas, son las creencias e ideas erróneas que se tienen entorno a éstas, sin embargo, el estudio científico de las conductas suicidas contribuyen a comprender las condiciones que giran alrededor de tal fenómeno, de tal manera que a continuación se hace una exposición tanto de los mitos como de las ideas correctas de acuerdo a los resultados proporcionados por los diversos estudios de las conductas suicidas.

Mitos de las conductas suicidas

El tema de las conductas suicidas se encuentra envuelto en mitos y creencias falsas. El no hablar franca y abiertamente de ellas fomenta los malentendidos en cuanto a: ¿quién está en riesgo de suicidarse?, ¿por qué?, ¿bajo qué circunstancias?, y ¿cómo obtener ayuda?. Conocer las verdades es imprescindible para poder actuar y esencial para salvar vidas.

Entre algunos organismo públicos y privados de diferentes partes del mundo que tocan el tema respecto a los mitos en las conductas suicidas se encuentran el Suicide Prevention Center (s. f.), la Mental Health Association (2006), el Center for Substance Abuse Prevention (s. f.) y la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, 2006). En Nicaragua se ha establecido la Estrategia Nacional contra el suicidio. Algunos autores como Esquivel, C. F., Fallas, D. G., Garita, A. C., Morera Q. G., y Sequeiro, S. M. (2002) y Pérez, B., S. A. (2005) también hablan respecto

a los mitos en las conductas suicidas. La tabla 1 integra 25 mitos y realidades de las conductas suicidas, los cuales han sido descritos por los organismo públicos y privados, así como por los autores mencionados en este párrafo y que se refieren a las conductas suicidas tanto en adultos como a adolescentes.

Tabla 1	
Mito	Realidad
1. Las personas suicidas están empeñadas y resueltas en morir y sienten que no pueden volver atrás.	Las personas suicidas generalmente vacilan entre el deseo de morir y vivir, estas personas no buscan la muerte, sino la manera de acabar con el dolor psicológico o emocional y buscan ser salvadas.
2. Las personas suicidas no dicen a los demás sobre sus intenciones, el intento o el suicidio ocurre sin previo aviso.	Ocho de cada diez personas suicidas suelen dar varias pistas de sus intenciones. A veces estas pistas son difíciles de detectar, ya que pueden no ser verbales.
3. Las personas que hablan de querer quitarse la vida sólo buscan llamar la atención de los demás. En realidad no tienen intenciones de matarse.	Son pocos los suicidas que no le dicen a nadie cómo se sienten. Los que piensan muy en serio en querer morir dan pistas o señales de advertencia que en realidad son gritos de auxilio.
4. Es mejor no hablar de suicidio con alguien que muestra señas de depresión. Esto puede meterles ideas en la cabeza.	Muchas personas en estado de depresión ya habrán considerado el suicidio como una opción para dejar de sufrir. El hablar abiertamente le ayudará a la persona a analizar sus problemas, le brindará alivio y le hará ver que tiene a alguien en quien confiar
5. Adolescentes que manifiestan ideaciones suicidas o que hablan de suicidarse no van a cometer actos suicidas.	No podemos pensar que un adolescente bromea cuando comenta una ideación suicida. De hecho, el hablar sobre esto es uno de los principales signos de alerta.
6. Los adolescentes que intentan suicidarse lo hacen porque tienen problemas mentales, están enfermos, son psicópatas o están "locos".	Algunos quizá tengan problemas mentales, pero otros no. El o la adolescente que intenta suicidarse lo hace porque se siente infeliz, confuso, desesperanzado, como resultado de múltiples factores.
7. Es posible disminuir las posibilidades de suicidio evitando hablar del tema. Hablar abiertamente sobre el suicidio puede inducir o causar que alguien intente suicidarse.	Es necesario hacer las averiguaciones pertinentes y tratar el tema abiertamente. Al hacerlo se estará dando el apoyo y la asistencia que el adolescente necesita, y más bien, el o la adolescente disminuye su malestar cuando abiertamente se habla sobre la posibilidad de morir.
8. Existe un perfil o tipo de persona que comete suicidio.	La idea o acto suicida puede realizarlo cualquier persona, independientemente de su religión, edad, etnia, grado académico, nivel socioeconómico, sexo, etc.
9. Una vez que alguien intenta suicidarse, lo seguirá intentando SIEMPRE.	La mayoría de las personas que ven en la muerte su única alternativa, lo hacen por limitados periodos de tiempo. El suicidio es de naturaleza circunstancial, si el adolescente recibe apoyo, intervención y seguimiento eficaz, la probabilidad de que realmente se concrete es menor.
10. Intentos de suicidio son raramente repetidos.	Existe una gran posibilidad de que una persona que haya intentado suicidarse trate de intentarlo otra vez. No se trata de pensar en situaciones extremas: "si lo intentó una vez, nunca lo intentará más" o "si lo intentó una vez, lo intentará siempre". La diferencia estará en la ayuda, redes de apoyo e intervención profesional oportuna y eficaz que reciba el adolescente.
11. La mejoría después de un intento suicida significa que el riesgo pasó.	Las personas que han intentado suicidarse, necesitan asistencia continua. Gran cantidad de suicidios ocurre dentro de los primeros tres meses de mejoría, cuando la persona tiene energía para tener pensamientos y sentimientos mórbidos.
12. Las tendencias suicidas son hereditarias, por tanto el suicidio se pasa de generación a generación.	No existe evidencia que indique que el suicidio es hereditario, sin embargo si hay antecedentes de suicidio en la familia se aumenta el riesgo, pero no lo hace inevitable.

Tabla 1 (Continuación)	
Mito	Realidad
13. Las creencias religiosas de que el suicidio es incorrecto previenen que alguien pueda cometerlo.	Puede ser que el adolescente considere que el suicidio es malo o incorrecto, sin embargo no encuentra otras alternativas para terminar con su dolor o dificultades.
14. Los adolescentes que intentan suicidarse van a estar muy molestos con quienes intenten evitar que cometan suicidio.	Inicialmente pueden enojarse, pero casi siempre se sienten aliviados al saber que son importantes como para que alguien los ayude.
15. Los que se suicidan siempre dejan una carta.	En la mayoría de los casos no hay carta suicida.
16. El que sobrevive un intento suicida evidentemente no lo intentó en serio.	Todo intento de suicidio debe tratarse como si la persona intentara morir, y no sencillamente pasarlo por alto como si lo hiciera por llamar la atención.
17. Si alguien te habla de sentimientos suicidas y te pide que lo guardes en secreto, debes respetar sus deseos.	Guardar ese secreto podría ser la muerte de la persona. Vale más obtener ayuda, aún cuando signifique descubrirle el secreto.
18. Cuando alguien es suicida de verdad, no hay nada que se pueda hacer para ayudarlo.	Se le puede ayudar brindándole el apoyo y la esperanza de poder encontrar la manera de poner fin al sufrimiento sin tener que recurrir al suicidio.
19. Sólo las personas deprimidas intentan el suicidio.	Se puede tener deseos de suicidarse y aún intentar hacerlo estando o no clínicamente deprimido.
20. Con hacer que la persona prometa que va a buscar ayuda, ya uno cumple su parte.	Es importante darle seguimiento y asegurarse que la persona se mantenga fuera de peligro hasta poder ponerla en contacto con un adulto responsable.
21. El que intenta el suicidio es un cobarde.	Se pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad. Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.
22. El que intenta el suicidio es un valiente.	Equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.
23. En los casos de suicidios o de intentos, el abuso del alcohol o drogas es una causa mínima.	Con frecuencia las personas que se suicidan o lo intentan, actúan bajo la influencia del alcohol o drogas.
24. Los ricos se suicidan más que los pobres.	La proporción de suicidios entre ricos y pobres es igual.
25. Si usted le pregunta a una persona directamente, "¿Tiene la intención de matarse a sí mismo(a)?" esto conducirá a un intento de suicidio.	Preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo aliviará la ansiedad alrededor del sentimiento y actuará como un impedimento al comportamiento suicida.

Indagar los mitos e ideas erróneas que envuelven a las conductas suicidas brinda un panorama de las condiciones en las que un individuo y/o la familia se encuentran, recuperar esa información permitirá brindar el apoyo pertinente dentro del ámbito de la prevención y/o tratamiento, ámbitos que se plantean en los siguientes dos apartados.

PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Los esfuerzos hechos en materia de prevención de las conductas suicidas han sido diversos, desde los que consideran sólo al individuo hasta los que procuran ser más abarcativos, tomando en consideración distintos niveles de la sociedad. Algunas propuestas de prevención se presentan en este segmento.

De acuerdo a Adabi *et al*, (1973) la prevención del suicidio se divide en tres momentos:

- **Prevención primaria.** Es previo al acto suicida, mediante la indagación, detección y asistencia de quienes presentan un alto riesgo suicida. A nivel comunitario se encuentran los centros de prevención del suicidio, generalmente existe un equipo asistencial telefónico integrado por personas no profesionales, seleccionados por la misma comunidad y formados y asistidos por profesionales especializados en salud mental.
- **Prevención secundaria o asistencial.** La persona con intento de suicidio es atendido por un internista asesorado por un médico toxicológico, posteriormente se brinda la intervención de un psicoterapeuta experto en suicidología, a la familia también se le recomienda atención psicoterapéutica.
- **Después de cometido el suicidio, llamada autopsia psicológica.** Consiste en una investigación de la señales suicidas dejadas por el sujeto suicida. La información usada para establecer el perfil de la persona muerta es reunida de diversas fuentes como son los antecedentes individuales y los eventos previos al suicidio (Hawton, 1986).

Clemente y González (1996) exponen que la prevención del suicidio es un problema difícil de plantear debido a que las causas del suicidio son muchas y diversas incluyendo que no son las mismas en todos los casos de suicidio, sino que son particulares y propias en cada uno, sin embargo desde distintas perspectivas se han hecho algunas aportaciones al respecto.

Para los autores la prevención se divide en cuatro fases:

- **Prevención primaria.** Orientada a evitar la aparición de los factores precipitantes del suicidio.
- **Prevención secundaria.** Destinada a la detección de grupos de riesgo.
- **Posterior intervención.** Orientada a evitar que se produzca la conducta.
- **Prevención terciaria.** Dirigida a los grupos que ya han intentado suicidarse, o admitido actitudes hacia el mismo, y cuyo objetivo sería corregir su situación, y evitar que se produzca la conducta suicida.

Estos autores también proponen otras formas de prevención:

El teléfono de la esperanza

El instrumento de prevención es la comunicación y se ofrece un teléfono abierto las 24 horas del día de forma anónima o concreta, según desee la persona, se dispone de un equipo de profesionales que además de actuar telefónicamente, intentan actuar en encuentros concertados si es posible.

La educación y la familia como agentes preventivos

La escuela debe ser un lugar donde aprender a enfrentarse con la vida; al ser la educación obligatoria, se llega a un gran número de personas, debido a los largos períodos de tiempo en los que se está en la escuela se puede realizar un seguimiento de la salud de las personas. Dado que las escuelas educan según los valores sociales a través de ella se pueden transmitir una serie de necesidades sociales alcanzables y técnicas de afrontamiento. Por otro lado el tratar las conflictivas familiares favorecerá el bienestar de los miembros de la familia.

Los Centros de día

Ofrecen a las personas un marco estable para relacionarse, y reconstruir la red social, son medios para estructurar y ocupar útilmente el tiempo aunque sólo se realicen actividades de ocio y se contribuye a un aumento de la autoestima.

Para atender a la población suicida, Clemente y González *Op. cit.*, la dividen en dos grupos: los que pertenecen a grupos de riesgo o predecibles y los anónimos o impredecibles.

- **Suicidios predecibles.** Se proponen cuatro campos de acción en la prevención:
 - ★ A través del control en la evolución y tratamiento de ciertas enfermedades mentales. Atender a los grupos de riesgo, tratamiento tanto de la enfermedad como de las causas del suicidio y la evolución del paciente.
 - ★ Se centra en los de urgencias que atienden casos de tentativa de suicidio, y su posterior seguimiento. Atención psiquiátrica, psicosocial, hospitalización preventiva para diagnosticar las causas de la tentativa de suicidio, tratamiento generalizado cubriendo todas las variables y terapia de grupo, entrenamiento de habilidades sociales, autocontrol de la ansiedad, refuerzo social incluyendo al tratamiento a personas significativas para el sujeto suicida (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).
 - ★ Se centra en el control y mejor diagnóstico en los tratamientos psicofarmacológicos. Los peligros de diagnósticos inexactos y la

prescripción de psicofármacos pueden provocar la sobreingesta de medicamentos.

- ★ Actuación en los familiares y personas más cercanas del sujeto suicida. El objetivo se centra en que el suicidio no sea asimilado como una posible respuesta a ciertas situaciones, y en que las personas no sufran otros trastornos a raíz del intento de suicidio.
- **Suicidios impredecibles.** La prevención es complicada y prácticamente imposible en términos psiquiátricos, ya que al no ser esperado, aun cuando se produzca en situaciones críticas, dan poco margen a la acción preventiva por lo que se consideran importantes de considerar los grupos de adolescentes y jóvenes, así como los ancianos.

De acuerdo a Hobbes (Clemente y Gonzáles, *Op. cit.*) la sociedad debe orientarse en la prevención primaria a:

- Evaluar en que falla en su vinculación social.
- Determinar qué necesidades crea la sociedad en cada individuo, y si ésta es capaz de garantizar su satisfacción.
- Si es posible, cambiar la estructura, dinámica social y el estudio de las repercusiones ante el cambio.

Para Pérez (2005) la prevención del suicidio se puede subdividir en tres tipos:

- **Prevención general.** Es el conjunto de medidas de apoyo de tipo psicológico, social e institucional que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar (Buendía, *Op. cit.*).
- **Prevención indirecta.** Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan el suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.
- **Prevención directa.** Constituida por aquellas medidas que ayudan a abortar o resolver, mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Campos (2004) propone un proyecto para la prevención de suicidio en adolescentes, las estrategias empleadas son:

- Educación sobre el tema, dirigida tanto a adolescentes como a personal educativo: riesgos, signos de alerta e intervenciones.

- Detección de adolescentes en riesgo.
- Ofrecer alternativas de ayuda tales como los grupos de apoyo juveniles, centros especializados y líneas de crisis (Buendía, *Op. cit.*).

En el Informe Mundial contra la Violencia y la Salud (2003) de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) se expone el enfoque social denominado restricción del acceso a los elementos letales que suelen usar los suicidas, es pertinente cuando dicho acceso se puede controlar con facilidad. Esto fue demostrado por primera vez en 1972 encontrando una reducción de las tasas de suicidio cuando se restringió el acceso a los sedantes, principalmente los barbitúricos, que son letales en dosis altas. Existen pruebas de una reducción de las tasas de suicidio cuando se controlan otras sustancias tóxicas, por ejemplo los plaguicidas, que están ampliamente difundidos en las zonas rurales de muchos países en desarrollo.

La National Alliance on Mental Illness (NAMI) en su artículo *Cuidándose después de un intento de suicidio* (2005), enumera una serie de pasos a seguir en la recuperación y cuidados de la persona después de un intento de suicidio estos son:

Seguir adelante y hacerle frente a los futuros pensamientos de suicidio.

Recuperarse de los pensamientos y de las sensaciones negativas que le hicieron querer terminar con su vida es posible. Usted puede llegar a un estado en el cual no volverá a tener pensamientos suicidas y donde podrá tener una vida feliz, llena de satisfacciones. También puede aprender a vivir con estos pensamientos manteniéndose seguro.

Crear un plan de seguridad.

Usted y su doctor, o terapeuta con licencia, deben trabajar juntos para desarrollar un plan de seguridad que ayude a reducir el riesgo de un futuro intento de suicidio. Al crear un plan de seguridad, sea honesto consigo mismo y con su doctor para asegurarse de que el plan establecido esté de acuerdo a sus necesidades y de que usted se sienta cómodo con él.

Construya un sistema de apoyo.

Ésta es una parte clave en la recuperación de un intento de suicidio y en la prevención de futuros intentos. Es muy importante que tenga, por lo menos, una persona en su vida que pueda convertirse en su "aliado." Ésta debe ser alguien en quien usted confía y con quien pueda ser honesto -- especialmente si vuelve a tener pensamientos suicidas (Buendía, *Op. cit.*).

Aprenda a vivir otra vez.

Cuando uno se está recuperando, el mundo puede parecer un lugar desolador. Puede tomar un poco de tiempo antes de volver a sentir que la vida es placentera. Algo que puede facilitar este proceso es desarrollar una rutina. Coma en horas establecidas, haga ejercicio regularmente y acuéstese y levántese a la misma hora todos los días. Intente, lo más que pueda al principio, hacer sus actividades regulares y deje que con el tiempo se siga normalizando su rutina.

La recuperación de cada persona es diferente

Para prevenir los pensamientos negativos y destructivos en el futuro se pueden tomar las siguientes medidas:

- Remueva de sus alrededores objetos que puedan ser utilizados para hacerse daño.
- Identifique la causa o el comienzo de estos pensamientos.
- Infórmese sobre las enfermedades mentales.
- Oriéntese sobre las líneas telefónicas de apoyo en momentos de crisis.
- Participe en un grupo de ayuda mutua (Buendía, *Op. cit.*).
- Viva su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su artículo *Invertir en Salud Mental* (2004) establece que las siguientes intervenciones han demostrado su eficacia en la prevención de algunas formas de conductas suicidas:

- El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas (en especial, pesticidas en áreas rurales) de algunos países asiáticos.
- Detoxificación del gas doméstico y del automóvil.
- El tratamiento de personas con trastornos mentales (en especial, depresión, alcoholismo y esquizofrenia).
- Reducción del acceso a armas de fuego.
- Moderación en los artículos periodísticos que informan sobre suicidios.
- Las intervenciones en la escuela incluye el manejo de crisis, aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades y la decisión de la salud han demostrado reducir el riesgo de suicidio entre los jóvenes (Buendía, *Op. cit.*).

Aspectos importantes dentro del ámbito de la prevención del suicidio son las advertencias suicidas, pues en ocasiones la persona suicida expresa el conflicto que tiene a través de mensajes directos e indirectos dirigidos a determinados familiares, amigos y/o conocidos. Las advertencias difieren en sus formas y contenidos según las personas a las que van dirigidas, pueden conocerse antes y/o después de la conducta suicida.

Las advertencias suicidas comprenden:

- **Relatos-advertencias verbales.** Se presentan en conversaciones con familiares y amigos, el relato puede estar camuflado y es difícil identificar el mensaje sobre las ideas de muerte, el relato puede presentar un lenguaje depresivo, triste, melancólico, un relato sin futuro, sin esperanza.
- **Notas-escritos suicidas.** En este tipo de advertencias se presentan las reiteraciones sobre expresiones de muerte; reiteraciones referentes a situaciones de pérdida, a duelos reales o afectivos, angustia por la soledad, temores y miedos. Las notas pueden expresar los últimos sentimientos y vivencias del suicida o pueden haber sido escritas mucho tiempo antes del momento del suicidio (Sarró y de la Cruz, 1991).

En un estudio respecto al contenido de 1328 cartas de suicidio Brierre de Boismonti (1856 en Sarró y de la Cruz, *Op. cit.*) las clasificó en tres tipos: Las notas que contenían buenos sentimientos (honor, religión, amistad, arrepentimiento), las que expresan malos sentimientos (venganzas, reproches, falsedad) y las notas que comunicaban sentimientos mixtos.

Las conductas suicidas constituyen un problema complejo con múltiples causas, el conocimiento de ellas permiten la implementación de acciones preventivas adecuadas y pertinentes. Las estrategias de prevención deben realizarse no sólo a nivel individual sino a nivel familiar, social, comunitario e institucional, también se requiere que existan políticas, programas y servicios eficaces para reducir tanto las pérdidas humanas, así como las consecuencias negativas de las conductas suicidas. Por tal motivo la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, 2006), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), han establecido el **10 de septiembre** como el **“Día Mundial de la Prevención del Suicidio”** para llamar la atención sobre el suicidio como una causa principal de muerte prematura y prevenible. Mediante el tratamiento tras el intento de suicidio se brinda continuidad a las acciones preventivas de nuevas conductas suicidas, como se considera en el siguiente segmento.

TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Ante las conductas suicidas, la atención integral de la persona es prioritaria, pues a partir de ella se preendrán y/o tratarán nuevas conductas suicidas, mediante estrategias específicas al individuo, por consiguiente a la familia. Sin

embargo es importante considerar una atención oportuna antes de que se presente un primer acto suicida, por tal motivo, esta sección contiene las propuestas hechas por varios autores de las acciones a realizar antes, durante y después de un intento suicida.

De Jonghe (1982) considera que pasado el intento de suicidio el tratamiento deberá ser estrictamente individual mediante psicoterapia, quimioterapia, corrección del clima humano en torno al suicida y terapia para el cónyuge o progenitores.

En el caso en que se someta al paciente a la quimioterapia es importante tomar en cuenta ciertas precauciones como elegir medicamentos que no sean peligrosos, prescribir envases pequeños dificultar la ingestión de muchos comprimidos, presentar los fármacos en envases termosellados e incluir pequeñas dosis.

En Sarró y de la Cruz (1991) se manifiesta que cuando una persona ha tenido una tentativa de suicidio, la cual ha sido atendida por un psiquiatra sin presentar riesgo vital, el especialista debe realizar la valoración psicopatológica para determinar las estrategias terapéuticas biológicas, psicológicas y/o sociales, de acuerdo a cada caso. La asistencia médica y psicológica a la persona suicida comprende además de la evaluación clínica, la valoración del riesgo de repetición y la oferta terapéutica. En esta oferta se puede programar el tipo de tratamiento apropiado y el posible control posterior. Cabe mencionar que la evaluación de la persona suicida comprende la entrevista, anamnesis, evaluación psicopatológica, características del acto suicida, predicción del riesgo suicida y el tratamiento.

En las medidas biológicas del tratamiento, el psiquiatra prescribe medicamentos en el caso de diagnósticos severos o en el caso de que los síntomas psicopatológicos en el momento de la evaluación de la crisis suicida lo requieren. En cuanto a las medidas psicológicas Farberow (1961 en Sarró y de la Cruz, 1991) considera que en la diversidad de enfoques psicoterapéuticos en el tratamiento de la conducta suicida, el que un terapeuta manifieste sensibilidad, cordialidad, interés, preocupación y estabilidad dentro de su marco teórico, puede ser de valor inestimable.

En su caso, Sousa (1988) opina que el tratamiento de los desordenes que conducen al suicidio y al manejo del mismo, se basa en la participación de fármacos cuando es necesario, al igual que otras ayudas de tipo clínico. Es fundamental la atención psicoterapéutica mediante técnicas especializadas, así como el manejo individualizado para cada caso. Cuando se tiene una psicoterapia y es bien conducida, de acuerdo a los objetivos planteados, los intentos suicidas serán raros, aunque al inicio del tratamiento se pueden presentar algunas amenazas vagas. Cuando el hecho del suicidio es inminente se sugiere la hospitalización bajo cuidados psiquiátricos.

Para Marchiori (1998) el tratamiento y la asistencia del suicidio deben dirigirse a:

- **Las familias a raíz del suicidio de uno de los integrantes del grupo familiar.** Se centra en la situación traumática vivida, la elaboración del duelo a manera de evitar nuevos comportamientos autodestructivos.
- **Los Individuos sobrevivientes a su propio intento autodestructivo.** Medidas hospitalarias, medidas de seguridad, tratamiento individual y familiar.

La autora divide en tres momentos la asistencia al suicida: antes, durante y después de la crisis.

- **Antes de la crisis.** Iniciar psicoterapia en situación de crisis con la intervención de familiares o amigos que ayuden y protejan al paciente con quienes él se siente en confianza (Buendía, Riquelme y Ruiz 2004).
- **Durante la crisis.** Cuando el paciente pasa al acto, la intervención debe ser rápida, segura, es necesaria la comunicación con el paciente y la necesidad de insistir y convencer de superar su acción suicida.
- **Después de la crisis.** Después del intento de suicidio, los programas psicoterapéuticos individuales y familiares resultan eficaces.

De acuerdo al Informe Mundial Contra la Violencia y la Salud (2003) de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), varios trastornos mentales se asocian significativamente con el suicidio, la identificación temprana y el tratamiento apropiado de estos trastornos es una estrategia importante para prevenir el suicidio. En dicho Informe se considera a la farmacoterapia, la terapia conductual y los enfoques vinculados a las relaciones.

La Farmacoterapia

Se ha examinado la eficacia de la farmacoterapia para modificar los procesos neurobiológicos que son la base de ciertos trastornos psiquiátricos, incluidos los que están relacionados con el comportamiento suicida. Por ejemplo, se encontró que la paroxetina quizá sea eficaz para reducir el comportamiento suicida. La razón de la elección de la paroxetina fue que el comportamiento suicida se ha asociado con una disminución de la función de la serotonina. Se sabe que la paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) y que, como tal, aumenta la disponibilidad de serotonina para la transmisión neural de señales.

La terapia conductual

En las intervenciones conductuales, el psicoterapeuta realiza sesiones de terapia con el paciente para analizar el comportamiento y los pensamientos

suicidas anterior y actual y, mediante la indagación, trata de establecer conexiones con posibles factores subyacentes. Los resultados iniciales en cuanto a la eficacia de este tipo de tratamiento son prometedores, pero todavía no hay ninguna respuesta concluyente.

Enfoques vinculados con las relaciones

Se sabe que la sensibilidad al suicidio está vinculada con las relaciones sociales que una persona tiene. El enfoque general consiste en explorar los problemas en diferentes esferas de la vida social del paciente para que el terapeuta trate de abordarlos.

En el mismo Informe se plantea la intervención después de un suicidio. Dicha intervención consiste en la comunicación de los sentimientos por parte de la familia y amigos ya que es una parte importante del proceso curativo. Los grupos de apoyo cumplen una función importante. En 1970, se iniciaron en América del Norte los primeros grupos de apoyo y ayuda mutua para los familiares y amigos de las personas que se han suicidado. Se establecieron posteriormente grupos similares en diversos países de todo el mundo (Buendía *Op. cit.*). La experiencia común de la pérdida por suicidio une a las personas y las alienta a comunicar sus sentimientos.

Como se ha mencionado en algunos tratamientos de las conductas suicidas antes expuestas, se recomienda la atención mediante psicoterapia. En el siguiente punto se proponen algunos modelos de intervención terapéutica, provenientes de la Terapia Familiar Sistémica, como alternativas para entender y tratar las conductas suicidas.

LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La Terapia Familiar Sistémica ofrece modelos alternativos e innovadores de explicación, evaluación y tratamiento de los actos suicidas. Como se mencionó en la sección: *Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar y Posmoderna*, de la Segunda parte del presente Reporte (pag.58), en este apartado se exponen los modelos de intervención terapéutica de dichas conductas. En la revisión bibliográfica se encontró que los modelos estructural y estratégico son los que proporcionan información en la comprensión y tratamiento de las conductas suicidas.

H. Charles Fishman y Joseph A. Micucci realizan sus aportaciones a partir del modelo estructural. Judith Landau-Stanton y M. Duncan Stanton incorporan los modelos estructural y estratégico. La propuesta de Cloé Madanes se basa en el denominado modelo estratégico y, finalmente Evan Imber-Black considera tratar las conductas suicidas al indagar los secretos familiares.

El Modelo Estructural de H. Charles Fishman

H. Charles Fishman basa su trabajo en el modelo estructural del reconocido terapeuta Salvador Minuchin. Las técnicas que emplea para el trabajo terapéutico son las que aparecen en la obra *Técnicas de terapia familiar* de S. Minuchin y H. Ch. Fishman (1981 en Fishman, 1990).

El modelo cuatridimensional

Para evaluar la conducta suicida en un sistema familiar Fishman (1990) propone su modelo cuatridimensional que permite la evaluación del sistema familiar y puede ayudar al terapeuta a guiar a la familia en la transformación de patrones disfuncionales hacia modos correctivos y funcionales de interacción. Las dimensiones del modelo son:

- **Presiones evolutivas contemporáneas sobre la familia.** Durante el curso de la vida de una familia hay presiones evolutivas desestabilizadoras (negativas o positivas) que rompen el equilibrio e incitan a la familia a evolucionar, ante las tensiones el sistema familiar puede reaccionar de diferentes modos (funcionalidad o surgimiento de un síntoma médico o psicológico).
- **La historia del sistema.** Incluye los antecedentes familiares e individuales que pueden aportar información esencial respecto de las opciones para la terapia.
- **La estructura.** Se refiere a la organización y demarcación del sistema terapéutico, incluyendo las relaciones de importancia tanto fuera como dentro de la familia, la proximidad y la distancia entre las figuras importantes del sistema, ciclo vital individual.
- **El proceso de interactuar con la familia y desligarse de ella.** Hay dos tipos de patrones a evaluar, los que el terapeuta ve operar dentro del sistema y los propios patrones de respuesta del terapeuta.

Respecto al intento de suicidio en el adolescente, Fishman, *Op. cit.*, menciona que un elemento necesario, si bien no suficiente por sí mismo es la depresión. Ya sea que la depresión se manifieste abierta o esté encubierta por otro problema o por una negación, el vínculo entre la depresión y el suicidio ha sido corroborado.

El enfoque terapéutico que propone Fishman, considera que tanto la depresión como la conducta suicida emanan de un contexto social disfuncional, y que la ecología social es tanto el problema como la solución. Comprender el contexto que conduce a la depresión suicida permite transformar la ecología y liberar a los miembros del sistema de la desesperación que los embarga.

Las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente, también influyen la mala relación con los padres y la tensión marital. En la familia se mantiene el sentido fundamental del sí-mismo y

del propio bienestar, si no hay un contexto familiar favorable y coherente, las presiones tanto internas como externas se perciben más catastróficas.

La falta de coherencia en el contexto familiar puede producir la contradicción y la desesperación incontrolables que caracterizan al adolescente deprimido en transición al suicidio. Para resolver las contradicciones que debilita la autoestima del adolescente, las premisas esenciales al sí-mismo se ven socavadas, y es esta desorientación ineludible la que da lugar a una desesperación suicida, ante la cual el único recurso es la disolución del sí mismo. El terapeuta debe detectar y atacar las paradojas existentes en su contexto y tratar al sistema para producir su congruencia.

Los patrones familiares frecuentes en la conducta suicida

- **La triangulación.** El hijo se ve obligado a ponerse contra uno de los padres, al tiempo que es explotado por el otro. La triangulación debilita la sensación de seguridad del adolescente. El mensaje que se le trasmite es que el mundo no es un lugar seguro.
- **El sistema prematuramente desligado.** A un adolescente considerando maduro y similar a un adulto se le obliga a ser autónomo por lo que la desvinculación prematura del sistema provoca una grave depresión y una conducta suicida ya que el adolescente no se siente liberado sino expulsado del sistema familiar.
- **La familia perfecta.** Las familias que insisten en la perfección son sistemas rígidos en donde no se tolera un individuo imperfecto. Estos sistemas son extremadamente opresivos y crean un umbral para el cambio elevado. El síntoma suicida del adolescente se puede interpretar como un intento desesperado de producir un cambio.

Principios de tratamiento

Los principios generales para el tratamiento de las familias en las que ha habido conductas suicidas son los siguientes:

- **Cambiar tanto la estructura como la comunicación afectiva.** Mejorar la disfuncionalidad del sistema, trabajar en la organización de la estructura y lo que se deriva de la estructura como la empatía, la calidez y la comunicación afectiva, ayudar al adolescente suicida a sentirse valorizado y perdonado.
- **Modular el sistema impulsivo.** La familia que se somete a todos los caprichos del adolescente debe ser modificada, ya que la actitud del adolescente de ceder a sus impulsos suicidas deriva de la complacencia inmediata, la negativa a posponer y la incapacidad de tolerar la contrariedad y el dolor.
- **Ayudar a la familia a que evite formar un chico vulnerable.** Tras un intento de suicidio, la familia se vuelve sobreprotectora hacia el adolescente. La familia

lo protege de las tensiones y problemas normales, limitando su desarrollo y forma un chico vulnerable. También se debe tratar el sentimiento de culpa en los padres si es que lo hay. Sin embargo no todos los sistemas son emocionalmente accesibles ni están dispuestos a esforzarse por estructural alternativa y continúan desvalorizando al adolescente por lo cual se puede poner a cargo de otras personas al chico.

- **Tomar en cuenta el sistema más amplio.** Muchas familias creen que son las únicas responsables de la conducta autodestructiva del adolescente, pero éste pudo haber hecho un pacto suicida o estar inmersos en un ambiente de droga, factores que podrían cumplir un importante papel en la precipitación de la conducta suicida. Estas familias niegan un hecho fundamental de la existencia humana: que las personas son libres y responsables de sus actos.
- **Estar dispuesto a actuar como cuerda salvavidas.** El terapeuta debe brindar una valoración positiva al adolescente y puede ocurrir que no hay tiempo de hacer intervenir a la familia y el terapeuta debe actuar con rapidez, y posteriormente incorporar a los padres al proceso de proporcionar valoración y el apoyo necesario.
- **Enseñar la finalidad.** Se refiere al distanciamiento evolutivo en el que el adolescente debe adquirir la comprensión introspectiva de su sí-mismo independiente y la responsabilidad de ese sí-mismo. Así, una tarea clave en terapia es facilitar la experiencia de asumir esa realidad existencial de soledad, mortalidad y vulnerabilidad. En la lucha por tener y aceptar esta experiencia, los padres pueden aportar aliento y empatía, pero no deben intervenir para rescatar a su hijo. La terapia pone el acento en la necesidad de que el adolescente luche y supere este desafío, con ayuda.

El terapeuta debe contribuir a elaborar otra salida, en lugar del suicidio, que posibilite equilibrar la realidad por parte del sí-mismo: una salida que le permita ver al adolescente que la vida no es una desdicha y que éste es sólo un momento particular, muy difícil, pero que puede cambiar.

El Modelo Estructural de Joseph A. Miccuci

La orientación de Joseph Micucci se basa en el modelo de la terapia familiar estructural tal como ha sido expuesto por Salvador Minuchin y ha procurado enriquecer el modelo básico con métodos de otras escuelas de terapia individual y familiar.

Micucci (1998, 2005) considera que la discordia familiar está relacionada con la depresión y el suicidio entre los adolescentes. Joseph Riman (1979, en Micucci, *Op. cit.*) apunta que las perturbaciones en la estructura familiar, incluyendo el conflicto de los roles, límites difusos, coaliciones y secretos son factores que contribuyen al suicidio del adolescente. A pesar de la asociación entre las dinámicas disfuncionales familiares y la depresión, es alentador notar

que la relación positiva padre-hijo puede en algunos casos amortiguar en el joven los efectos perjudiciales en otros estresores familiares.

Principios de tratamiento

Micucci presenta los principios clave en el trabajo con adolescentes deprimidos y suicidas. Estos principios se basan en la idea de que la depresión aumenta en un contexto familiar en el que el adolescente se ha sentido abandonado (aislamiento) y desconectado de la familia. El tratamiento se enfoca en restablecer esa conexión (relaciones apoyadoras y valoradas). El proceso incluye tres fases: Garantizar la seguridad del adolescente, brindar, abrir el diálogo adolescente-padres y ayudar a la familia a educar al adolescente.

- **Garantizar la seguridad del adolescente.** En el primer aspecto se trata de proporcionar un ambiente protector para el adolescente suicida mediante la organización del *reloj suicida familiar*. La familia bajo supervisión de los padres, acuerda que el adolescente debe ser supervisado personalmente por un equipo responsable 24 horas al día hasta que el adolescente no sea altamente suicida. La implementación del reloj suicida le da al adolescente el mensaje de que sus padres pueden y se harán cargo de él. Al mismo tiempo, el reloj suicida requerirá que los padres trabajen juntos de manera colaboradora.

Cuando el terapeuta siente que la familia no es capaz de llevar a cabo el reloj suicida, puede dejar al adolescente a cargo de la familia extensa, los vecinos, etc., para garantizar su seguridad. Algunas veces la hospitalización es necesaria y el terapeuta puede colaborar con el psiquiatra y el personal de la institución para lograr los objetivos del tratamiento y si no puede haber una colaboración entre el terapeuta y el personal del hospital, el terapeuta continuara reuniéndose con los padres durante la hospitalización incluyéndolos en el plan de cómo la familia puede reorganizarse en la preparación del alta de adolescente.

- **Brindar esperanza, abriendo el diálogo entre el adolescente y los padres.** Durante el segundo paso el terapeuta se conecta con los padres reconociendo su preocupación con el adolescente, empatizando con las fortalezas y los aspectos positivos de los padres en su relación con el adolescente. Usar la relación con los padres como trampolín. El terapeuta fortalece a los padres para tomar una posición jerárquica al decirle al adolescente que el suicidio está prohibido, ya que es una amenaza para su relación.

Los padres deben enfatizar que la relación con su hijo es su prioridad. Los padres expresan con calma y de manera cuidadosa los deseos de comprender porque el adolescente intento suicidarse. Los padres comunican al adolescente que ellos comprenden que debió haber estado experimentando un gran dolor y sintió que el suicidio fue la única opción en ese momento y lamentan que haya recurrido al suicidio antes que acudir con ellos para ayudarlo, le piden al adolescente que les explique cuales fueron las razones por las cuales él creyó que no podía recurrir a ellos. Es importante que los padres no transmitan este

mensaje en una forma en la que no acusen o culpen al adolescente y sin embargo reconocer que recurrió al suicidio como la última solución.

Posteriormente los padres le dan al adolescente la oportunidad de explicar porque trató de suicidarse. El terapeuta debe asegurarse que los padres escuchen lo que les dice el adolescente así como facilitar el dialogo entre padres e hijo.

Finalmente se alienta a los padres a responder en una forma en la que muestren que ellos han escuchado algo que no habían escuchado antes, que lo están escuchando de manera diferente o que tienen una nueva forma de entender lo que el adolescente necesita.

El terapeuta debe alentar a los padres y al adolescente para identificar una forma específica y concreta en la que la conducta del adolescente debe ser dirigida. Un cambio conductual en los padres es que comunican claramente que están intentando mejorar la relación con el adolescente.

- **Ayudar a la familia a educar al adolescente.** Es esencial que los padres encuentren la forma de demostrar que serán capaces de cuidar (hacerse cargo) y ayudar al adolescente. El terapeuta debe asegurarse que los padres no infantilicen o consientan al adolescente. La meta no es proteger al adolescente del fracaso o desilusión, pero si proporcionar una seguridad adecuada. Una de las formas en que los padres pueden expresar su apoyo es alentar a la persona joven en tener un nuevo reto o desafío y darle confianza de que el fracaso es inevitable más no catastrófico.

El Modelo Estratégico de Cloé Madanes

Desde el enfoque estratégico de la terapia, Cloé Madanes (1993), considera que el terapeuta es quien asume la responsabilidad de lo que sucede dentro del consultorio, es el que elabora una estrategia concreta para cada caso particular y su principal herramienta terapéutica es la directriz.

Desde este enfoque se asume que para resolver un problema es importante cambiar el contexto social en el que aparece el problema. Por lo general ese contexto es la familia.

El terapeuta también debe comprender la comunicación metafórica, ya que los problemas son difíciles de resolver porque los mensajes no se refieren a lo que muestran en apariencia y las personas se encuentran en secuencias repetitivas, para lo cual debe identificar el tipo de interacción que se presenta en el sistema familiar.

Dimensiones de interacción familiar

En su trabajo terapéutico Madanes diferencia cuatro dimensiones de la interacción familiar, así como las metáforas características de cada una. La autora considera que cada dimensión corresponde a un tipo específico de problemas. También presenta las estrategias aplicables a cada dimensión y las metáforas terapéuticas que se emplean con cada estrategia. Refiriéndose a las estrategias

terapéuticas Madanes se refiere a ellas como: "...mis estrategias favoritas para transformar metáforas de lucha y conflicto en metáforas de amor".

Las dimensiones de interacción familiar expuestas por la autora se ven motivadas por ciertos deseos. En la primera dimensión se presenta el deseo de dominar y controlar. En la segunda dimensión se encuentra el deseo de ser amado, en la tercera dimensión existe el deseo de amar y proteger y en la última dimensión se presenta el deseo de arrepentirse y perdonar. A continuación se expondrá brevemente cada una de las dimensiones, abarcando más la tercera dimensión en la cual se consideran los problemas de amenazas e intentos de suicidio.

- **Dominar y controlar.** A las personas les interesa dominarse unas a otras y luchar por el control y el poder, los problemas que se presentan son la delincuencia, abuso de drogas, problemas de conducta. La comunicación entre los miembros de la familia se centra en metáforas de crimen, guerra y castigo.

El terapeuta debe redistribuir el poder entre los miembros de la familia, cambiar el modo de usarlo y lograr que prevalezca la protección y la atención, para conseguir esto las estrategias que emplea son:

- ★ Corregir la jerarquía
- ★ Negociaciones y contratos
- ★ Cambio de los beneficios
- ★ Rituales
- ★ Ordalías

- **El deseo de ser amado.** Los miembros de la familia están involucrados en una lucha por ser atendidos lo que conduce a la violencia autoinfligida. Los problemas asociados son los síntomas psicósomáticos, depresión, angustia, fobias, desordenes alimenticios y soledad. La comunicación se presenta con metáforas de lucha, dolor y vacío.

El terapeuta trabaja para redistribuir el amor entre los miembros de la familia convirtiéndolo en el deseo de amar y proteger. Las estrategias empleadas son:

- ★ Cambiar el grado de implicación de un progenitor
- ★ Prescripción del síntoma
- ★ Prescripción de un acto simbólico
- ★ Prescripción de la simulación del síntoma

- **Amar y proteger.** Se expone al terminar la cuarta dimensión.

- **Arrepentirse y perdonar.** Los problemas que se presentan son los del incesto, abuso sexual y actos sádicos. La comunicación en los miembros de la familia es pobre y secreta perpetuando los problemas. Las metáforas que se emplean son las de la ignorancia, falta de conciencia, empatía y responsabilidad.

El terapeuta introduce metáforas de espiritualidad y unidad, subrayando símbolos de compasión, de emociones superiores y se pasa paso a paso del abuso al arrepentimiento, la reparación, protección del otro y sinceridad. Las estrategias aplicables son:

- ★ Crear un marco positivo
- ★ Encontrar protectores
- ★ Compasión
- ★ Unidad

La Tercera dimensión de interacción familiar. Amar y proteger.

El deseo de amar y proteger a los otros provoca intrusiones, posesividad, dominación y violencia justificándose en nombre del amor. Los problemas en esta dimensión son las amenazas e intentos de suicidio, malos tratos, desatención, la culpa, obsesiones, ataques de ira y desordenes del pensamiento. La comunicación se centra en la muerte, desesperanza, agotamiento, pérdida de control y la culpa, por lo que las metáforas se refieren a cárceles, trampas y pérdidas de la libertad.

Las personas sienten que han perdido el control de sus propios pensamientos y de sus vidas, puesto que las acciones de un individuo tienen repercusiones de vida o muerte sobre los otros miembros de la familia. Algunos de ellos compiten por la posición más culpable y autodestructiva, mientras que otros son idealizados como seres afectuosos y dignos de amor y protección. El terapeuta tiene que introducir metáforas de unidad, amor, diversión y felicidad, invirtiendo los roles de los que ayudan y de los que son ayudados. Para esta dimensión, las estrategias son:

- Reunir a los miembros de la familia.
- Cambiar los roles de quién cuida a quien.
- Dar poder a los niños para que ayuden adecuadamente a los padres.
- Orientar a todos hacia el futuro y actos de reparación.

Hablar de suicidio es característico de la desesperación de querer ayudar y ser despreciado, de querer proteger y no poder hacerlo, y de sentirse atrapado en una situación difícil cuando una persona de la familia esta perturbada, otra se quiere morir. Las estrategias para tratar con las amenazas e intentos de suicidio son las siguientes:

- **Reunir a los miembros de la familia.** En el caso de alienación de un adolescente tanto que su violencia autoinfligida amenaza con un suicidio, se puede impedir la hospitalización organizando en el hogar una vigilancia contra el suicidio. Se sacan de la casa todos los instrumentos peligrosos y los miembros de la familia se turnan para vigilar al suicida las veinticuatro horas del día. El suicida puede conmovirse ante este acto de amor y preocupación y abandonar su amenaza de suicidio.

A la familia se le anima para que sea afectuosa y bondadosa y sacrificarse para llevar a cabo la vigilancia contra el suicidio la cual actúa como elemento disuasivo porque limita la libertad de la persona hasta un punto intolerable.

En el caso en que un cónyuge amenaza con un suicidio como un intento de huir del matrimonio desdichado, la vigilancia encomendada al otro cónyuge no es recomendada ni efectiva porque la vigilancia quizá incremente la sensación de intrusión y sometimiento y eleve el nivel de violencia. Cuando un adulto casado o no, amenaza con suicidarse, lo ideal es organizar a la familia de origen para montar la guardia y no al cónyuge.

- **Cambiar los roles de quién ayuda a quién.** A veces la función del síntoma consiste en ayudar a otra persona y para la persona afectada el beneficio es altruista. En el caso en que la hija de una madre depresiva realiza un intento de suicidio, la madre se ve obligada a superar su depresión para ayudar a su hija, el intento de suicidio ayuda a la madre a recuperarse y se comporte como una madre de una hija que la necesita. En este caso la estrategia consiste en pedir a la madre que simule estar deprimida y a la hija que finja ayudar a la madre de manera adecuada a sus respectivas edades, por ejemplo diciendo cosas tranquilizadoras, entreteniéndola a la madre con juegos, expresándole su amor directamente y empleando formas apropiadas no autodestructivas para ayudar a su madre.

Algunas otras estrategias que sugiere Madanes son: cuando alguien presenta un síntoma determinado, y también el suicida, primero hay que intervenir para prevenir el suicidio. La primera prioridad es mantener viva a la persona, la segunda, lograr que siga asistiendo a terapia para poder ayudarla, y sólo en tercer lugar importa provocar el cambio. También es vital realizar un acuerdo con la persona suicida y hacerle prometer que no se hará ningún daño.

El Modelo de Judith Landau-Stanton y M. Duncan Stanton

La propuesta que hacen Landau-Stanton y Stanton (1988) incorpora los modelos estructural y estratégico, el transicional, experiencial y contextual. Se trata de un modelo de terapia breve, de cinco a quince sesiones en un lapso no mayor de seis meses. Los principios del modelo se consideran en seguida:

Principios del modelo

- **Unir al grupo terapéutico.** Lograr que los miembros del equipo negocien, se pongan de acuerdo y refuercen las metas, la dirección, los medios y la formalización del tratamiento.
- **Fortalecer a los padres.** Apuntalar a las figuras parentales en sus roles tanto de padres como de personas. Desarrollar una sincera creencia de que los padres poseen una fuerza innata, unirse a los padres, empalmar con su situación, subrayar su compromiso como padres y su fuerza como personas, por lo que se ve sólo el lado bueno de lo que hacen. Esta técnica requiere neutralizar en cierta forma al paciente designado ya sea ignorándolo, señalando su incapacidad para pensar responsablemente esta es una forma de desequilibrar.
- **Unir a los padres.** Es útil unir a los padres en su conducta frente al paciente. De esta forma se sentirán más apoyados el uno por el otro y fortalecidos como subsistema parental.
- **Ventilar secretos.** Es importante evitar pactos confidenciales con el adolescente e insistir en que todo sea compartido con los padres y el resto de la familia.
- **Intervenciones generalizadas a través de la familia y los contextos de internación.** Para que la terapia tenga éxito durante la internación del adolescente es que la familia se comprometa y se involucre con un programa establecido (reuniones familiares y multifamiliares programadas).

Landau-Stanton y Stanton, *Op. cit.*, mencionan que un intento de suicidio en un adolescente es un acto poderoso, la familia queda aterrorizada ante el acto. El suicidio es una extrema amenaza y los miembros de la familia responden en forma diferente (minimizar o ignorar, enojo o perturbación). Las diferencias revelan mucho sobre la estructura familiar. Se considera que los familiares pueden estar involucrados en el proceso de conductas suicidas. Los intentos de suicidio pueden ser vistos como una reacción ante la anomia familiar. También se puede considerar al suicidio como un fenómeno de sacrificio de tipo transaccional, enraizado en la familia.

Las formas de suicidio pueden ser directas como las sobredosis, cortarse las muñecas, ahorcamiento, etc. Y también están las formas indirectas como abuso de drogas, asma, diabetes, epilepsia o esquizofrenia, desordenes físicos y psicosomáticos estas pertenecen a las conductas autodestructivas indirectas que denominó Farberow (1980 en Landau-Stanton y Stanton, *Op. cit.*), repitiendo modelos de suicidio.

Metas del tratamiento

La meta del tratamiento es reestructurar a la familia tratando de fortalecer a los padres, ayudándolos a manejar por sí mismos la situación, además existen otras formas de atención como:

- **Internamiento.** Cuando la conducta suicida de un adolescente ha creado una tensión muy grande se puede internar al adolescente durante una noche, esto permite a los familiares darse un respiro, tranquilizarse e interrumpir la escalada del proceso familiar. Por el contrario si el paciente ha hecho un intento serio y peligroso la internación es lo más indicado. Otros casos que deben ser admitidos son aquellos con una historia familiar de suicidios exitosos y casi todos los adolescentes masculinos, ya que los intentos de suicidio de los adolescentes varones no suelen ser del tipo manipulador.
- **El compromiso del sistema mientras se establecen metas preliminares.** El proceso de enganchen del sistema generalmente comienza con el primer contacto. El terapeuta obtiene un panorama de la familia para establecer las metas preliminares. También debe contactarse con los otros tratantes y ver hacia dónde apuntan. Desde el comienzo del tratamiento el terapeuta debe actuar acorde al momento del ciclo vital que esa familia esté viviendo (mapeo transicional).
- **Estrategias y técnicas iniciales.** Existen ciertas estrategias con las cuales iniciar el tratamiento como las que siguen:
 - ★ **Interpretación positiva.** Es similar a la técnica de la connotación positiva del grupo de Milán, se adscriben nobles intenciones al adolescente, se identifica y enfatiza el lado benevolente y altruista de la conducta autodestructiva. Las estrategias que se manejan en este momento son respecto al duelo ya que con la muerte de un familiar otro queda como sucesor o hay pérdidas no resultas, el reflejo de la angustia familiar que tiene que ver con problemas en el sistema familiar y desviando el juego en donde el adolescente se vuelve el blanco evitando el conflicto entre otros miembros de la familia.
 - ★ **Describir al adolescente como desobediente.** Se considera al adolescente desobediente, de mala conducta, que actúa sin pensar, haciendo las cosas más difíciles para la familia. Esta estrategia permite que el padre sobreinvolucrado se desenganche del paciente designado a través del enojo y permite unir a los padres en una postura común.
 - ★ **La combinación de reencuadramientos positivos y negativos.** Es útil combinar verbalmente las técnicas de reencuadre tanto la positiva como la desobediencia, reetiquetando la mala conducta y la maldad como nobleza y autosacrificio.

Intervenciones especializadas.

En este modelo, Landau-Stanton y Stanton (1989) también sugieren algunas intervenciones especializadas entre las que se encuentran:

- **El reloj de seguridad familiar (reloj suicida familiar).** El reloj de seguridad familiar es aplicable a pacientes internados y ambulatorios. La función del personal de la institución de internamiento cumplirá la función de supervisión o advertencia del reloj de seguridad, mientras que la familia es quien lo conduce.

Se establece un programa y se determinan junto con el personal qué hará el adolescente con su tiempo durante un período de 24 horas.

El reloj de seguridad familiar puede emplearse para manejar el problema de suicidio en casa (reloj de seguridad del hogar). Se diseña un programa detallado y planificado en el que esté alguien con el adolescente las 24 horas del día durante un tiempo, incluso cuando va al baño o sale de compras.

Pasado un mes aproximadamente la familia, el paciente y el equipo determinan cuáles son las cosas que el adolescente debe hacer para que el reloj sea menos estricto, hasta su finalización, esto se basa en la ausencia de conductas suicidas, responsabilidad familiar, conducta apropiada a su edad, el manejo de relaciones sociales y familiares.

Si algún miembro del equipo terapéutico siente que todavía existen riesgos, el reloj continúa y si hay alguna recaída el reloj se reinstala.

Las familias encuentran conveniente este sistema, ya que las hace sentir útiles y poderosas, se reestablecen los lazos intergeneracionales y abre la comunicación al interior de la familia, reconectando la familia nuclear a la extensa, hace que el adolescente se sienta cuidado y protegido. Funciona como una jugada de comprensión que permite que el paciente, sus padres y los miembros de la familia queden muy juntos durante un tiempo.

Después se espera que se produzca el efecto de rebote y alejamiento reestableciendo la distancia apropiada entre los miembros de un subsistema pegoteado, y abre el camino a una estructura familiar más viable, que no requiere de un miembro con conductas suicidas.

- **Resolución de las pérdidas familiares** La conducta suicida esta asociada con los duelos no elaborados y las pérdidas en la familia por lo que la intervención consiste en regresar al punto no resultado en el conflicto transicional familiar y se guía a través del mismo de una forma distinta, de tal manera que pueda completar el pasaje transicional desde el pasado, a través del presente y hacia el futuro. Es probable que los subsistemas familiares hayan estado fuera de la sincronización desde el momento de la pérdida, por los que se les lleva fenomenológica, experiencial y estructuralmente a ese punto del pasado para mantenerlos allí brevemente y luego guiarlos hacia delante.
- **Manejo de las recaídas manipuladoras.** El adolescente puede hacer alguna acción para ver si las reglas que sus padres han establecido con ayuda externa tienen firmeza. Ayuda el hecho de advertir a los padres que el adolescente intentará probar el sistema para ver si la nueva estructura familiar se mantiene.

Los secretos familiares y la conducta suicida por Evan Imber-Black

Para Imber-Black (1999) la conducta suicida puede presentarse en el sistema familiar como un secreto, la autora considera que los secretos en la familia modifican las relaciones de diferentes maneras dependiendo del tipo de secreto.

Imber-Black Manifiesta:

“Paradójicamente, las mismas acciones que se desarrollan para crear secretos que generan dolor pueden utilizarse para crear secretos que posibilitan la alegría. La conducta que modela los secretos destructivos es similar a la conducta que intensifica el desarrollo individual, familiar y cultural...” (Imber-Black, 1999, pp. 35-36)

Tipos de secretos

Los tipos de secretos que la autora considera los ha diferenciado por el propósito, la duración y el resultado los cuales se mencionan en seguida:

- **Placenteros.** Se realizan para causar diversión y sorpresa como un regalo, una fiesta o visitas inesperadas, tiene un tiempo limitado y la revelación del secreto brinda una visión positiva de la persona o la relación. También protegen y expanden el sentimiento del yo como los escondites de los niños pequeños, los diarios guardados bajo llave, los sueños y esperanzas que tiene cada persona.
- **Esenciales.** Promueven los límites necesarios que demarcan una relación, son parte de los contratos en las relaciones y, romperlos puede ser un acto de traición. Estos secretos son duraderos y se crean para beneficiar a otra persona, propiciar el desarrollo del yo, las relaciones y las comunidades. Ejemplo: la transformación de una pareja de lesbianas, distante y enojosa, cuando una de las mujeres le cuenta a la otra sobre los frecuentes y ocultos intentos de suicidio de su madre, los que, en su infancia, la mantuvieron como rehén.
- **Nocivos.** Los secretos nocivos envenenan las relaciones. Pudo haberse formado tres generaciones atrás o el mes pasado. En ambos casos, las historias clave de la familia están ocultas e inaccesibles, separan las relaciones, desorientan la identidad y desquician la vida, evitan hacer elecciones claras. Mantener estos secretos tiene efectos negativos crónicos en la capacidad para solucionar problemas, en las conversaciones, en las percepciones y bienestar emocional, quitan energía, promueven ansiedad, abruma a quienes los conocen y confunden a los que no los conocen.

Dado que al guardar un secreto nocivo no siempre se producen crisis aguda, tales secretos tienden a dilatar su existencia por mucho tiempo, generando un sentimiento de confusión con respecto a si se debe contar, a quién y cuándo. ¿cómo determinar, por ejemplo, que el secreto del suicidio de

un hermano, un secreto guardado ante los niños cuando eran pequeños, debe contarse ahora que ya son jóvenes adultos? (olla a presión). Su revelación requiere tiempo para considerar cuidadosamente el efecto de la persistencia.

- **Peligrosos.** Hay secretos que colocan a las personas ante un riesgo inmediato o ante tal torbellino emocional que su capacidad de funcionamiento se ve amenazada como en el caso de planes para cometer suicidio. El descubrimiento de secretos peligrosos requiere la acción como el romper el compromiso ético de confidencialidad. Se debe realizar una acción rápida para salvaguardar la vida. Intimidación, miedo, poder sobre otros y sometimientos están entrelazados con los secretos peligrosos.

En el tratamiento de los secretos la autora considera que los secretos se mantienen o se revelan por una red de numerosos motivos intrincados y complejos, que van desde abusos de poder al servicio propio, hasta la altruista protección de los demás. Explorar los motivos por los que un secreto fue creado y mantenido puede ayudar a decidir si es hora de revelarlo y modo de hacerlo. Por lo que se deben de hacer varias preguntas respecto del secreto, entre algunas están:

- ¿Quién es el dueño del secreto?
- ¿Quién tiene el derecho de saber?
- ¿El bienestar de quién se ve afectado?
- ¿Qué relaciones se ven obstaculizadas por un secreto?
- ¿El secreto viola los supuestos compartidos en una relación?
- ¿Cómo afecta su conducta el mantener un secreto?

En la prevención y el tratamiento de las conductas suicidas, a partir de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, se ha referido, principalmente al trabajo que se realiza con el adolescente, sin embargo muchas de las medidas y estrategias preventivas y terapéuticas son efectivas en el manejo de pacientes de diferentes edades.

Es importante resaltar que los modelos de terapia familiar expuestos coinciden en el manejo de las conductas suicidas, algunas de ellas son las que consideran que éstas se presentan dentro de un marco de conflictiva o disfunción familiar; la presencia de depresión, los secretos familiares también contribuyen en dichas conductas. Por lo que el trabajo del terapeuta es buscar en acuerdo con el paciente y la familia, salidas o soluciones diferentes al suicidio. En la atención de las conductas suicidas se insiste en el fortalecimiento y unión de los padres en el caso de adolescentes suicidas, con la finalidad de ayudar a su hijo en forma conjunta.

En otros casos, es importante solicitar el apoyo de la familia extensa o de origen, el cónyuge o los hijos para proteger a la persona suicida mediante el reloj suicida familiar. Dentro del proceso de tratamiento también es conveniente modificar la estructura, interacción y comunicación familiar. También es

importante, que el terapeuta trabaje en conjunto con profesionistas de otras áreas que contribuyan a la prevención y recuperación integral de las personas suicidas.

En la atención de personas con conductas suicidas es relevante atender a los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y demográficos que pudieran precipitar las conductas suicidas, tanto el terapeuta como la familia deben estar atentos a cualquier señal, reacción, acción o estado emocional poco común de la persona que recurre a las conducta suicidas, ya que cualquier indicio podría contribuir para prevenir un suicidio.

Es conveniente realizar actividades que promuevan las relaciones familiares funcionales, fomentar canales adecuados de comunicación en los miembros de la familia, incrementar el apoyo y la individualidad en los integrantes de la familia, así como el reconocimiento de cualidades, habilidades tanto familiares como personales y aceptación de los estilos de resolución de problemas diversos.

Como terapeuta se debe investigar los mitos y creencia erróneos que se tengan sobre las conductas suicidas, ya que esto favorecerá en las planeación de las acciones preventivas y/o de tratamiento.

Estos son algunos de los factores en los que se debe incidir para promover el bienestar individual y familiar para evitar que uno o varios miembros en la familia recurran al suicidio como solución a los problemas. En mi práctica clínica supervisada de personas que presentaron conductas suicidas; mi postura desde una epistemología moderna, como el haber mantenido una jerarquía superior, una posición de experto y ser directiva ante las familias fueron aspectos que contribuyeron no sólo a la mejoría de los consultantes sino que disminuyó el nivel de tensión que existía tanto en las familias como en mi rol de terapeuta.

Cabe considerar que las conductas suicidas no son la solución a los problemas familiares, ya que al prescribir acciones concretas, los sistemas consultantes tienen la posibilidad de percibir de una forma diferente los problemas que les aquejan y así mismo operar bajo nuevas conductas, por tal motivo la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderana, desde sus aspectos teórico y práctico contribuyen en la prevención y/o atención de las conductas suicidas con estrategias e intervenciones terapéuticas para garantizar la vida y salud integral de las personas.

Sin embargo, como se ha mencionado en el apartado referente a la prevención, implica no sólo brindar atención a nivel individual y familiar, pues llevar a cabo acciones preventivas, incluye al entorno más cercano, al medio social, al nivel comunitario, el nivel institucional e incluso el nivel gubernamental que promuevan la salud integral.

ANÁLISIS DE CASOS

En mi práctica clínica supervisada proporcioné atención a ocho familias a lo largo de los cuatro semestres de la Residencia en Terapia Familiar. En la sesión temática del Examen de Competencias Profesionales para obtener el grado de Maestría, se exponen los casos de cuatro familias en las que se presentaron conductas suicidas antes y durante el proceso terapéutico.





Para proteger el anonimato y confidencialidad de las familias, los nombres de sus integrantes fueron cambiados y algunos datos modificados. Las familias fueron denominadas 1, 2, 3 y 4.

El desarrollo del análisis teórico-metodológico de las cuatro familias se agrupa en varias sesiones, ya que al implementar las intervenciones de tratamiento requirieron de su seguimiento a lo largo de dos o más sesiones. Es importante señalar que en la elección del modelo de intervención *ad hoc*, para tratar a las familias, se tomaron en cuenta las necesidades, requerimientos y objetivos de la familia.

El tratamiento de dos familias se realizó mediante el modelo estructural de Terapia Familiar Sistémica y dos familias fueron atendidas bajo los lineamientos del modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones de la Terapia Posmoderna, sin embargo, en los cuatro casos se integraron estrategias y técnicas de intervención aportadas por el resto de los modelos terapéuticos Sistémicos y Posmodernos. También se incluyen aspectos retomados de la exposición sobre *conductas suicidas* de la Parte tres de este Reporte.

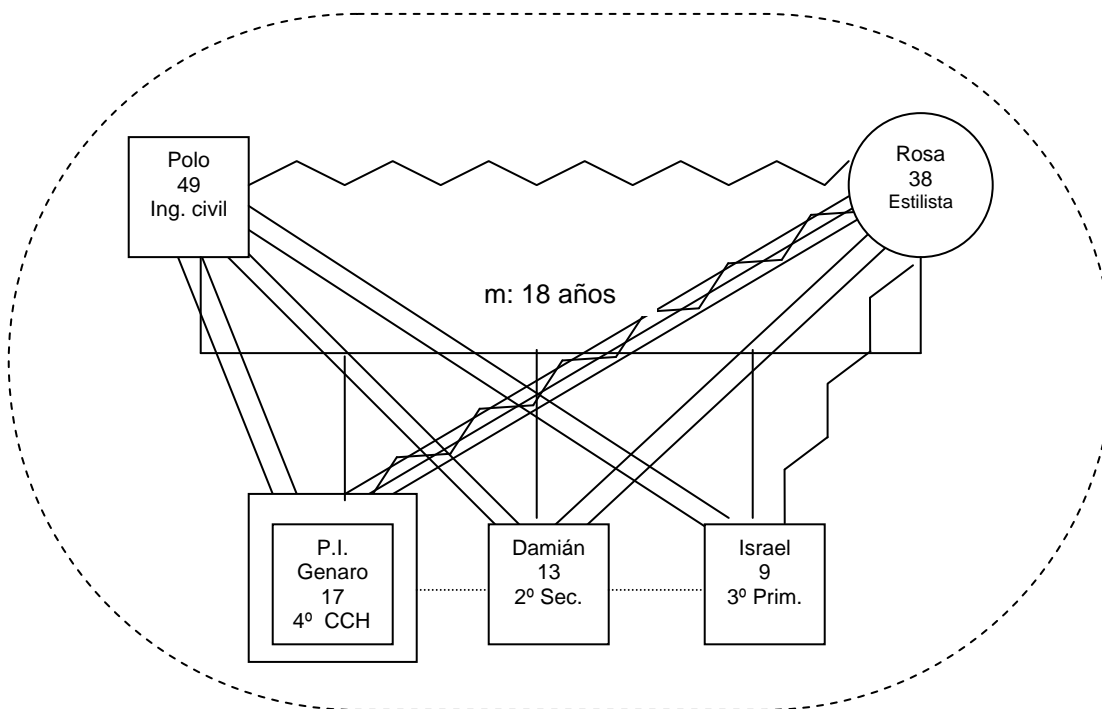
El cuadro 5 muestra un concentrado de las características de las cuatro familias en las que se presentaron conductas suicidas y del trabajo terapéutico. La información que se puede apreciar en dicho cuadro refiere los períodos y escenarios clínicos de atención, motivos de consultas, ciclo vital, tipo de conductas suicidas observadas, así como el modelo rector e intervenciones provenientes de otros modelos sistémicos y posmodernos.

CUADRO 5

Familia	Escenario clínico	Semestre	Motivo de consulta	Etapa (s) del ciclo vital familiar	Tipo de conducta suicida	Modelo Terapéutico	Servicio de terapia			Sesiones realizadas	Proceso terapéutico	
							Ind.	Fam.	Pareja		Alta	Baja
1		2º y 3º	Integración de adolescente con compañeros de la escuela.	Familia con hijos en edad escolar y adolescentes	Intento de suicidio	Modelo Estructural Se emplearon estrategias del Grupo de Milán, Terapia Breve Centrada en las Soluciones y Equipo Reflexivo.		✓		17	✓	
2		2º.	Infidelidad de esposo	Familia con hijos adolescentes y adultos.	Intento de suicidio	Terapia Breve Centrada en las Soluciones Se emplearon estrategias del Modelo Terapia Breve Centrada en los Problemas, del Grupo de Milán y de Modelo Estratégico.	✓			6	✓	
3		3º y 4º	No terminó la escuela y no tiene preparación para trabajar. Esposo machista. No se encuentra a sí misma, trae cosas del pasado que tiene que perdonarse.	Familia con hijos en edad escolar	Dos intentos de suicidio e ideas suicidas	Modelo Estructural Se emplearon estrategias del Equipo Reflexivo, Modelos de Terapia Breve Centrada en las Soluciones y del Grupo de Milán.	✓			12	✓	
4		4º.	Angustia, tristeza, desesperación, se siente incomprendida por su esposo.	Familia con hijos adolescentes y adultos	Ideas suicidas	Terapia Breve Centrada en las Soluciones Se emplearon estrategias del El Modelo Estructural y del Modelo Centrada en los Problemas.	✓			2	✓	

FAMILIA 1

Familiograma¹⁰



Escenario clínico:  cchazc.unam.mx CCH Azcapotzalco

Miembros de la familia: **Polo** (49 años, padre, Arquitecto). **Rosa** (38 años, madre, Estilista). Los hijos del matrimonio: **Genaro** (17 años, hijo mayor, 4º semestre de CCH); **Damián** (13 años, segundo hijo, 2º de secundaria) e **Israel** (9 años, hijo menor, 3º de nivel primaria).

Motivo de consulta: La mamá del joven solicitó el servicio de psicología, refirió que Genaro “presentaba una situación diferente a la que es normalmente”, “se despegó de la tierra”. Con esto, explicó que su hijo sabía hablar inglés, lo hacía en la escuela y presumía con sus compañeros. Rosa mencionó que había rechazo y burla hacía su hijo por parte de los compañeros. Comentó que Genaro tenía problemas en algunas materias.

¹⁰ La simbología empleada para elaborar los cuatro famiogramas de los casos expuestos, así como de las relaciones familiares han sido tomados del trabajo publicado por McGoldrick y Gerson (1987).

Rosa sentía que su hijo estaba mal, habló con una maestra quien la refirió a psicopedagogía y de ahí al servicio de Terapia Familiar.

Antecedentes del problema: Esta situación se presentó en octubre del 2004

Antecedentes de tratamiento: Ninguno

Hipótesis sistémica: Se consideró que la mamá estaba creando un problema en su hijo con la finalidad de atraer a su esposo quien vivía en Veracruz hacía un año por cuestiones de trabajo, se trataba de una mamá que había asumido la responsabilidad de los hijos y la casa, era sobreprotectora y sobreexigente con Genaro y sus otros hijos, quienes mediante sus conductas desordenadas en la escuela y/o en la casa reafirmaban su sobreprotección y sobreexigencia con todos ellos.

Por lo que respecta a Genaro, tal vez optó por ayudar a su madre creando problemas en la escuela y teniendo conductas suicidas para reunir a la familia y atraer al padre, pues por su trabajo habían estado mucho tiempo separados desde la formación de la familia.

Se identificaron dificultades en el ciclo de vida familiar, ya que la familia estaba en la etapa de hijos adolescentes y en edad escolar. Quizá a los padres, principalmente a la madre le era difícil desprenderse de su hijo, dejarlo crecer, desarrollarse, ser autónomo e independiente, a la vez para el adolescente a punto de ingresar al nivel superior le resultaba cómodo que la mamá realizara los tramites de la escuela y no tuviera la necesidad de realizar sus asuntos debido al sobrecuidado de la mamá.

Ciclo vital familiar: De acuerdo a Minuchin y Fishman (1992) la familia se encontraba en la etapa de matrimonio con hijos en edad escolar y adolescentes.

Modelo terapéutico: El modelo que rigió el proceso terapéutico fue el Modelo Estructural. Se emplearon algunas técnicas del Grupo de Milán, Terapia Breve Centrada en las Soluciones y Equipo Reflexivo.

Sesiones 1 a 4

En la primera sesión Rosa y Genaro coincidieron en el motivo de consulta pero difirieron en considerarlo un problema, para la mamá la situación de su hijo era un problema y para Genaro no. Al principio me pareció que su situación tenía algo tras fondo (existía otra problemática), pensamiento que me fue confirmado entre la primera y segunda sesión, cuando Rosa me llamó por teléfono muy angustiada debido a que Genaro había tenido un intento de suicidio al haberse arrojado desde el segundo piso de su casa, lastimándose ligeramente un tobillo.

La primera intervención realizada para evitar otra conducta suicidio en el adolescente y como lo indica Fishman (1990), el trabajo del equipo de supervisión consistió en ayudar al adolescente a *encontrar una salida diferente al suicidio* para el o los problemas, por lo que se realizó un *compromiso de vida* en el que se le hizo prometer al adolescente que no atentaría con su vida (Madanes, 1993). Se le

pidió escuchar los puntos de vista del equipo de terapeutas y quizá en ellos podría encontrar alguna opción para superar los desafíos de la vida.

Para mí, la supervisora y el resto de los terapeutas fue de vital importancia, que la vida del adolescente no corriera ningún riesgo, de tal forma que se empleo *el teléfono de la esperanza* (Clemente y González, 1996) como recurso en la prevención de otro acto suicida. Se ofreció a los padres y a Genaro mi teléfono disponible las 24 horas del día ante una situación difícil. Yo estuve dispuesta a *actuar como cuerda salvavidas* (Fishman, 1990) para brindar el apoyo necesario.

El equipo de supervisión consideró empezar a trabajar con el modelo estructural, se pensó que se trataba de una familia disfuncional en la cual se tenían que indagar las relaciones familiares y se inició con la relación entre los padres, pues al estar el padre fuera de hogar por cuestiones laborales, parecía que la transición evolutiva al pasar de la etapa de hijos en edad escolar a la etapa de la adolescencia presentaba cambios que estaban afectando el sistema familiar, pues de acuerdo a Fishman ob. cit., las dificultades en la familia es un factor determinante en el suicidio de un adolescente.

En la siguiente cita, sólo con los padres, se encontró que el padre mantenía contacto telefónico frecuente con su esposa para estar al tanto de lo que pasaba en casa, sin embargo para su esposa no era suficiente pues llevaba la carga de la casa y los hijos, en ese momento se decidió *fortalecer la relación parental*, de acuerdo a Landau-Stanton y Stanton (1989) ante un hijo suicida es importante fortalecer y unir a los padres, entonces el equipo enfatizó al padre llamar a su esposa para preguntar por ella y mostrarse más interesado en Rosa y expresarle su apoyo para superar la situación con su hijo.

En la tercera y cuarta sesión Genaro se presentó solo y manifestó que no quiso suicidarse, refiriendo la caída como accidente. Se indagó la relación con sus compañeros, manifestando no tener problemas con ellos. En ese momento no tenía alguna relación de noviazgo, ya que había terminado con una chica de su escuela. Fue importante indagar la relación de noviazgo pues el equipo de supervisión hipotetizó que Genaro tenía una preferencia homosexual, guardando esa información como un secreto personal, pero posiblemente los padres tenían la sospecha y quizá para no destapar la homosexualidad de su hijo centraban su atención en los problemas académicos y la dificultad de socialización. Como recomiendan Imber-Black (1999) y Landau-Stanton y Stanton, *Op. cit.*, se intentó brindar confianza a Genaro para *hablar de algo que le preocupara*, que no se hubiera dicho, algo personal o de la escuela con la finalidad de *revelar la existencia de algún secreto* personal o familiar que hubiera influido en el acto suicida, Genaro sólo hizo una pregunta acerca de sus trámites escolares y se observó que no sabía realizarlos, pues su mamá era quien los hacía. Se le comparó con la *metáfora* de un pollito que requería a mamá gallina e hiciera las cosas por él. Se le pidió reflexionar sobre lo que tenía que hacer para que el pollito creciera, se convirtiera en gallo y mamá gallina dejara de preocuparse por él.

Sesiones 5 a 8

En la quinta sesión asisten Genaro y Rosa, ella ratificó que su hijo tuvo un intento de suicidio, exponiendo las circunstancias de la caída, consideró que su hijo lo hizo por las presiones que tenía en la escuela, no platicaba, se aislaba, estaba triste y deprimido por la preocupación de sus materias.

Rosa invitaba a Genaro a realizar actividades (natación, ir al cine, rentar un película) y no aceptaba, a ella le preocupaba mucho, sin embargo refirió que el intento de suicidio los unió más, sus hijos estaban más tranquilos y casi no peleaban, para su esposo su hijo estaba bien, pero ella lo notaba raro.

A Genaro se le hizo la observación que había mentado al decir que tuvo un accidente y no un intento de suicidio. Para hablar de lo que posiblemente pasaba en la familia, los terapeutas y la supervisora decidieron trabajar bajo la modalidad del *Equipo Reflexivo* de Tom Andersen (1994), los puntos principales fueron los siguientes:

- Quizá Genaro tenía una carga o una responsabilidad familiar que no le correspondía, parecía que estaba cargando a su familia y se estaba sacrificando por algo o por alguien a costa de su salud y el de su familia, quien cargaría con su muerte. En este punto se destacó lo que Landau-Stanton y Stanton, *Op. cit.* denominan *interpretación positiva* (connotación positiva) de la conducta autodestructiva al considerarla como benevolente y altruista.
- Existía dificultad en la comunicación familiar. Misma que se empezó a trabajar en la séptima sesión, siguiendo a Micucci (1998, 2005) la desconexión del adolescente con la familia es un factor relacionado al suicidio y el *restablecer la conexión* mediante el diálogo entre el adolescente y los padres en temas prohibidos favorece una relación positiva y apoyadora.
- A Genaro se le veía como un adolescente creciendo y haciendo cosas diferentes, pero también como un niño que necesitaba de la ayuda de su mamá, y con esa actitud tenía a la familia tendiendo de un hilo, por lo que nuevamente se hizo el *compromiso de vida* con el adolescente. De acuerdo a Landau-Stanton y Stanton *ob. cit.* *al adolescente se le describió como desobediente*, de mala conducta, que actúa sin pensar, haciendo las cosas más difíciles para la familia. Esta estrategia permite que el padre sobreinvolucrado (en este caso la madre), se desenganche del paciente designado a través del enojo y permite unir a los padres en una postura común.

Lo que se realizó con estas intervenciones es lo que Landau-Stanton y Stanton *Op. cit.*, llaman *combinación de reencuadramientos positivos y negativos*, pues se esperaba que tanto el sacrificio, como la etiqueta de mala conducta no le agradaran a Genaro y abandonaría la solución de los problemas mediante otro intento de suicidio. Se observó que con el transcurso del proceso terapéutico estas estrategias fueron eficaces.

En la sexta sesión Rosa se presentó sola debido a que Genaro decidió ya no asistir a terapia. Rosa llegó muy angustiada, desesperada, descontrolada y llorosa porque su hijo tuvo una recaída, pues al realizar una tarea se desesperó por no terminarla, gritó que todo le salía mal, incluso el haberse aventado (intento de suicidio) le había salido mal, Genaro tenía pensamientos suicidas pues tenía en mente intentar nuevamente suicidarse. Al mencionarle a la madre que muchas veces los problemas escolares se debían a problemas familiares, respondió que su hijo sufría y estaba triste porque su papá se había ido, por lo que procuraba distraerlo, lo invitaba a tomar clases de natación, de Tae Kwon Do, ir al cine y no aceptaba.

En esta sesión se comentó que tanto Genaro con sus pensamientos suicidas la quería distraer de algo como el que su esposo no estuviera con ellos, también al reprobar materias, querer salirse de la escuela. Por su parte, Rosa intentaba distraerlo de la ausencia física de su padre. Ante la preocupación de la madre, se le hizo la promesa de hablarle por teléfono a su hijo para *reafirmar el compromiso de vida* que se había acordado anteriormente con él.

Para la séptima sesión asistieron tanto Genaro como su mamá, se felicitó al adolescente por cumplir su *compromiso de vida*. Ambos llegaron tranquilos pues era periodo vacacional y no había presión escolar, incluso Genaro convivía más con sus hermanos y su papá.

Se retomó la estrategia para *revelar un secreto*, entonces se preguntó a ambos si había algo de lo que no se había hablado, si en ese momento lo hablaban podría ayudar a entender su situación, o si se hablaba, alguien podría resultar afectado, para Genaro no hubo algo y la mamá refirió que si su hijo tuviera gustos o preferencias diferentes, como que le gustaran los hombres, ella lo aceptaría, no lo juzgaría, comenta que para su esposo sería difícil pero ambos tendrían que superarlo. Genaro rechazó que le gustaban los hombres, la demostración de apoyo sorprendió a Genaro. El equipo de supervisión rechazó la hipótesis de la supuesta preferencia homosexual por parte del adolescente,

Para simbolizar la dificultad en la comunicación familiar se prescribió detalladamente un *ritual* al estilo del Grupo de Milán (Selvini P., M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G., 1994), en el que se reuniría la familia en casa para escribir en hojas blancas de manera individual aquello de lo que no podían hablar, que les causaba dolor o enojo, al terminar rompieron las hojas escritas y las depositaron en una caja. Genaro aprendió que en la familia no debía haber pena y tenían que contarse todo. Rosa disfrutó la reunión y cooperación de sus hijos y esposo. Los terapeutas al respecto realizaron una modificación en la estructura familiar (Fishman, *Op. cit.*), pues en esta familia el comunicar y el hablar implicaba no callar y no guardar, tener confianza, por lo que se fijaron límites en la comunicación, o sea, lo que los padres podrían y no hablar con los hijos, lo que podían hablar entre ellos, lo que los hijos podrían hablar con los padres, lo que podían hablar entre hermanos y finalmente lo que podía quedar en el ámbito privado o personal.

Sesión 9 a 12

Durante la sesión nueve se indagaron las habilidades de resolución de problemas, ya que en base a la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (Clemente y Gonzáles, 1996), una percepción continua de ineficacia en las conductas de una persona la hace verse con falta de control sobre su vida lo que podría motivarla al suicidio. Para destacar los recursos del adolescente se empleó el modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones de de Shazer (1989, 1991) por el que se identificaron las excepciones a los problemas de las materias reprobadas por Genaro y su regreso a la escuela. Mediante *preguntas orientadas al futuro* se logró que el adolescente visualizara paso a paso lo que haría para aprobar sus materias (recursamiento y exámenes extraordinarios) y para no presionarse en la escuela realizaría alguna actividad para relajarse y la familia lo apoyaría proponiendo actividades para distraerse, para ayudarlo en su tarea y su papá podría ayudarlo vía Internet al enviarle la información que su hijo requiriera principalmente en la materia de matemáticas.

Asistieron a la sesión diez Genaro, Rosa y Polo, el padre. A partir de lo que expone Fishman ob. cit., parecía que se trataba de una familia perfecta en la que se esperaba que Genaro fuera excelente alumno, sociable y con iniciativa para realizar actividades extraescolares. Desde el inicio de la terapia se observó que los padres tenían expectativas muy altas en Genaro, a nivel escolar y personal, sin embargo con la presión de no defraudar a sus padres, el adolescente vio en el suicidio una salida a las presiones escolares y familiares, aunándose la lejanía física del padre, el querer reunir a la familia. Genaro optó por darse temporalmente de baja en la escuela para recuperarse psicológica y emocionalmente, decisión apoyada por los padres.

En la sesión once acudieron a su cita los padres del adolescente refiriendo que Genaro ya no deseaba asistir a terapia, así que decidieron llevarlo con otro psicólogo quien lo canalizó al Instituto Mexicano de Psiquiatría, a partir de la sesión diez se involucró más el padre, el adolescente empezó hacer ejercicio, asistir con otros especialistas y estaba motivado en realizar las tareas encomendadas por el psicólogo, tenía más ánimo.

Se observó la unión y fuerza de los padres al manifestar estar dispuestos a agotar todos los recursos (asistir con otros especialistas), para ayudar a su hijo. Ambos padres fueron firmes al decirle a su hijo que requerían ayuda y todos debían poner de su parte para salir adelante, Rosa hablaba con su hijo, sus otros hijos trataban normal a su hermano y Polo dejaba su trabajo en Veracruz para asistir a terapia y estar más tiempo con la familia. Se logró, de acuerdo a Fishman ob. cit., modificar la estructura familiar.

El equipo de supervisión realizó un *Equipo reflexivo* (Andersen, *Op. cit.*), en el que se reconoció la unidad, el apoyo familiar, el amor hacia los hijos. La fortaleza, se resaltaron los cambios en la familia, el apoyo mutuo como pareja y padres, se emplearon algunas *metáforas* como la bola de nieve en la montaña (los cambios de dan poco a poco y son duraderos), la construcción de varios puentes (busqueda de varias opciones para solucionar su problema) la idea de felicidad (no todo es color de rosa, existen dificultades en la vida). Estas características de la familia lograron la reconexión de la que habla Micucci, *Op. cit.*, no obstante se

logró la reconexión del adolescente con la familia sino que además se reestableció la reconexión del sistema parental, conyugal y fraterno.

La última intervención que se realizó durante la sesión es la que propone el Grupo de Milán (Selvini *et al*, 1994) para *recuperar a los ausentes*, en la que cada terapeuta elaboró una carta dirigida a Genaro, en las que el tema principal fue invirlo a terapia nuevamente haciendo hincapie en respetar su decisión de hacerlo o no pues él era la única persona que sabía sus necesidades en ese momento de su vida.

Se presentaron a la sesión doce Genaro y sus padres y resaltaron la mejoría en la comunicación familiar, expresaron que tenían problemas, pero se esforzaban por superarlos pues eran una familia unida, ya habían explicado a sus otros dos hijos el por qué Genaro había dejado la escuela (estaba delicado de salud), lo que estaban haciendo (asistir a varios especialistas) para su recuperación y con esto a ambos hijos les despejaron la incertidumbre de la situación familiar, así como lo que pasaba con su hermano.

Sesión 13 a 16

A partir de la sesión 13 fue notoria la evolución en la mejoría de Genaro y sus padres. El padre se integró más a las sesiones, el adolescente realizaba más actividades (natación, computación e inglés), la madre dejó de sentirse angustiada y confiaba en su hijo.

En la sesión 14 se trabajó con Genaro en sus *habilidades de socialización*, pues el adolescente pasaba mucho tiempo solo en casa, en base a autores como Marchiori (1998), Sarro y de la Cruz (1991), Adabi, M., Garma, A., Garma, E., Gazzano, A. J. A., Rolla, E. H. y Yampey, N. (1973) y Orbach (1994 en Casullo, M. M., Bonaldi, P. D. y Fernández, L. M., 2000), el aislamiento social es un factor de riesgo suicida. Mediante la *pregunta del milagro* (de Shazer, 1991) se identificaron y reforzaron las habilidades que Genaro tenía para relacionarse con otras personas (sus pares), así como su capacidad para planear sus metas personales, escolares, familiares y sociales inmediatas.

Fishman, *Op. cit.*, y Micucci, *Op. cit.*, recomiendan *ayudar a los padres en la educación de su hijo* para evitar formar un chico vulnerable, de tal manera que en las sesiones 14 y 15 se habló con los padres. Principalmente Rosa dejó de ejercer presión, exigencia y sobreprotección en su hijo. Ambos padres fueron más firmes, respetaron las decisiones de Genaro y la familia acordó mantenerse unida ante situaciones de crisis individuales y/o familiares.

En la sesión 16, con base en lo que recomienda Micucci, *Op. cit.* se *abrió el diálogo entre el adolescente y los padres al hablar de los motivos por los cuales intentó suicidarse*. Genaro expuso que el atentar contra su vida fue debido a la presión escolar y las materias reprobadas. Rosa coincidió con su hijo y agregó que Genaro se aislaba, se encerraba, no quería salir de casa y estaba deprimido. Polo pensó que su hijo intentó suicidarse porque estaba confiado del éxito y buenas calificaciones en la primaria y la secundaria, pero el bachillerato le fue difícil y no soportó la presión. Se reconoció la conducta suicida como una vivencia dolorosa y difícil pero como una experiencia para enfrentar futuros problemas.

Genaro, Rosa y Polo se percataron de no estar solos al interior y exterior del sistema familiar, apreciaron el apoyo de los especialistas y expresaron recurrir a ellos en caso necesario.

Sesión 17. Finalización de la terapia

Acudieron Rosa, Genaro, Damián e Israel (sus tres hijos). Polo no asistió por cuestiones laborales. Durante la última sesión se consideraron tres aspectos: Evaluación de los cambios, ritual de finalización de la terapia y evaluación del proceso terapéutico.

Evaluación de los cambios

A cada uno se le preguntó respecto de los cambios tanto en las relaciones como en cada uno de los miembros de la familia.

Damián mencionó que su mamá ya no era tan enojona, Genaro convivía nuevamente con él e Israel, su papá estaba al pendiente de ellos y tranquilo a Irving le tenían que llamar la atención porque no quería hacer las cosas (ayudar en el quehacer de la casa y la tarea de la escuela). Irving habló poco, sin embargo dijo que su mamá lo regañaba y a Genaro lo veía bien. Genaro mencionó sentirse muy bien. Por su parte Rosa se sentía más tranquila, reconoció que fue una experiencia difícil pero le dejó un gran aprendizaje, el cual retomaría con sus otros dos hijos, se consideraba más comprensiva y tolerante.

Ritual de finalización de la terapia

Se obsequiaron pensamientos¹¹ impresos en papel decorado a cada miembro de la familia. Damián leyó en voz alta el pensamiento con el título “pensar positivo” Israel el denominado “Entre dos caminos” y Rosa leyó “Vivamos en familia”. Se indicó que los tres pensamientos pertenecían a Genaro y para el resto de la familia correspondía uno: “Vivamos en familia”.

En una mesa se colocaron 5 cajas pequeñas decoradas, cada una inscrita con el nombre de un miembro de la familia, cada quien buscó la que le pertenecía y en ella depositó su (s) pensamiento (s) obsequiado (s).

En el caso de Genaro y sus padres se entregaron las cartas, mensajes y reflexiones escritas que elaboraron a lo largo del proceso terapéutico, a todos los miembros de la familia se les pidió guardar sus pensamientos y el resto de sus documentos en sus respectivas cajas. Se indicó que podían recurrir a ellas cuando fuera necesario ya que “...son las voces que estarán siempre con ustedes”.

Debido a que el papá de Genaro no pudo asistir a la sesión, los obsequios le fueron enviados con su esposa.

Al finalizar el ritual la familia agradeció el apoyo brindado por todos los miembros del equipo, yo también agradecí a la familia el compartir sus

¹¹ Los pensamientos se pueden revisar en el Anexo 12.

problemas con el equipo de terapeutas y por el aprendizaje mutuo (terapeutas-familia) durante el proceso terapéutico. La familia también otorgó obsequios a los terapeutas.

Evaluación del proceso terapéutico

La terapia se evaluó mediante un cuestionario en el que se obtuvieron las siguientes respuestas:

Don respecto al problema motivo de consulta Genaro estaba más tranquilo, seguro, jugaba con sus hermanos y les hacía travesuras. La terapia les ayudó a todos pues se sentían mejor. A Rosa le hubiera gustado tener al equipo de terapeutas en la sala de terapia en un mayor número de sesiones, pues le gustaba estar en contacto directo con todos los terapeutas y escuchar las diferentes opiniones que le eran de gran ayuda.

Tanto Genaro como Rosa asignaron la calificación de excelente el servicio de terapia familiar ya que hubo beneficio en todos los miembros de la familia.

Conclusión: La reestructuración que logró la familia, favoreció la convivencia; la apertura en la comunicación brindó a los miembros de la familia y principalmente a Genaro, la oportunidad de expresar sus necesidades, sus gustos e intereses. En general los miembros de la familia lograron expresar tanto lo positivo y agradable, como las situaciones ante las cuales se sentían incómodos o en desacuerdo. Esto último facilitó la mejoría y disminuyó la carga en el malestar de Genaro.

Los distintos subsistemas familiares modificaron sus de relaciones y los padres modificaron su estilo para educar a sus hijos al ser más flexibles. La visión del subsistema parental se vio modificada al comprender las diferencias y las distintas necesidades en cada miembro del sistema familiar.

Una de las estrategias que hubieran favorecido en la mejoría, quizá en un menor tiempo, es la denominada técnica del *reloj suicida familiar* o el *reloj de seguridad*, favoreciendo la unidad y reorganización familiar en un menor número de sesiones.

Pronóstico: Genaro quizá retomará sus estudios, siendo una persona inteligente, segura, decidida, logrará terminar sus estudios de bachillerato y continuar con una carrera universitaria.

El apoyo y afecto de su familia lo motivan para lograr lo que se propone, a la vez esto contribuye al bienestar y unión familiar, ésta permitirá a sus miembros superar los obstáculos y dificultades que se presenten de manera personal y/o familiar.

Nota: El equipo de terapeutas regresamos para brindar atención al CCH Azcapotzalco, después de un año de la finalización de la terapia. Los terapeutas nos retirábamos del plantel cuando Genaro se acercó a nosotros para saludarnos, fue de gran asombro y agrado para todos, ya que el adolescente estaba de visita en el plantel, conviviendo con sus compañeros.

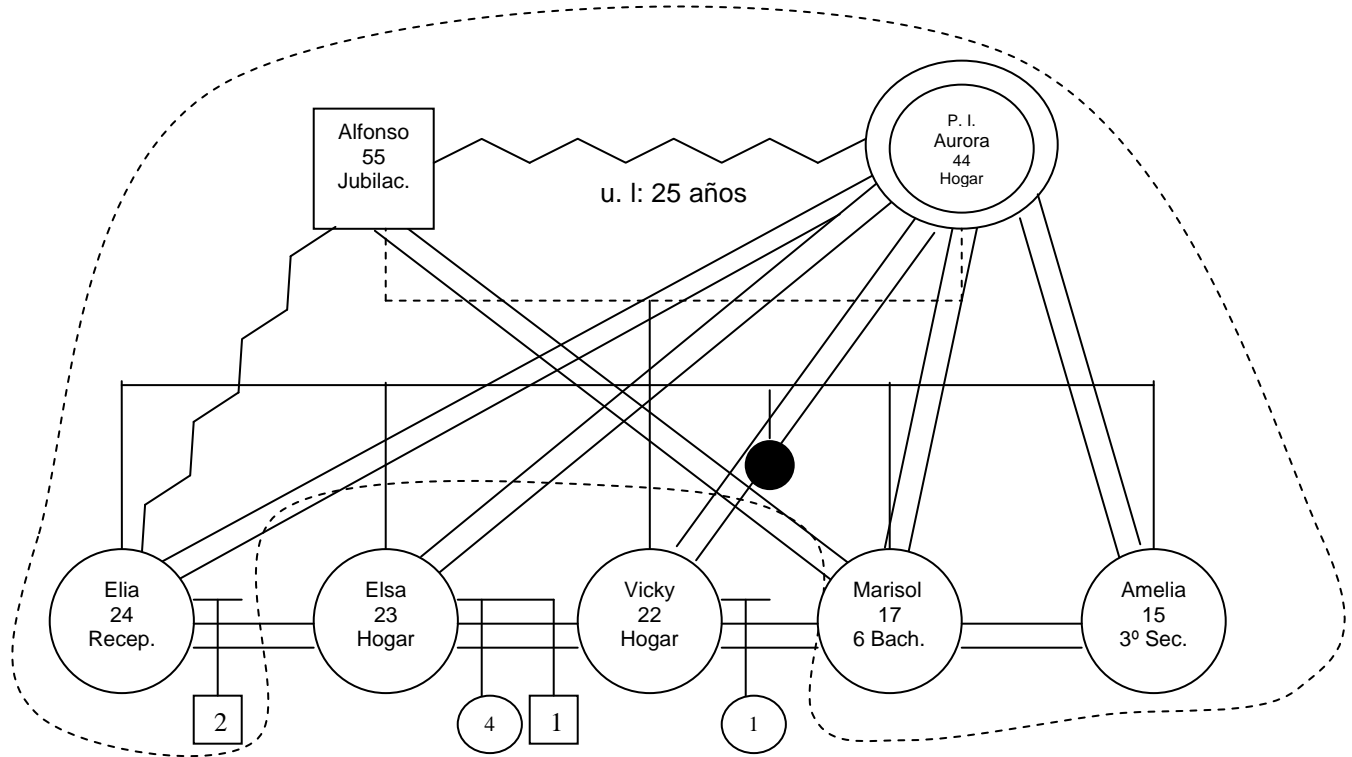
Platicó que él y su familia se encontraban muy bien y refirió estar al

pendiente de su reinscripción.

La impresión que Genaro nos causó a todos fue que se veía muy seguro, maduro, tranquilo, con excelente presentación, con buen desenvolvimiento y seguridad el equipo de terapeutas lo elogiamos y le deseamos buena suerte.

FAMILIA 2

Familiograma



Escenario clínico: ISSSTE Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla.

Miembros de la familia: **Alfonso** (55 años, jubilado, sin escolaridad), **Aurora** (44 años, esposa del sr. Alfonso, ama de casa, estudió la primaria). Las hijas del matrimonio: **Elia** (24 años, hija mayor, madre soltera, recepcionista); **Elsa** (23 años, casada, ama de casa); **Virginia** (22 años, casada, ama de casa); **Marisol** (17 años, 6to. semestre de bachillerato) y **Amelia** (15 años, 3er. año de secundaria).

Motivo de consulta: El sr. Alfonso mencionó que existían "algunos problemillas" que estaban perturbando, deseaba orientación para él y su esposa, quería apoyarla porque se irritaba.

Cuando se llamó para confirmar la cita, contestó la sra. Aurora refiriendo que su esposo no le daba gasto, ella trabajó en una empresa haciendo el aseo y contestando teléfonos para mantener a la familia. Contó que su esposo conoció a una persona (una mujer) con la que platicaba mucho por teléfono.

Antecedentes del problema: Desde hace 2 años. Aurora relata que un domingo recibió la llamada de esa sra., contándole lo que su esposo había dicho de ella. Su esposo la ha golpeado, una de sus hijas intervino. Alfonso le platicó a la sra. y llamó por teléfono a su hija para decirle que no estaba bien lo que había hecho. Aurora dice: Alfonso “se perdía, no llegaba a casa 2 ó 3 días, viajaba con esa sra.”

Aurora refiere que en noviembre del 2003 intentó suicidarse, se cortó las muñecas, debido a que la sra. le hablaba a su esposo. Su hija Elia también tuvo un intento de suicidio al ingerir pastillas, Aurora no sabe por qué lo hizo su hija, pero creía que habían afectado a sus hijas (otra hija tuvo ideas suicidas).

Antecedentes de tratamiento: Cuando Aurora intentó suicidarse fue canalizada al servicio de psiquiatría del hospital de Tacuba, no acudió en ese momento sino tiempo después, pues tenía que trabajar para cubrir los gastos de sus hijas. En el momento en que ingresó a terapia contaba con tratamiento psiquiátrico. Ella solicitó el servicio de psicología en la clínica del ISSSTE.

Hipótesis sistémica: Al parecer la conducta suicida favorecía la unión familiar, pues al darse la infidelidad de Alfonso, Aurora se sintió desesperada, desilusionada y traicionada pues había luchado mucho por mantener económicamente a sus hijas y por la unión familiar, por consiguiente reaccionó con conductas autoagresivas, ante las cuales las hijas estaban al pendiente y cuidado de su mamá, por su parte Alfonso brindaba afecto y comprensión a Aurora, dejando temporalmente su relación extramarital,

Ciclo vital familiar: De acuerdo a Minuchin y Fishman (1992) La familia se encontraba en la etapa de padres con hijos adolescentes y adultos.

Modelo terapéutico: El modelo central en el trabajo con Aurora fue el Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones. Se emplearon algunas técnicas Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas, Modelo, Grupo de Milán y Modelo Estratégico.

Sesión 1

Desde la primera sesión el equipo de supervisión identificó como problemáticas desencadenantes del intento de suicidio la violencia intrafamiliar y la infidelidad por parte del esposo, pues como se sabe, las conductas suicidas son causadas por diversos factores, éstas fueron las que contribuyeron en dichas conductas.

Para la Organización de las Naciones Unidas (OMS, 2004) y para Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) un aspecto importante en la prevención de conductas suicidas es elevar la autoestima.

En las intervenciones se dio prioridad para que Aurora incrementara su autoestima y no minimizara todos sus roles (mujer, madre, trabajadora, esposa), dado que a la paciente se le observó como una mujer muy devaluada. Para lograr ese objetivo se le felicitó y se hicieron evidentes sus cualidades como ser buena madre, dedicada y preocupada por sus hijas, mujer fuerte que había superado

problemas económicos, esposa dedicada a su esposo y a su hogar (*resaltar recursos*).

Aurora comentó el deseo de salirse de su casa, al respecto se le indicó que esa era una forma de no seguir callando el enojo y el dolor, de revelarse contra la injusticia y la infidelidad, sin embargo se le indicó que era una decisión importante, la cual tendría que pensar, planear y llevarla a cabo cuando estuviera preparada. En este momento se aplicó la intervención general *no apresurarse* que plantean Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003), a partir de su modelo de terapia breve centrado en los problemas.

Siguiendo a Fishman (1990), el equipo de supervisión tendría que ayudar a Aurora en la *búsqueda de una solución diferente al suicidio* para enfrentar los problemas y para evitar el riesgo de una conducta suicida, a Aurora se le prohibió estrictamente suicidarse, por lo que prometió no hacerlo expresando no pensarlo en ese momento.

Sesiones 2 y 3

Se *normalizaron* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993) los sentimientos causados por la infidelidad, ya que había vivido 25 años de matrimonio y de relación con su esposo, quien había sido todo para Aurora.

Dado que para Aurora la infidelidad de su esposo fue un acto de abuso de confianza, porque siempre lo había apoyado, "me he fletado a trabajar para sacar adelante a la familia", le dolió mucho pues lo amaba y por tal motivo intentó suicidarse.

En el Informe Mundial Contra la Violencia y la Salud (2003) de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), se plantea como intervención después de un intento de suicidio la *comunicación de los sentimientos* como una parte importante del proceso curativo. Micucci (1998, 2005) en el tratamiento con adolescentes propone también la expresión de los sentimientos y motivos de la conducta suicida, de tal manera que para lograr la expresión de sentimientos se trabajó en base a la primera intervención principal del modelo de terapia breve centrado en los problemas: *Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo* Fisch et al (2003). Se asignó un ritual (Selvini P., M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G., 1994) para descargar el enojo, coraje, dolor, odio, etc.

"Todos los días a las 7 de la noche escribir 30 minutos en un cuaderno especial, aquellas cosas que quiera decirle a Alfonso, todo el coraje, todo el odio, todo el maltrato, los malos gestos, todo lo malo que le ha hecho su esposo, y los motivos que tuvo para intentar quitarse la vida, será un cuaderno para usted, no se lo va a enseñar al sr. Alfonso".

Sesiones 4 y 5

La paciente platicó acerca de un viaje a San Luis Potosí, lugar en el que estuvo ocho días de visita en la casa de la suegra de su hija. Se hacen preguntas de *excepciones del problema*. Comentó que estuvo muy bien, en un rancho, fue al cerro, pasearon por la feria del pueblo, estuvo muy ocupada, se sintió muy bien, se le olvidó el dolor de cabeza, por consiguiente no tomó medicamentos.

Aurora refirió que el viaje le sirvió para valorar a sus hijas, aunque las extrañó, pensó... “tienen que aprender a vivir sin mí”. Al regresar encontró su casa muy limpia y arreglada como a ella le gustaba tenerla, sus hijas y su esposo la extrañaron y valoraron.

El equipo identificó a Aurora como una persona muy entregada a la familia, esposo e hijas. Con base en Madanés (1993), la familia se podía ubicar dentro de la tercera dimensión de interacción familiar basada en el deseo de proteger y amar. Cuando Aurora regresa de su viaje a San Luis Potosí se cumplió la estrategia empleada por Madanés ob cit., la que se refiere a *reunir a los miembros de la familia*, ya que la familia expresó a Aurora su afecto, cariño y lo importante que era para cada uno.

Se aplica otra intervención de la misma autora y la que denomina *cambiar los roles de quién ayuda a quién*, ya que las hijas cuidaban y protegían a su madre para no atentar con su vida, sin embargo 2 de ellas también intentaron suicidarse por lo que se subrayó a Aurora que sus hijas también requerían de su apoyo, esto se realizó con la finalidad de que la paciente desistiera de cualquier tipo de conductas autodestructiva.

Para que Aurora y el equipo de supervisión identificaran su nivel de progreso se elaboró una evaluación mediante *la pregunta de escala* (Selekman, 1996). En ese momento Aurora reportó estar en el número 10 porque consideraba estar tomando decisiones, las cuales creyó nunca hacer, se sentía más fuerte, esperaba que sus hijas terminaran el ciclo escolar para salirse de su casa pues ya no se sentía bien con su esposo, sentía incomodidad.

Sesión 6. Finalización de la terapia

Esta es la última sesión se dio de alta a la paciente, se validaron los cambios, se felicitó a Aurora por ellos y se resaltaron sus recursos:

“Aurora ya tenía el gusanito de poner límites, de ser firme, ser inteligente, no dejarse de nadie, eso es amor, el dejarse de alguien es no tener amor ni a uno ni a los demás, el poner límites y decir hasta aquí eso es amor porque te quiero, eso es amor ... ahora ya descubrió que primero se tiene que dar amor a uno y después a los demás y que se tiene que tomar el tiempo necesario para decidir lo que quiere”.

Se brindó el alta terapéutica y se invitó a Aurora para asistir al servicio de terapia familiar en el momento que lo requiriera.

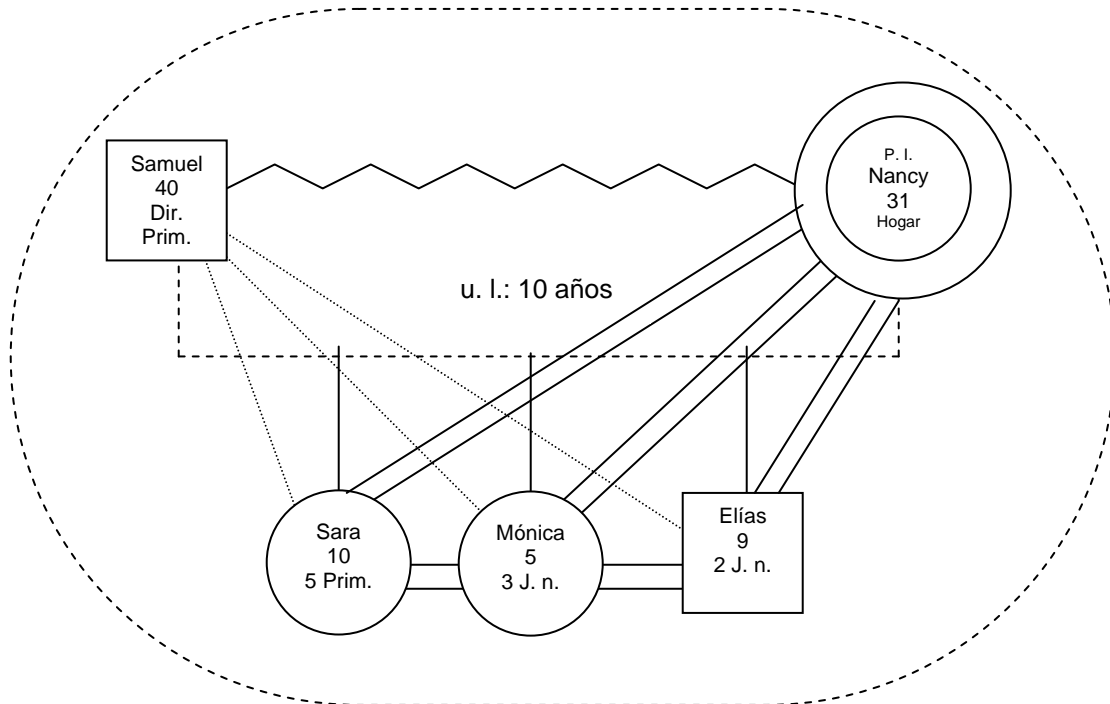
Conclusión: Aunque Aurora estaba desilusionada y lastimada, continuaba al pendiente, cuidando a toda la familia. En la mayoría de las sesiones hizo referencia de querer separarse de su esposo, sin embargo consideré que para la paciente existían varios motivos para no querer o no poder hacerlo, algunos de ellos eran el aspecto económico; el no querer hacer sufrir a sus hijas; el sentimiento de pertenencia de su casa, porque contribuyó económica y físicamente en la construcción de ella; y el amor a su esposo a pesar de la violencia física, los malos tratos y la infidelidad. Situaciones de tensión que en cierto momento la hicieron vulnerable al suicidio.

Algunas intervenciones en el tratamiento de la cliente, que también hubieran contribuído a su mejoría son al tratar aspectos sobre violencia familiar y desigualdad de género.

Pronóstico: Aurora quizá tuvo que tomar decisiones muy importantes en su vida, sin embargo al percibirse de una forma diferente en sus diversos roles (madre, esposa, mujer, trabajadora, madre). Al rescatarse de una postura devaluada, elevar su autoestima, reconocer sus lados fuertes y recursos, son aspectos importantes que podrían contribuir en la resolución de sus dificultades personales, familiares y de pareja.

FAMILIA 3

Familiograma



Escenario clínico: Clínica de Terapia Familiar.

Miembros de la familia: **Samuel** (40 años, padre, Director de una escuela, estudió la Normal), **Nancy** (31 años, madre, hogar, estudió el bachillerato y un diplomado). Los hijos del matrimonio: **Sara** (10 años, hija mayor, 5.º de primaria); **Mónica** (5 años, segunda hija, 3.º de preescolar) y **Elías** (4 años, hijo menor, 2.º de preescolar).

Motivo de consulta: Nancy comentó tener que resolver muchas cosas de ella misma, como no haber terminado el bachillerato, no tener un nivel de preparación para trabajar, no encontrarse a sí misma, tener cosas del pasado que repercuten con su hija ya que deseaba fuera excelente y lo que ella no ha sido. Y consideraba a su esposo machista.

Expuso tener “cosas del pasado” para perdonarse. Deseaba estudiar con o sin el apoyo de su esposo por sus hijos, por ella, por él, ya que su esposo seguía superándose y ella no, estaba dispuesta a apoyarlo con los gastos de sus hijos,

quería tener algo que la hiciera sentir bien. Expresa...“mi esposo se cierra y cuando le hablo parece que estoy hablando con la pared”.

Antecedentes del problema: Nancy contó que desde hace 13 años se dio cuenta de que algo le estaba fallando y lo dejaba. Creía emocionante asistir a sesión porque era importante hablar de sus cosas.

Antecedentes de tratamiento: Ninguno.

Hipótesis sistémica: Nancy se encontraba en un dilema entre el deseo de continuar sus estudios y conservar a su familia (esposo e hijos). Por lo que, por un lado Nancy durante sus 10 años de matrimonio había tenido varios intentos por retomar sus estudios en el magisterio, que por salud, cuidado hacia sus hijos y por sugerencia de su esposo pospuso su plan para estudiar. En ese momento Nancy deseaba llevarlo a cabo con el apoyo y comprensión de su esposo, aspectos que no le eran brindados: su esposo le dijo que se olvidara de sus hijos si retomaba sus estudios o si trabajaba. Nancy temía perder a sus hijos y matrimonio.

Por otro lado si Nancy decidía quedarse en casa significaba posponer una vez más sus planes personales, los cuales tuvo durante los 10 años de su matrimonio. Nancy no se perdonaba los años perdidos y no haber aprovechado las oportunidades para superarse. Al encontrarse en este dilema, entre retomar sus estudios y conservar su familia actual, Nancy decidió tomar terapia y ser orientada para tomar alguna decisión.

Ciclo vital familiar: De acuerdo a Minuchin y Fishman (1992), la familia se encontraba en la etapa de familia con hijos en edad escolar

Modelo terapéutico: Se empleó el Modelo Estructural apoyándose en técnicas del Equipo Reflexivo, Modelo de Terapia breve Centrado en las Soluciones y del Grupo de Millán.

Sesión 1 a 5

A lo largo de las 12 sesiones en las que consistió el proceso terapéutico se enfocó en el plan personal de Nancy (estudiar o trabajar), aspecto que mantenía a la paciente y su esposo en conflicto, sin embargo alrededor de éste se identificaron otros problemas como las creencias de género tradicionales (Burin, M. y Meler, I., 1999; Walters, M.; Carter, B.; Papp, P. y Silverstein, O., 1996), discriminación de la mujer, infidelidad de Samuel y dos intentos de suicidio de Nancy (medicamentos, inyectarse aire en las venas), ideas suicidas constantes y un secreto de su adolescencia.

Los aspectos que el equipo de supervisión acordó para tratar con Nancy fueron su plan personal, la desigualdad de género y la discriminación. El equipo se enfocó en elevar su autoestima, aspecto considerado como un factor de prevención del suicidio por Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) con las intervenciones realizadas, se logró que:

- Nancy reconociera el haber pospuesto sus planes por su intuición de mamá porque sabía que en ciertos momentos no podía cumplir su proyectos porque tenía que estar con la familia, haciendo un gran trabajo por la familia al realizar muchas actividades como tener su casa en orden, limpia, además estaba al pendiente de las necesidades de su esposo e hijos.
- Reflexionara acerca de la actitud de prohibición, control de su esposo. Descubrió el miedo que tenía su esposo porque ella tuviera un trabajo, ser autosuficiente económicamente e independiente para tomar decisiones. Nancy temía ser autosuficiente y enfrentar a su esposo, ya que podría haber una separación y perder a sus hijos. En el transcurso del proceso terapéutico vislumbró una posible separación aunque consideró difícil la situación, manifestó que lucharía por estar bien y no perder a sus hijos.
- Reconoció que sus planes personales podía realizarlos a corto, mediano o largo plazo, considerando que como mujer había distintas etapas en la vida para realizar actividades como estar con los hijos, con el esposo, planes personales, desempeño profesional. Con respecto a retomar sus estudios decidió como un plan a corto plazo quedarse con sus hijos pues estaban pequeños y requerían de sus cuidados y trabajar desde su casa realizando manualidades para venderlas. A mediano plazo tenía en mente poner un negocio para tener sus propios recursos económicos, los cuales a largo plazo emplearía en su preparación profesional.
- Nancy inició un proceso más autoreflexivo, identificó sus cualidades, su creatividad, sensibilidad hacía el arte.

Sesión 6 a 11

Nancy relató que a los 17 años fue a Acapulco su novio y dos amigos de éste. Alquilaron dos recámaras, en la estancia del hotel su novio le ofreció una bebida alcohólica, se sintió mareada, su novio la llevó a su recámara y él salió, entre sueños se percató que su novio y uno de sus amigos discutían en el pasillo fuera de su recámara. Al siguiente día de regreso, su novio le reprochó haberse involucrado con su amigo, Nancy no recuerda lo sucedió, tampoco comprendió el porqué del reproche de su novio, por lo que en aquel tiempo se puso muy mal. En el momento de hacer su relato refirió también sentirse muy mal y culpable por no haber dicho “¡no!” (no ir al viaje). Nancy continuó narrando, que al llegar de Acapulco su papá la recibió bien, su mamá llorando le reprocho lo que hizo, le dijo que ya no valía y qué iba a decir la gente. Nancy se empezó alejar de su casa, ingerir alcohol salir con amigas y tener varios novios (considerándose una persona promiscua).

Después del viaje a Acapulco se sentía muy mal, pensó que había defraudado a sus padres, por lo que en dos ocasiones intentó suicidarse. En la primera vez tomó pastillas, llegó a la Cruz Roja, le hicieron lavado intestinal. En el segundo intento se inyectó aire en las venas. A partir de ahí empezó a

tranquilizarse y pensar que habían sido dos intentos que no le funcionaron y estuvo más tiempo en su casa, sin salir.

En la etapa de noviazgo con su esposo le contó lo sucedido con su novio con quien fue a Acapulco en su adolescencia. Nancy estaba muy agradecida con Dios por haber conocido a su esposo porque la ubicó, la “aceptó” y por las cosas positivas que realizó al conocerlo como estudiar un diplomado, trabajó en la escuela donde Samuel era Director, y manifestó querer mucho a su esposo. Nancy refirió que durante los once años de matrimonio borró lo que le pasó (el viaje a Acapulco), pero pensaba que su esposo no era feliz porque desconfiaba de ella.

Unos días antes a la séptima sesión terapéutica habló con su esposo para expresarle sus necesidades, sus deseos, sus incomodidades, le pidió a Samuel le dijera los motivos para no permitirle estudiar o trabajar, Samuel le reveló que cuando regresó de su viaje Acapulco a los 17 años, su novio contó a varias persona de su colonia que la había drogado, que entraron él y su amigo a la habitación del hotel y abusaron sexualmente de ella (Samuel también se enteró).

De acuerdo a Imber-Black (1999) Samuel guardaba un *secreto de tipo nocivo*, éste aunado a la desigualdad de géneros creaba un ambiente conflictivo entre la pareja, maltrato y discriminación hacia Nancy. Al serle revelado el secreto a la paciente se encontró en una situación de alto riesgo y vulnerabilidad hacia el suicidio ya que en ese momento presentaba ideas suicidas.

El equipo de terapeutas formuló tres hipótesis respecto al supuesto abuso sexual, la primera consistió en considerar que la paciente sabía lo ocurrido y durante un largo tiempo bloqueó esa información, la segunda fue que no sabía con exactitud lo ocurrido, sin embargo lo presentía y la tercera hipótesis consideraba la inexistencia de un abuso, pero la incertidumbre la había atormentado durante mucho tiempo.

El equipo de terapeutas decidió intervenir mediante el modelo de *Equipo reflexivo* (Andersen, 1994), para brindarle nuevos significados para comprender los hechos tanto actuales como pasados, ya que su familia de origen, la familia de origen de su esposo y Samuel la consideraban una mala mujer en quien no se podía confiar. En cierta medida ella se consideraba merecedora de maltrato y desconfianza por parte de los demás ya que no actuó “correctamente” y estaba agradecida con su esposo por haberla “aceptado”.

Los puntos tratados mediante el equipo reflexivo se resumen en seguida:

- Nancy debía responsabilizarse de sus acciones, diferenciar lo que se hace con intencionalidad en donde si puede haber culpa y en donde no hay intención, así que no podía sentirse culpable pues no podía hacerse responsable de lo que han hecho o hagan los demás, como que su novio la haya drogado y abusado de ella, aunque su esposo le reveló el abuso sexual, ella no recordó lo sucedido por consiguiente no existía certeza de lo ocurrido.

- Cambiar su idea de promiscuidad porque una persona promiscua tiene varias parejas a la vez con la intención y en su caso quizá no fue así. El considerarse como promiscua quizá la llevaba a negarse a ella misma, evitar sentir placer, no sólo en el aspecto sexual sino en el disfrute de la vida.
- Era importante reconocer su valor y sus cualidades (madre, mujer, esposa, etc.) y no por lo que le hicieron, por lo que hizo o no hizo, por sus errores, sino por sus aciertos, su entusiasmo, su iniciativa y ha dado mucho a sus hijos y esposo.
- Considero que las distintas visiones del equipo de terapeutas ayudaron en la recuperación de la paciente, sin embargo la visión del terapeuta hombre favoreció mucho en la disminución de la culpa que atormentaba a Nancy. El comentario por el terapeuta fue el siguiente:

“Si hubiera sido el padre lo que hubiera hecho es ir a buscar a este tipo y no cansarme de golpearlo, golpear a eso dos tipos que se aprovecharon de ella. Si hubiera sido el novio que amaba a Nancy, no la hubiera culpado como la culpé, no la hubiera engañado como la engañé. Si hubiera sido su esposo no la hubiera engañado y no le estaría diciendo que se tiene que culpar cada día de su vida por algo que pasó en lo que ella no tuvo opción, no tuvo la capacidad de decidir en ese momento. Creo que Nancy es una sobreviviente de lo que le ha pasado, tan difícil y la ha hecho más fuerte y ya basta de que todo mundo la esté culpando”

La finalidad del Equipo Reflexivo fue romper con aquellas creencias que le habían sido transmitidas por su familia de origen y por su esposo, respecto a cómo deber ser una mujer, una esposa, una madre; ideas que la limitaban en su desarrollo humano. A través de las distintas voces de los terapeutas, se invitó a Nancy para reflexionar acerca de sus propios pensamientos, sus virtudes y recursos.

Para la prevención del suicidio se ofreció a Nancy el servicio del *teléfono de la esperanza*, en este caso consistió en indicarle que podía llamar a la terapeuta en el momento que fuera necesario tanto para recibir apoyo telefónico, como para concertar una cita de emergencia (Clemente y González, 1996), así mismo la terapeuta estuvo dispuesta a *actuar como cuerda salvavidas* como sugiere Fishman (1990).

En la sesión posterior Nancy expresó sentirse mucho mejor pues los comentarios de los terapeutas le ayudaron a reflexionar, también le fue útil platicar más con su esposo y su hermana. Decidió no intentar suicidarse pues sería una forma de no enfrentar los problemas, algo que afectaría a sus hijos. Mencionó que ya estaba saliendo de la tristeza, se sentía emocionada, recargada con deseos de cambiar y remodelar su casa.

Nancy hizo mención de una plática con su esposo en la cual se mostró decidida y firme, una persona a la que no se le puede dominar, estaba decidida a ingresar a estudiar una licenciatura en la Universidad Pedagógica Nacional o trabajar para obtener sus propios recursos económicos.

Sesión 12. Finalización de la terapia

Para la consolidación de los cambios (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), se plantearon dos preguntas a Nancy:

1. *“¿Si estuvieras delante de un grupo de mujeres con un problema similar al tuyo, qué consejos o qué les transmitirías de tu experiencia para resolverlo?”.*

Las sugerencias fueron:

- Acercarse a Dios.
- Aprender de los obstáculos en la vida.
- Quererse uno mismo.
- Asistir a terapia.
- Existe capacidad para hacer lo que uno quiere y para salir adelante.
- Fijarse metas.
- Ser mejor.

2. *“¿Qué tendría que suceder para que Nancy sea la misma de antes, cuando llegó a terapia?”.*

Pensó que los aspectos que contribuirían serían:

- Estar limitada económicamente,
- El recordar lo que vivió en el pasado (la experiencia de su adolescencia en Acapulco)
- Sentirse culpable

Para la finalización de la terapia se realizó un *ritual* denominado “El brindis por Nancy”, en el que cada terapeuta incluyendo la paciente brindamos por:

- Su buen estado de ánimo, su arreglo personal, mujer muy guapa, tranquila, contenta, valiente, segura y alegre.
- Sus logros, de la fortaleza para hablar del pasado que no le permitía sentir, si vivir pero no sentir.
- El reencuentro de Nancy con ella misma porque retomó su camino.

- Plantearse metas, tener claro cómo llevarlas a cabo, con esfuerzo y decisión pues ya estaba pensando qué vender, tener su propia economía, estudiar una carrera, trabajar, ser ama de casa.
- Vislumbrar que la relación con su esposo en cualquier momento terminaría aunque refirió amarlo y contemplaba que la separación sería dolorosa, consideraba que Samuel ya no era indispensable para su vida.

Finalmente Nancy expuso lo siguiente:

“es un hecho que ya no soy la Nancy que llegó, yo me culpaba y hasta cierto grado me regañaba mucho... yo no abrazaba a Nancy... siento que en determinado momento viví con esa culpa y no quería a Nancy...romper con esas cadenas, tengo que salir adelante, gracias que nos encontramos, me ayudaron mucho... la culpa el mal que yo viví... me ayudaron mucho... en mi corazón están como no tienen idea, siempre los voy a guardar en un lugar en mi corazón y les agradezco y espero que no sea la última vez que nos veamos...(llanto)”.

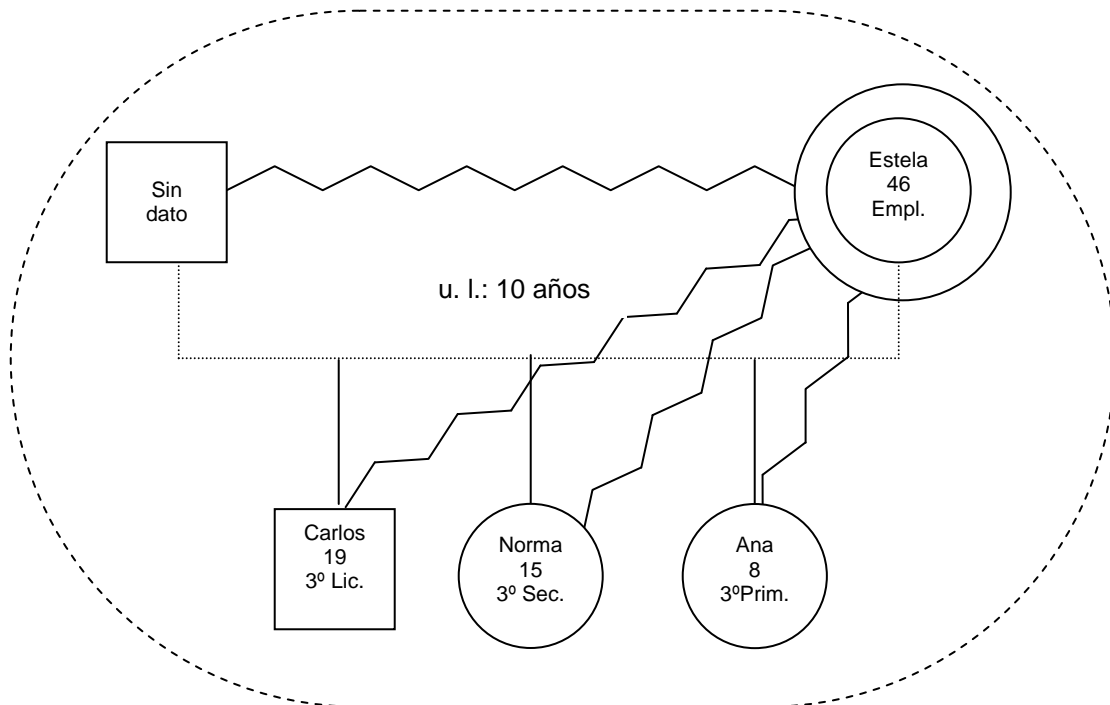
Conclusiones: El caso presentó aspectos de desigualdad de género, violencia familiar, creencias de lo que debe ser una mujer, enlazados con una vivencia de la adolescencia. La paciente tuvo la creencia de haber defraudado a sus padres y esposo, lo que la llevó a tener dos intentos de suicidio así como retomar las ideas suicidas, pero logró desculpabilizarse, tener el deseo de vivir y llevar a cabo su planes personales.

Otra intervención que hubieran sido importantes a implementar para la recuperación y cuidados de la paciente, son las que establece la National Alliance on Mental Illness (NAMI) en su artículo *Cuidándose después de un intento de suicidio* (2005), las que se refieren a *crear un plan de seguridad* para ayudarle a reducir el riesgo de un futuro intento de suicidio y *construir un sistema de apoyo* con su hermana. La prescripción hubiera sido: “en el momento que tengas pensamientos y sentimientos negativos o algún malestar tendrás que telefonar a tu hermana y pedirle te visite para contarle lo que estás viviendo en ese momento y solicitarle un consejo”. Dado que Nancy se sentía comprendida, escuchada y guiada por su hermana (quien le sugirió tomar terapia), ésta era su mejor aliada por la estrecha y afectuosa relación que existía entre ambas.

Pronóstico: Considero que será difícil para Nancy llevar a cabo sus planes de estudiar o trabajar a corto plazo debido a la actitud poco colaboradora de Samuel hacia ella por lo que de manera cautelosa logrará sus metas a largo plazo porque es una mujer muy competente y activa. Quizá en algún momento al no sentirse apoyada recurra a las ideas suicidas y la desesperación, a pesar de ello pienso que ella recurrirá a otros profesionales, familiares y/o amistades para solicitar apoyo.

FAMILIA 4

Familiograma



Escenario clínico:  cchazc.unam.mx CCH Azcapotzalco

Miembros de la familia: No fueron proporcionados los datos del esposo **Estela** (46 años, madre, empleada). Los hijos del matrimonio: **Carlos** (19 años, hijo mayor, 3º. Semestre de licenciatura); **Norma** (15 años, segunda hija, 3º. de secundaria) y **Ana** (8 años, hija menor, 2º. de primaria).

Motivo de consulta: La sra. Estela acudió al servicio de Terapia Familiar referida por la psicopedagoga del colegio con quien ha tenido dos o tres pláticas, solicitó ayuda, sentía que nadie la entendía, tenía “problemas grandes” con su esposo, no se entendían, se molestaban, su esposo no le dirigía la palabra, no le hacía caso, le decía chismosa, le recalaba que no sabía hablar ni expresarse. Eso la llevo a tener “depresiones grandes”, sentir angustia, desesperación, tristeza, no comprendida, pensó que el vivir no tenía sentido, pensó en no seguir viviendo.

Antecedentes del problema: Los problemas con su esposo iniciaron antes de que él se fuera de la casa (hace 15 años), en la hasta la fecha del tratamiento,

vivía Estela con sus hijos. En aquel tiempo le confesó que andaba con otra persona. A pesar de ello, su esposo llegaba y se quedaba algunos días con la familia pues la casa donde vive Estela con sus hijos está a nombre de su esposo.

Antecedentes de tratamiento: Ninguno.

Observaciones: Estela llegó a la Clínica de Terapia Familiar para solicitar el servicio, la entrevisté en ese momento y le programé su cita.

Mientras realizaba el familiograma Estela no quiso proporcionar los datos de su esposo argumentando que eran datos personales, también expuso temor que su esposo enviara a alguna persona para preguntar acerca de ella. Se expone la forma de trabajo en equipo, se habló de la confidencialidad, seriedad y profesionalidad del trabajo terapéutico. Mientras se le comentaba que se filmarían las sesiones, se preocupó y preguntó si iba a salir en la película por lo que se le explicó el trabajo de análisis del caso como finalidad de la grabación, la observé asombrada y con preocupación, aunque no estuvo convencida acepto la videograbación de las sesiones.

Hipótesis sistémica: Estela posiblemente mantiene una situación de tensión, desesperación y “no aguantar”, dado que quizá ella está imaginando que si sobrelleva a su esposo logrará conservar su casa y una pensión alimenticia, a pesar de que su esposo está dispuesto a dejarle su casa sin que le “toque su cheque”, ella se ha asesorado legalmente en donde le pintan un panorama muy negro lo que la mantiene en una situación de no saber qué hacer e incluso ha recurrido a las ideas suicidas.

Ciclo vital familiar: De acuerdo a Minuchin y Fishman (1992) La familia se encontraba en la etapa de familia con hijos en edad escolar, adolescentes y adultos.

Modelo terapéutico: Se empleo la Terapia Breve Centrada en las Soluciones y algunas técnicas del modelo Estructural y del Modelo Centrado en los Problemas.

Sesión 1

Se explica el trabajo en equipo, se pide firme la hoja de autorización para grabar en audio y video. Estela duda y pregunta si nadie se va a enterar de su caso, se comenta la confidencialidad y del trabajo de análisis objetivo de la filmación, se le invita a la cámara de Gesell para conocer al resto de los terapeutas.

En esta sesión expresó querer comprensión y recibir consejos. Comentó ser gritona y recibir críticas de sus acciones por el esposo, los hijos, las hermanas, los vecinos. Gritaba a sus hijos por exigirles orden en su casa. Se desespera si las cosas no resultan como desea.

Respecto a la situación con su esposo comentó que el amor se terminó hacía tres años, ya no le interesaba “el señor”, si él la ignoraba, ella también y ya no se esmeraba en prepararle sus alimentos ni tenerle limpia ni ordenada su ropa ya que durante muchos años no se entendieron y se sentía muy sensible y triste cuando su esposo se enojaba con ella, por lo que llegó a pensar en dejar de vivir.

Estela se cansó de esa situación y ya no espera nada de su relación con él, deseaba sentirse mejor y no afectar a sus hijos, llegar a un acuerdo con su esposo para que le dejara su casa.

Estela inició el trámite de divorcio y su esposo la condicionó al estar de acuerdo en otorgarle el divorcio y cederle la casa siempre y cuando no tocara su cheque.

Se *normalizó* (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993) su actitud de ser intolerante, irritable, gritar al hablar de la menopausia (se apena por la filmación al hablar del tema) como posible explicación de tener ciertos estados de ánimo como parte del proceso de la menopausia (ríe)

Finalmente se le dijo que los abogados le habían pintado un panorama muy negro y limitado se cree que deben haber otras alternativas, se deja como *tarea* buscar una UAVIF o similar para apoyo legal.

Sesión 2. Finalización de la terapia

El equipo de supervisión decidió finalizar la terapia y brindar un mensaje final después de algunos comentarios y su actitud de desconfianza. Estela mencionó lo siguiente:

No avisó ni pidió permiso a sus jefes para asistir a terapia “...si voy a pedir permiso es por algo no nada más porque si...”. Preguntó “...¿esto (terapia) realmente es necesario?...”. “...¿en qué le va ayudar la terapia?...”.

Refirió que la sesión anterior no le ayudó en nada, sintió que sólo se le hicieron preguntas no vio absolutamente ningún consejo, no vio ningún cambio. Comentó sentirse muy incomoda, muy nerviosa, el hecho de saber que la estaban viendo escuchando, sintió el deseo de salir corriendo y lo mismo sintió la sesión anterior.

No estuvo dispuesta a continuar trabajando en la sesión.

Se rescata el *objetivo de la terapia* que se planteó en la primera sesión. En ese momento, Estela refiere el deseo de cambiar su forma de ser, su actitud, su rebeldía, y menciona que le cuesta demasiado aceptar las cosas que otros le dicen. Se le comenta que el equipo ha sido testigo de esa rebeldía, “ese no aceptar”, ya que llegó a la sesión 15 minutos antes y cuando se le pidió que esperara se observó molesta.

También se le dice, que vive una vida muy acelerada y quizás por ese ritmo tan acelerado en el que se encuentra todo el día no alcanza a distinguir o no alcanza a ver con claridad qué quiere.

Para finalizar la terapia se expone a Estela que había vivido muchos problemas y había tenido el valor, capacidad y sabiduría para resolverlos “toda una vida”, tiene la fortaleza para enfrentar los problemas (*Recursos y lados*

fuertes) y si ella asistió a Terapia fue porque una persona quería rescatarla (Psicopedagoga), la ha escuchado, la ha visto y la apreciaba, le preocupaba su situación, pero ella ha demostrado que siempre ha enfrentado los problemas y se comprendió el sentirse incómoda con el equipo y su estilo de trabajo porque posiblemente no era el tiempo ni el momento para estar en terapia, el equipo entendió que ella no estaba

de acuerdo con el estilo de trabajo del equipo y filmación, se le invitó acercarse al servicio de terapia familiar en el momento que ella lo considere oportuno.

Conclusiones: En la postsesión en el equipo hubieron diferentes puntos de vista uno de ellos es que la paciente fue canalizada por la psicopedagoga, el servicio no fue solicitado por ella, lo cual la ayuda y el estilo de trabajo en equipo la incomodó; otro es que quizás no se escuchó su petición de que quería un consejo y tal vez no se le dio, ya que ella solicitaba soluciones rápidas y prácticas; también se observó en ella un dilema de cambio y no cambio.

Pronóstico: Estela cuenta con varios recursos para afrontar sus problemas, como fortaleza, decisión, sinceridad, honestidad, motivación, por lo que considero que en su desesperación por solucionar sus problemas encontrará la vía necesaria y adecuada para lograrlo, sólo que en la desesperación quizá no encuentre las soluciones eficaces y haya un desgaste emocional.

2. Habilidades de investigación

2.1 Reporte de investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.

El Programa de Maestría en Terapia Familiar Sistémica tiene como uno de sus objetivos, la formación de profesionistas capaces de desarrollar habilidades de investigación científica sobre problemas o necesidades de los usuarios del servicio de Terapia familiar, para adquirir esas habilidades se diseñaron dos investigaciones empleando metodología cuantitativa y cualitativa.

El proyecto de la investigación cuantitativa se presentó en el primer semestre del Programa, al finalizar el segundo semestre se entregaron los resultados tanto de la investigación cuantitativa como de la cualitativa. Ambas fueron realizadas por un equipo de dos estudiantes mujeres en formación.

Enseguida se promociona un resumen de ambas investigaciones.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

“Los efectos de la Reestructuración Comunicativa (RC) en diversos problemas psicológicos de la pareja*”

La Terapia Familiar Sistémica es una disciplina que cada día se convierte en algo indispensable de incluir en el repertorio de todo aquel profesionista

dedicado a tratar de ayudar a personas que se ven afectadas por problemas de carácter psicológico, problemas que se pueden reflejar en el terreno de las interacciones consigo mismo o con el medio físico (subsistema individual), con otra persona (subsistema de pareja o conyugal) y /o con los demás (sistema familiar, de amistad, de trabajo, etc.). La razón de lo señalado anteriormente es que los diversos modelos que se han desarrollado a partir de la Teoría General de los Sistemas han logrado demostrar su eficacia en cuanto a aumentar el número de problemas que pueden ser abordados rápida y eficazmente (Tatem y del Campo 1995; Raymond, 1993; Fishman, 1990). Cada uno de estos modelos ha logrado desarrollar muchas técnicas de intervención tanto a nivel de evaluación como a nivel terapéutico, algunas inciden en el subsistema individual principalmente, otras en el subsistema de pareja y otras en el subsistema familiar.

En esta investigación se empleó la técnica de RC diseñada por Montalvo (2003), la cual toma en cuenta cuatro modelos teóricos: El Estructural de Salvador Minuchin, el de Terapia Breve Centrada en los Problemas del MRI, la Terapia Breve Centrada en las Soluciones de Steve de Shazer, y el de la Terapia Ericksoniana que surge de los trabajos de Milton H. Erickson. Rosen (1991) resalta capacidad del Dr. Erickson para narrar anécdotas, cuentos, historias, etc. a sus pacientes que se adecuaban a cada caso logrando cambios en ellos de una manera indirecta. Otro aspecto que se retomó del enfoque Ericksoniano es la clasificación que se hace en la programación neurolingüística de los sistemas representacionales predominantes en las personas: el sistema visual, el auditivo y el cenestésico.

Como señalan Gurman y Fraenkel (2002) la Terapia Sistémica de Pareja o marital, independientemente en qué modelo esté basada no suele probar empíricamente las técnicas de intervención empleadas en sus prácticas, de tal manera que los profesionales estamos obligados a proporcionar evidencias empíricas de la eficacia las mismas.

La investigación buscó brindar un mejor y rápido servicio a las parejas demandantes de servicio terapéutico y evaluar los efectos de una nueva técnica de intervención (RC) en la disfuncionalidad familiar, el bienestar psicológico individual y de pareja.

La técnica de RC consiste en tres puntos: Explicar la concepción de la realidad., explicar cómo se construye la realidad y proponer tres reglas para mejorar la comunicación en la pareja.

Las hipótesis de esta investigación fueron varias:

- En el grupo experimental habrá diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico de la pareja, en las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico individual y en el grado de disfuncionalidad familiar en la preprueba y la postprueba.
- En el grupo experimental el motivo de consulta se modificará positivamente o desaparecerá después de la aplicación de la técnica.

- En el grupo control no habrá diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico de la pareja, en las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico individual y en el grado de la disfuncionalidad familiar en la preprueba y la postprueba.
- En el grupo control el motivo de consulta será el mismo en la preprueba y postprueba.
- Habrá diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico de pareja, en las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico individual y el grado de disfuncionalidad familiar entre el grupo experimental y el grupo control en la postprueba.
- En el grupo experimental habrá más cambios positivos en el motivo de consulta o desaparecerá en comparación al grupo control en la postprueba.

El Método consistió en una muestra no probabilística de 20 parejas que solicitaron servicio de terapia en el área de Psicología Clínica de la CUSI en la FES Iztacala. 10 parejas conformaron el grupo experimental y 10 el grupo control. La aplicación de la Técnica de RC se realizó en los Cubículos del área de Psicología, se emplearon cuadernos, plumas, lápices, pizarrón, marcadores.

Las variables dependientes fueron el bienestar psicológico de pareja, el bienestar psicológico individual, la disfuncionalidad en la estructura familiar y el motivo de consulta y la variable independiente fue la técnica de Reestructuración Comunicativa.

Entre los instrumentos empleados estaba una: entrevista semiestructurada para registrar datos demográficos, identificar la estructura familiar y su disfuncionalidad. La Escala de Bienestar Psicológico individual y la Escala de Bienestar Psicológico de pareja. El Bienestar Psicológico es una autoreferencia del estado psicológico subjetivo en el que se encuentra la persona en un momento dado.

Se tomaron en cuenta otros indicadores tales como el número de integrantes de la familia, número de sesiones, edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico, etapa del ciclo vital.

El diseño empleado fue mixto, el cual consiste en un experimento clásico o de dos grupos (control y experimental), preprueba y postprueba. (Clark-Carter, 2002).

El procedimiento estuvo conformado por tres condiciones: La preprueba, el tratamiento y la postprueba. En la preprueba tanto a las parejas del grupo experimental como a las del grupo control se les aplicaron las Escalas de Bienestar Psicológico Individual y de Pareja; dicha aplicación se llevó a cabo en una sesión con un máximo de 2 hrs. A las parejas del grupo experimental se les citó nuevamente, dentro de los dos siguientes días para la aplicación de la técnica.

En el tratamiento se aplicó la técnica RC en una sesión con un máximo de 2 hrs., en donde las investigadoras dimos a conocer los temas que abajo se detallan con materiales didácticos, en cualquier momento de la explicación se despejaron las dudas que las parejas manifestaron.

Los temas consistieron en:

- **Explicación de la concepción de la realidad.** La realidad es independiente del observador (todas aquellas aproximaciones teóricas relacionadas con el positivismo) y la realidad depende del observador (postura constructivista).
- **Explicación de cómo se construye la realidad.** Sistemas Perceptuales Predominantes.
- **Proponer algunas reglas a seguir para mejorar su comunicación.** A) No usar argumentos del pasado al tratar de resolver algún problema, b) tratar de comunicarse no estando alterados emocionalmente y, c) no utilizar argumentos basados en la familia del otro compañero de la pareja.

La postprueba se aplicó 15 días después de la preprueba se sometió a las mismas condiciones por las que pasaron los grupos control y experimental en la fase de preprueba.

El análisis estadístico incluyó un análisis descriptivo de las variables que se midieron en el grupo experimental y en el grupo control, un análisis inferencial haciendo una comparación entre el grupo control y experimental y para finalizar una comparación intragrupos:

Se encontró que la técnica RC favoreció el cambio en la estructura familiar; promoviendo el establecimiento de nuevos patrones de conducta que mantienen una estructura funcional. Por lo regular las mujeres fueron las que solicitaban atención psicológica, quienes reportaron sentirse inestables en su relación conyugal, lo cual a su vez consideraban que afectaba la relación con sus hijos, cuando los había.

Con base en las medias de los puntajes obtenidos a las Escalas de Bienestar Psicológico Individual y de Pareja se observó un incremento tanto en hombres como en mujeres, hubieron diferencias significativas en los puntajes reportados por la mujeres antes y después de la aplicación de la técnica RC, tanto a la Escala de Bienestar Psicológico Individual como de Pareja y en los hombres sólo hubo diferencia significativa en el bienestar psicológico individual. Incluso en la comparación entre los grupos experimental y control sólo se observan diferencias significativas en los puntajes correspondientes a las mujeres, no así en el caso de los hombres.

La información obtenida indicó que la técnica de RC fue más efectiva en las mujeres. Sin embargo no se puede afirmar que no haya habido efectos sobre los hombres, ya que se observó un pequeño incremento en los puntajes reportados por los hombres tras la aplicación de la técnica RC. Se observaron cambios en la estructura familiar como: de límites difusos a límites claros en el

sistema conyugal, compartir la jerarquía, límites claros al exterior, la búsqueda de una alianza parental, etc.

También se identificaron cambios a la queja principal o motivo de consulta, ya que de las 10 parejas del grupo experimental, 8 reportaron una modificación positiva y en 2 casos desapareció la queja tras la aplicación de la técnica RC.

Por modificación positiva se consideraron aquellos casos en los cuáles después de la técnica RC los usuarios reportaban que si bien la queja o el problema principal no se podía considerar como resuelto, si había una mejoría en cuanto a que había disposición para discutir el problema (en los mejores términos) y buscar una solución, así como hacer lo necesario para conseguir la resolución del problema. Es decir, aunque parte de los problemas seguían presentes, las parejas trataban de buscar una solución de común acuerdo y de llevar a cabo las acciones necesarias para ello.

Por desaparición de la queja se consideró cuando los usuarios reportaban que después de la aplicación de la técnica RC la queja que los había llevado a solicitar el servicio había sido resuelta en su totalidad. En estos casos lo que se trabajó fue en lo que podrían hacer ellos para mantener esa solución.

En cuanto a la estructura familiar que se encontró con mayor frecuencia antes de la aplicación de la técnica RC fue: el tipo de límites que predominó entre los subsistemas fue el de difusos. Estos hallazgos se podrían atribuir a una comunicación inadecuada en la pareja, esto es, al no poner límites o ser difusas las reglas y decisiones tomadas entre la pareja, así como de las reglas que atañen a los hijos, lo cual genera un desconcierto en ellos y posibilita conductas disfuncionales tales como, problemas escolares, de conducta, conflictos entre hermanos etc.. Con respecto a los límites difusos al exterior se pudo observar que al aplicar la técnica RC solo una de las familias logró independizarse en la solución de los problemas o el establecimiento de reglas.

La etapa del ciclo vital de la familia en la que se observó un nivel más alto de disfuncionalidad fue la de matrimonio con hijos adolescentes, aunque las diferencias con las otras dos etapas en las que hay hijos presentes no fueron estadísticamente significativas, tal vez se debe a lo pequeño de la muestra o en todo caso sería una línea a investigar en el futuro.

Cabe señalar que la técnica RC se propone como la base para una intervención posterior y no como la solución a todas las disfunciones de la estructura familiar y de la pareja de manera que sirva para crear y fortalecer un ambiente propicio donde la pareja pueda discutir y buscar soluciones a sus problemas.

Es preciso decir, que a partir de los resultados obtenidos en el presente trabajo, consideramos conveniente señalar algunas consideraciones de importancia.

Aún cuando en esta investigación se trabajó con familias que pertenecen a cuatro ciclos vitales distintos, las problemáticas encontradas en términos estructurales fueron muy similares, es decir, se observaron conflictos, límites difusos en los diferentes subsistemas, jerarquías inadecuadas, periféricos, centralidad negativa, sobreinvolucramiento, coaliciones y triangulaciones, es decir un mayor número de elementos estructurales problemáticos, fue la de matrimonio con hijos adolescentes. Cabe señalar que las diferencias en cuanto a elementos

problemáticos con las otras etapas donde hay hijos (ya sean pequeños o en edad escolar) no fueron muy grandes, aunque hay que considerar el tamaño de la muestra, y que si esta hubiera sido más grande quizás estas diferencias fueran más notorias.

Un factor que favorecería la detección inicial de las coaliciones y las triangulaciones, sería que acudiera la mayor parte de los integrantes de la familia y se observaran sus interacciones durante un período más largo.

Con respecto al proceso, un aspecto que probablemente lo favoreció fue el establecimiento de la sintonía entre el terapeuta y el usuario, ya que al identificar su sistema perceptual predominante, permitió una comunicación fluida, reflejando la postura, los gestos y el contacto visual.

Haciendo referencia a los cambios suscitados a partir de la técnica RC se pudo observar que en algunos casos, si bien los límites no cambiaron a claros totalmente, el usuario (madre o padre) inició algún tipo de acercamiento con el otro padre o algún otro miembro de la familia clarificando parcialmente los límites.

En cuanto a los cambios que hubo en la jerarquía, se observó que se buscó una alianza parental en algunos de los casos, con lo cual la jerarquía sería compartida. De la coalición que se había detectado, esta no se modificó. En lo referente a una triangulación, desapareció. Los conflictos en la mayoría de los casos desaparecieron al menos uno de ellos.

En todas las familias la queja con la cual llegaron a solicitar el servicio, se modificó positivamente o desapareció, esto se refiere a que los usuarios cambiaron su actitud ante la problemática planteada, mostrándose optimistas y con alternativas a futuro.

Por otro lado, la técnica RC puede servir como una alternativa de prevención, debido a que al identificar las disfunciones en la estructura familiar, por un lado los integrantes pueden darse cuenta del papel que juega cada uno en la familia y mejorar su relación, y por otro, puede usar o crear técnicas que favorezcan la dinámica familiar funcional.

Por último, algunas de las limitaciones que tuvo esta investigación fueron el número reducido de casos, así como el incluir problemáticas en otras etapas del ciclo vital de manera que se pudiera discutir o tomar en cuenta de forma más amplia esta variable en el análisis de los resultados.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

“Significado e importancia que para una mujer de 34 años tiene la Técnica de Reestructuración Comunicativa (RC) para afrontar problemas”

Los conflictos y problemas en la pareja se pueden derivar de la construcción de la realidad que cada cónyuge posea, así como de la comunicación y se ven reflejados en la estructura familiar al hacerla disfuncional (Montalvo, ob. cit.) después de la aplicación de la técnica de Reestructuración Comunicativa (RC) en la investigación cuantitativa, fue importante conocer el significado e importancia que tuvieron para una entrevistada, el conocer y contar con la técnica de RC para afrontar problemas en sus diversos ámbitos de interacción social (pareja, hijos, familia extensa, amistades y ámbito laboral). Por tal motivo se llevó a cabo una

investigación con metodología cualitativa mediante un estudio de caso (Walter, 1983 en Vázquez y Angulo, 2003).

Se seleccionó a una de las participantes que formó parte de las 10 parejas del grupo experimental de la investigación cuantitativa anterior, la decisión para su elección se basó en la mejoría que se observó en las Escalas de Bienestar Psicológico Individual y de Pareja, disminución del número de elementos estructurales disfuncionales a nivel familiar y que el motivo de consulta o queja fue modificado. La mejoría que obtuvo la pareja y la participante motivó el interés por conocer la (s) idea (s) respecto a la técnica RC aplicada.

Un motivo más que se tuvo para elegir a la participante fue que cuando se aplicó a ella y a su pareja la técnica de RC, la entrevistada tenía la sospecha de embarazo. Esto fue de gran interés, ya que era un evento especial que podía estar influido por el conocimiento de la técnica RC.

Se empleó un diseño proyectado, estructurado o atado (Valles, 2000), ya que una vez que se concluyó la investigación cuantitativa previa, se planeó el proceso de la investigación cualitativa, esto es, se determinó realizar un estudio de caso a partir de esta decisión se organizaron y determinaron los pasos del proceso de esta investigación.

Una vez seleccionado el caso si hizo contacto telefónico para invitar a la paciente a participar en la investigación, ella aceptó mostrando cooperación, interés y disposición. Se acordó la cita, el número de sesiones para la entrevista (2 sesiones, dos fines de semana consecutivos, con duración de 1 hora con 30 minutos cada sesión) y la autorización para audiograbar las sesiones. El lugar donde se llevó a cabo la entrevista fue en el domicilio de la entrevistada

Se aplicó una entrevista en profundidad, de acuerdo a Alonso (1994 en Valles, *Op. cit.*) para realizar la entrevista se prepara un guión (esquema de preguntas con los puntos a tratar) con temas y subtemas a cubrir de acuerdo a los objetivos de la investigación. La entrevista en profundidad se conformó de dos temas y cinco subtemas.

Los temas:

- Afrontar nuevos problemas o ya existentes con el uso de la técnica de RC.
- Afrontar su embarazo inesperado con el uso de la técnica de RC.

Los subtemas fueron:

- ★ Significado e importancia de afrontar problemas con la pareja.
- ★ Significado e importancia de afrontar problemas con los hijos.
- ★ Significado e importancia de afrontar problemas con la familia extensa y amistades.
- ★ Significado e importancia afrontar problemas en el ámbito laboral.

- ★ Significado e importancia de afrontar su embarazo inesperado en sus diversos ámbitos de interacción social.

La información generada de la entrevista fue audiograbada y transcrita en el programa informático Microsoft Word. Para el análisis cualitativo de datos textuales se utilizó el programa informático Atlas/ti versión 4.1 para Windows 95. La utilización del Atlas/ti facilitó el trabajo de codificación, puesto que ofrece diferentes utilidades para la segmentación del texto y la creación de códigos por un lado y para la agrupación de los conceptos en categorías. (Garay, A.; Iñiguez, L.; Martínez, M.; Muñoz, J.; Pallares, S. y Vázquez, F., 2002).

En la investigación se consideraron siete categorías: Técnica de Reestructuración Comunicativa, afrontar problemas con pareja, afrontar problemas con hijos, afrontar problemas con familia extensa, afrontar problemas en el trabajo y compañeros, afrontar embarazo y expectativas de nuevo hijo.

Los resultados obtenidos, que a continuación se presentan, son ejemplificados con fragmentos textuales de la entrevista.

En cuanto al significado e importancia de contar con la técnica de RC para afrontar problemas nuevos o existentes en diferentes ámbitos sociales (pareja, hijos. ámbito laboral, familia extensa) se encontró que a la entrevistada:

Le permitió darse cuenta de que podía tener su propia forma de actuar distinta a la de su esposo y familia extensa: *"...los tolero más(familia extensa), ya no le hago tanto caso a lo que me dicen... un comentario, bueno o malo era más importante y ahora ya no..."*. Rescató muchos aspectos de ella como la **decisión**: *"quiero tomar mis decisiones con mi familia, con mis hijos, con mi pareja, no dejarme en lo que ellos (familia extensa) digan ahora ya soy yo, ya puedo decir lo que pienso y siento y si algo no me parece lo digo"*, con lo cual refirió sentirse bien. La importancia fue que le permitió sobrellevar los problemas y tener la decisión para hablar de ellos sin temor a lo que las demás personas opinarán: *"igual y si me hacen un comentario pues sobrellevarlo, te digo en este tiempo con dos que tres lo he llevado a cabo y me ha funcionado"*.

Con su pareja significó una forma de salvación porque aplicarla y salir bien de los problemas o situaciones que tenía que enfrentar con su esposo: *"si quiero que mi vida de matrimonio corra es el momento, entonces yo lo agarre (la Técnica) como un trampolín a mi salvación"*. También significó darse cuenta que podía hablar los problemas con su esposo de forma tranquila y clamada. Fue importante porque le permitía sobrellevar los problemas, reflexionar sobre su forma de reaccionar para evitar o afrontar los problemas: *"... me ayuda a sobrellevarlo... Antes tenía miedo a decir lo que pensaba lo que sentía y ahora ya no tengo miedo a decir lo que pienso y lo que siento"*.

Con los hijos significó que pudo reflexionar sobre cómo tomar los problemas con ellos y asumir una posición de tranquilidad y calma para hablar con ellos porque de no hacerlo así, sabía que los problemas se agrandarían como solía suceder: *"trato de tranquilizarme y tomarlo por ese lado, ya después hablo con ellos"*. Para la entrevistada la técnica también significó darse cuenta que no

debía dar la razón a alguno de sus hijos porque provocaba problemas entre sus ellos.

En la familia extensa significó darse cuenta de que para afrontar los problemas tuvo que pensar y reflexionar antes de decir algo y optó por estar tranquila. Se dio cuenta que los comentarios que hacen los miembros de su familia extensa lo hacen para provocarla y hacerla enojar: *"me ha ayudado mucho a afrontarlos a no confrontarlos... porque antes los afrontaba pero de malas con pleito con enojos, con gritos, no con malas palabras pero si con cosas que molestaran, yo contribuía a la mejor y ahora no me pongo en esa forma"*. Y la importancia de la técnica para ella se basó en enfrentar a algunos parientes diciendo lo que pensaba, sintió e hizo peticiones específicas como se puede leer en el siguiente párrafo: *"si sabes algo dímelo en mi cara directamente no me estés usando medias palabra y lo malo es que estamos todas (cuñadas) enfrente de mi suegra enfrente de mi suegro..."*.

En el ámbito laboral y con los compañeros de trabajo, la entrevistada relató no tener problemas, sin embargo comentó que si en algún momento tuviera problemas, ella usaría la técnica de RC para afrontarlos: *"si yo supiera que tengo algún problema a la mejor lo pongo a prueba..."*.

Para afrontar su embarazo inesperado, en sus diferentes ámbitos sociales (pareja, hijos, ámbito laboral, familia extensa), el significado e importancia de contar con la técnica RC para la entrevistada fueron:

Tuvo el valor para decirle a su esposo que estaba embarazada, enfrentarlo sin temor ante lo que opinara, ya que con la información de la técnica comprendió que ambos tenían formas diferentes de ver las situaciones: *"porque cuando yo se lo dije a mi esposo fue en el momento en que lo estábamos llevando a cabo (la técnica)... le dije a él ¿sabes? que tengo esta sospecha"*. La importancia se basó en que la entrevistada identificó el momento adecuado para decirle a su esposo acerca de su embarazo: *"dije este el momento ahorita porque yo veo que está tranquilo..."*.

Para afrontar el embarazo con sus hijos la entrevistada les comunicó a sus tres hijos, con sus dos hijos mayores no tuvo problema, ambos estaban contentos de tener un nuevo hermanito, con su hija la menor tuvo que poner en práctica la técnica y eso significó para ella que se controló ante la reacción negativa y los comentarios de su hija de no querer un nuevo hermano y comprendió lo que sintió al comunicárselo y no se molestó: *"cuando se lo dije use la técnica de decir no te molestes, compréndela, no te debes enojar, comprende que está celosa, sobrellevarla, ya no te pongas furiosa"*.

En el caso de afrontar la entrevistada su embarazo con la familia extensa la entrevistada refirió aún no haberlo comentado porque analizó que sus parientes comentarían que el hijo que esperaba no era de su esposo y surgirían muchos problemas: *"pero ya te dije aquí los que importamos somos tu y yo y nuestros hijos, lo que comenten no nos debe importar porque no quiero que nos arruinen y como lo voy a afrontar yo no haciéndoles caso y como me vas a ayudar tú no tomándoles importancia"*. Lo que representó para ella conocer la técnica de RC fue que tenía a la mano una herramienta que le podía ayudar a enfrentar a sus familiares ignorando sus comentarios, evitar molestar y no reaccionar a sus provocaciones. La importancia para ella de contar con la

técnica era que tenía el valor de tomar medidas necesarias para afrontar su embarazo ante sus parientes.

En el ámbito laboral, la entrevistada refirió haber tenido la confianza para compartir la noticia con varias compañeras, para afrontarlo con uno de sus compañeros, ya que pudo acercarse a él para decirle que estaba embarazada sin el temor a ser criticada.

Para finalizar se considera que para la entrevistada, la técnica de RC representó el contar con una herramienta para afrontar diversas problemática y situaciones dentro de sus diversos ámbitos de relación social, se percató que para afrontar problemas reaccionó tranquila y calmada como se sugirió con la regla b del paso tres para mejorar la comunicación de la técnica RC.

Pensó y analizó las situaciones con riesgo de resultar en una dificultad (comunicarse estando emocionalmente alterados), contó con la capacidad de evitarlas, pudo discriminar cuándo alguien (esposo o parientes de su familia extensa) tuvo intenciones de provocarla y molestarla lo que dio como resultado que ella tuvo una actitud indiferente y reflexiva que le permitió permanecer pasiva y pensó que no era necesario asumir una posición defensiva u ofensiva.

Para la entrevistada la información de la técnica fue de gran importancia debido a que como ella dijo en repetidas ocasiones le permitió “evitar “ y “sobrellevar” tanto los problemas como las personas. “Evitar” porque reflexionó acerca de los diferentes puntos de vista que tienen las personas. “Sobrellevar” porque para no llegar a una situación problemática la entrevistada pensó en las consecuencias de reaccionar de manera violenta eran situaciones conflictivas y optó por reaccionar comprensivamente para evitar perpetuar y/o crear nuevos problemas.

Expresó sus puntos de vista sin temor a las críticas y lo que otros pensarán de ella, pudo hablar y expresar sus sentimientos porque ella dijo: “ahora soy yo”, o sea una persona que puede expresar y manifestar lo que piensa y siente, lo que quiere, que toma decisiones y las lleva a cabo. De acuerdo al punto dos de la técnica de RC en la que se considera que la realidad depende del observador.

En la investigación se obtuvieron resultados enriquecedores, reflejó que desde el momento en el que la entrevistada contó con la información proporcionada mediante la técnica de RC hubo cambios en ella a partir de conocer las formas de concebir la realidad, al reconocer su sistema perceptual auditivo como predominante en ella (el cual no es el mismo para todas las personas) y mediante la aplicación de las reglas para mejorar la comunicación principalmente al emplear la regla b (tratar de comunicarse no estando alterados emocionalmente) favorecieron la convivencia en sus diversos ámbitos de relación social.

3. Habilidades de enseñanza y Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.

3.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos.

El Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar no sólo se preocupa por formar profesionales en el ámbito terapéutico, además procura que el estudiante del Programa adquiriera las habilidades de enseñanza y transmisión de los conocimientos. Para lograrlo el estudiante en formación debe difundir la información teórica, científica así como de su práctica profesional a estudiantes y otros profesionistas del área mediante productos tecnológicos o material didáctico apropiados. En los apartados siguientes se presentan tres manuales, dos videos, un cartel y un juego de mesa como productos tecnológicos elaborados en el transcurso de la Residencia.

MANUALES

Modelos: Estructural, de Terapia Breve Centrado en los Problemas y de Terapia Breve Centrado en las Soluciones.

Durante el primero, segundo y tercer semestre de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar en la FESI de la UNAM, se elaboraron tres manuales que corresponden al Modelo Estructural, Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas y Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones, modelos de trabajo clínico en la Terapia Familiar Sistémica,

Los manuales se realizaron con la finalidad de brindar información general y concisa dirigida básicamente a dos tipos de lectores. Por un lado, fue ideado para estudiantes, profesionales relacionados con las áreas de salud o personas interesadas en el tema, en este tipo de lectores los manuales representan un primer acercamiento a la información respecto a los Modelos sistémicos de terapia. Por otro lado, se pensó en los terapeutas familiares, los manuales son materiales de rápida y fácil consulta para desempeñar su rol con mayor eficacia, ya que dentro de la práctica profesional los tres Modelos son herramientas teóricas y metodológicas para indagar e intervenir con la finalidad de brindar mejoría y ayuda a las familias que solicitan asistencia terapéutica.

Los docentes también pueden emplear los manuales en las sesiones de enseñanza hacia sus alumnos.

La planeación de los manuales contienen varias secciones entre las que se encuentran los antecedentes, epistemología y el marco conceptual de cada Modelo, las estrategias del terapeuta para evaluar y tratar a las familias y la descripción de las técnicas de intervención terapéutica.

Para facilitar al lector la comprensión o recordatorio del procedimiento, uso y aplicación de cada una de las técnicas de intervención, éstas son ejemplificadas a través de casos ficticios bien planeados.

VIDEOS

Modelo: Estructural Estratégico

Otra modalidad de productos tecnológicos en la enseñanza y transmisión del conocimiento fueron los videos realizados del Modelo Estructural y el Modelo

Estratégico en el primero y segundo semestre de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Los videos se realizaron con el objetivo de ofrecer un material visual de las técnicas de intervención de los Modelo terapéuticos, dirigido a estudiantes, profesionales de la salud, auditorio interesado, docentes y terapeutas familiares.

Mediante la visualización del procedimiento terapéutico se favorece la comprensión y aprendizaje en los estudiantes e interesados en el tema. A los docentes y terapeutas les permite el análisis y discusión de los modelos con los educandos y auditorio en general contribuyendo así mismo al aprendizaje significativo.

El video del Modelo Estructural expone una breve reseña histórica del Modelo, se aprecia la escenificación de seis casos en los que se muestran las diversas técnicas de intervención. En el video del Modelo Estratégico se brinda una breve reseña histórica, se aprecia la representación actuada de un caso real usando nombres ficticios para mantener el anonimato de la familia. Mediante el caso se muestran las etapas de la primera entrevista y como las distintas técnicas de intervención del modelo.

3.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria.

El Programa de Maestría también se interesa por la comunidad, por lo que el estudiante en formación diseña, organiza y administra programas de atención, desarrollo y prevención. En seguida se describen dos talleres y 1 plática aplicados a la comunidad.

TALLER DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA

Antes de diseñar el taller para una población específica, los estudiantes en formación tuvimos la oportunidad de vivenciarlo para aprenderlo, analizarlo, comprenderlo y aplicarlo en nuestra vida diaria, lo que favoreció en la aplicación del mismo a la población a la cual estuvo dirigido.

El diseño y planeación del taller se realizó durante el primer semestre de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica y la aplicación del mismo se hizo en el segundo semestre.

La Comunicación No Violenta (CNV) es un Modelo creado por el Dr. estadounidense Marshal B. Rosenberg (Suárez, s. f), con el propósito de enseñar una forma de comunicación que favorezca que las personas resuelvan sus diferencias, aún las más extremas, en un ambiente de mutuo entendimiento.

Este tipo de comunicación promueve la expresión de sentimientos, necesidades, aspiraciones e intereses de manera honesta, sin críticas, culpas y temores. Este modelo ilustra los patrones que empleamos cotidianamente y brinda la oportunidad de aprender un proceso de intercambio comprensivo.

La CNV nos ayuda a conectar con nosotros mismos y con los demás, permitiendo que aflore nuestra compasión natural. Nos orienta para reestructurar la forma de expresarnos y de escuchar a los demás, haciéndonos concientes de lo

que observamos, sentimos y necesitamos, y lo que les pedimos a los demás para hacer más rica nuestra vida y la suya. La CNV favorece la escucha atenta, el respeto y la empatía, y propicia el deseo mutuo de dar de todo corazón. Las habilidades adquiridas en este Modelo, son además de poderosas, altamente efectivas tanto a nivel personal como en el ámbito profesional, empresarial y político.

El modelo de CNV modelo le permite mejorar las habilidades de comunicación y negociación para:

- Construir relaciones basadas en el entendimiento.
- Escuchar con precisión lo que las otras personas sienten y necesitan, aún cuando se expresen de manera hostil.
- Identificar las necesidades de clientes, pacientes, empleados y consumidores.
- Prevenir, mediar y resolver conflictos de manera que se incremente el entendimiento mutuo y la confianza.
- Introducir cambios minimizando la resistencia y promoviendo la cooperación.
- Crear entendimiento mutuo en personas con culturas diferentes.
- Evaluar el desempeño de forma tal que promueva el crecimiento y el aprendizaje.
- Romper patrones de pensamiento que llevan al enojo y la depresión.

El Modelo de CNV se conforma de cuatro componentes (Rosenberg, 2001, s. f.):

- **Observar no evaluar.** Se refiere a la separación entre la observación y la evaluación. Siempre que las mezclamos, la otra persona suele tener la impresión de que la estamos criticando, y por lo tanto, opone resistencia a lo que le decimos. Las observaciones tienen que ser específicas del momento y el contexto. Hay que decir, por ejemplo: “Juan no ha anotado un gol en veinte partidos”, en lugar de “Juan juega mal el fútbol”.
- **La expresión de los sentimientos.** Cuando elaboramos un vocabulario de sentimientos que nos permite describir de forma clara y precisa nuestras emociones, nos resulta más fácil comunicarnos con los demás.

- **El reconocimiento de las necesidades.** Lo que hagan y digan los demás puede ser el estímulo, pero nunca la causa de nuestros sentimientos. Cuando los demás perciben una crítica, acostumbran centrar su energía en la autodefensa y el contraataque. Cuando más directa sea la conexión entre nuestros sentimientos y nuestras necesidades, más fácil será para los demás comprendernos y responder de modo compasivo.
- **Lo que queremos pedir a los demás para enriquecer nuestra vida.** Debemos evitar frases vagas, abstractas o ambiguas, emplear un lenguaje de acción positiva para hacer saber a los demás qué queremos de ellos, en lugar de centrarnos en lo que no queremos. Para lograr que los demás confíen en que les estamos pidiendo algo, y no exigiéndoselo, debemos indicarles que sólo queremos que satisfagan nuestros deseos si les apetece hacerlo.

El taller de CNV se llevo a cabo en la Unidad Básica de Rehabilitación (UBR) Villa Milpa Alta, ubicada en Av. Nuevo León s/n, Barrio Santa Cruz, Delegación Milpa Alta, C. P. 12000, del DIF-DF y fue aplicado por una facilitadora.

La población a la que se dirigido el taller fue a los usuarios de la UBR. Los asistentes al taller fueron adultos, padres de hijos con discapacidad motora, auditiva, e intelectual.

El taller se impartió en dos sesiones con duración de 3 horas cada una, los días fueron el martes 18 y miércoles 19 de enero de 2005. El horario del taller fue de 9:00 a 12:00 hrs. Los asistentes al taller fueron el primer día de 6 y el segundo día de 4.

El propósito general del taller fue dar a conocer un modelo de comunicación que permitiera el entendimiento mutuo aún entre personas muy conflictuadas. Se pretendió que los asistentes aprendieran a hablar para ser escuchados y escuchar cuando los otros hablasen. El propósito específico fue dar a conocer a los padres con hijos que presentaban algún tipo de discapacidad, una forma de comunicar que les permitiera expresar de manera positiva sus pensamientos, sentimientos, ideas, molestias, incomodidades y frustraciones, al mismo tiempo que lograran comprender los sentimientos, formas de actuar, pensamientos, ideas, etc., de sus hijos con discapacidad para lograr una relación más armoniosa.

El modelo de CNV es un modelo que se introyecta en la medida en que se le practique, el hecho de leerlo dos o tres veces para exponerlo y compartirlo con otras personas, resulta insuficiente para lograr dominar tanto los conceptos como las habilidades que se requieren para su aplicación en la vida cotidiana, a pesar de ello se realizo un esfuerzo por comprender el modelo y transmitirlo con seguridad, confianza y de manera convincente.

En general el taller se llevo a cabo de manera organizada. Por parte de la Coordinadora de la unidad de rehabilitación hubo todas las facilidades para realizarlo, proporcionó la mayoría del material empleado, así como el espacio donde se desarrollaron las actividades del taller.

Una de las dificultades a considerar es el número de horas para aplicar el taller, éste se impartió en seis horas divididas en dos sesiones, tiempo insuficiente

para ampliar y tratar detalladamente cada tema y para realizar las actividades y reflexiones de cada componente de la CNV.

El componente más difícil de elaborar y explicar fue el cuarto, el de las peticiones porque concretar y centrarse en lo que se desea solicitar a otros resulta complejo, una de las razones es el hacer peticiones en forma positiva y no negativa, así como solicitar cosas objetivas y no abstractas o exageradas.

Las personas a las que se les impartió el taller fueron personas con bajo nivel escolar y a pesar de ello se observó en ellas un gran esfuerzo, interés, motivación por asistir al taller y para realizar las actividades asignadas.

Para evaluar el taller y para identificar el nivel de aprendizaje que tuvieron los participantes se elaboró un pequeño cuestionario en el que la mayoría de los participantes manifestó haber aprendido la importancia de evitar el lenguaje que evalúe.

Se elaboró y se entregó a cada participante un resumen con los principales puntos de la Comunicación No Violenta, así como sus cuatro componentes para que la tuvieran la información a la mano.

La experiencia de haber impartido el taller fue muy grata, las autoridades a cargo de la UBR brindaron todo el apoyo para su realización. Cuando inició el taller los participantes se mostraron nerviosos y pasivos, sin embargo poco a poco se incorporaron a las actividades con agrado, gusto y entusiasmo, quizá no se reunió un número mayor de asistentes, pero el trabajo realizado cualitativamente fue fructífero y la atención que se les brindó para atender a sus dudas fue al 100%.

TALLER DE CALIDAD DE VIDA Y FAMILIA

La aplicación del taller se realizó en tres planteles de nivel preescolar y en uno de nivel escolar, éstos se muestran en el cuadro 6.

Cuadro 6. Taller Calidad de vida y familia		
Plantel	Ubicación	Fecha de aplicación
Escuela Primaria "Isidro Castillo"	Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo de México.	Noviembre de 2005
Centro Educativo "Sor Juana Inés de la Cruz"	Col. La Laguna, Tlalnepantla, Edo de México.	Noviembre de 2005
"Instituto Pedagógico Infantil"	Col. Prado Vallejo Tlalnepantla, Edo de México.	Diciembre de 2005
"Instituto Motolinia"	Col. Prado Vallejo Tlalnepantla, Edo de México.	Enero de 2006

El taller de Calidad de vida y familia fue diseñado para padres de familia con hijos de nivel preescolar y escolar, con la finalidad de brindar información

acerca de la comunicación, los valores, los límites y la autoestima para favorecer la calidad de vida individual y familiar.

La aplicación del taller la realizaron dos facilitadoras en una sesión de tres horas con un receso. Se expusieron y realizaron las actividades de los temas de comunicación y valores, posteriormente se brindó un receso de 15 minutos, enseguida se expusieron los temas sobre límites y autoestima con sus actividades correspondientes y se concluyó con una evaluación.

Se expusieron de forma breve los distintos temas, ya que se dio prioridad a diversas dinámicas que favorecieran la comprensión de los mismos a partir de sus vivencias tanto en el taller como en su vida diaria.

Al iniciar cada taller se indujo a la relajación de los padres de familia con el apoyo de una fantasía guiada y ambientación musical apropiada, enseguida se realizaron ejercicios para que cada papá y mamá identificara en sí mismo y su hijo el *sistema representativo preferido* (sentido del oído, visual, auditivo y cenestésico) (O'Connor y Seymour, 1992). En la comunicación las palabras empleadas en la dependen del sistema representativo preferido por consiguiente los padres de familia reflexionaron al respecto para disminuir los problemas y favorecer la comunicación abierta con sus hijos.

En el tema de valores se entregó a cada papá y mamá una hoja impresa con una serie de preguntas para identificar los valores que les transmitieron sus padres para educarlos, cuáles de esos valores consideraron negativos o positivos en una reflexión grupal se identificaron los valores deseaban emplear y transmitir a sus hijos en la tarea de educarlos (Pick, Givaudan y Martínez, 1995).

Para identificar el tipo de límites empleados con los hijos, se proporcionó la simbología y una breve explicación de los tipos de límites (Minuchin, 1992), cada papá y mamá identificó y ejemplificó el (los) límite (s) empleados. Se reflexionó de forma grupal acerca de las ventajas de emplear límites claros.

Se explicó a los padres de familia que la autoestima es la manera en que cada persona se evalúa a sí misma y se relaciona con la confianza y la seguridad que tienen los individuos en ellos mismos y el éxito que obtienen en las actividades que realizan, sin embargo la autoestima se desarrolla en los primeros años de vida a partir de los mensajes positivos, del afecto y la confianza que se le muestran y la seguridad que va teniendo con sus logros (Pick, Givaudan y Martínez, *Op. cit.*). Después de la exposición se entregaron hojas impresas con varias oraciones que sugerían acciones específicas para favorecer la autoestima de sus hijos, algunos padres de familia leyeron en voz alta las oraciones y se reflexionó sobre ellas.

Las facilitadoras enfatizaron a los padres de familia que ellos mismos transmitieran la información del taller al resto de los miembros de la familia, así como de poner en práctica lo aprendido para promover una calidad de vida positiva a nivel individual y familiar.

Al finalizar el taller se realizó una evaluación de lo aprendido en el taller.

El apoyo que hubo por parte de los directivos de cada plantel para aplicar el taller fue, en la mayoría de los casos incondicional, pues en uno de ellos hubo cierto hermetismo, falta de compromiso para convocar a los padres de familia y en la fecha programada para aplicar el taller no hubieron participantes, por lo que se acordó nueva fecha a la que asistieron varios participantes.

En uno de los planteles de nivel preescolar se presenci6 una magnifica organizaci6n. El personal decor6 el aula d6nde se aplic6 el taller, elabor6 un cartel de bienvenida a los padres, proporcion6 un refrigerio. Al finalizar el taller conforme fue saliendo cada mam6 y pap6 su hijo o hija lo recibid6 con una flor y un abrazo.

PL6TICA SOBRE DISCAPACIDAD.

Los alumnos del Programa de Psicologfa con Residencia en Terapia Familiar Sist6mica, realizan sesiones tem6ticas 6tiles a los usuarios de la Cl6nica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, como otra modalidad de brindar un servicio de atenci6n psicol6gica a la comunidad.

La sesi6n se proporcion6 el dfa 31 de marzo de 2005, tuvo una duraci6n de 15 minutos, debido a que estuvo dirigido a los beneficiados de la instituci6n que se encontraban en la sala de espera a su servicio. Se capt6 la atenci6n de aproximadamente 20 personas, a las que se les dio a conocer la definici6n y los diferentes tipos de discapacidad, se hizo hincapi6 en el reconocimiento de las capacidades diferentes que tienen las personas con discapacidad, el respeto hacfa ellas y la necesidad de proporcionarles una atenci6n integral (m6dica, psicol6gica, familiar, escolar, laboral, recreativa, etc.) dependiendo de cada caso.

Se invit6 a los escuchas que tuvieran alg6n familiar o conocido con alguna discapacidad a asistir a los diferentes, grupos, centros e instituciones de apoyo para mejorar su calidad de vida.

3.3 Reporte de la presentaci6n del trabajo realizado en foros acad6micos.

Dentro de la formaci6n de profesionales en el campo de la Terapia Familiar Sist6mica, El programa de Maestrfa en Psicologfa de la UNAM considera importante que los estudiantes en formaci6n reporten y comuniquen de manera oral o escrita las experiencias y resultados de su ejercicio profesional, de tal manera que para cumplir con este criterio, se expusieron en foros de difusi6n cientficos, las dos investigaciones dise6adas en el transcurso de formaci6n en el Programa.

PONENCIA

La investigaci6n en la que se empleo metodologfa cuantitativa se present6 en el Primer Coloquio Regional en Investigaci6n de Terapia Familiar organizado por la Facultad de Psicologfa de la Universidad Latina de M6xico en Celaya, M6xico el dfa 18 de noviembre del a6o 2005.

Asistid6 al Coloquio de Investigaci6n en calidad de ponente con el tema: *“Los efectos de la Reestructuraci6n Comunicativa (RC) en diversos problemas psicol6gicos de las parejas: reporte preliminar de 10 casos”*.

En mi trayectoria como psic6loga habfa participado como facilitadora en algunos talleres y platicas, sin embargo la experiencia de ser ponente en un Coloquio fue una experiencia grata aun con los efectos que esto conlleva como el estr6s y angustia al estar frente un auditorio.

Al finalizar la ponencia el auditorio hizo diversas preguntas en comparación a los otros ponentes, lo cual me hizo sentir el interés hacía la investigación. Fue gratificante cumplir con el requisito estipulado en el Programa de la Residencia porque no sólo se difundió la información obtenida en la aplicación de la investigación a estudiantes y profesionistas de la Psicología, sino que además se apreció el interés que mostraron.

CÁRTEL

En el Primer Encuentro Regional “La familia y su contexto: Perspectivas de análisis y niveles de intervención” celebrado en la Universidad Autónoma de Tlaxcala en Tlaxcala, México el día 26 de noviembre de 2005, asistí en calidad de cartelista, presentando la investigación cualitativa con el cartel titulado: “*Significado e importancia que una mujer de 34 años da a la técnica de Reestructuración Comunicativa (RC) para afrontar problemas*”.

La experiencia para elaborar el cartel fue difícil ya que ignoraba cómo hacerlo y cuál sería mi participación al presentarlo y al indagar al respecto hubo conocimiento para su creación y desapareció la incertidumbre.

El evento fue interesante porque se presentaron temas de diversas áreas como los aspectos legales en la violencia familiar, el estudio de la familia desde la antropología, sociología y medicina.

La gran explicación de la información contenida en el cartel se realizó de dos formas, la primera invitando a los asistentes para conocer la investigación y contestando sus dudas e inquietudes. La segunda, fue a través del micrófono hacia todo el auditorio, en el que se dio a conocer el título, el tipo de investigación, los autores y un breve resumen de la misma, lo que favoreció la difusión, convivencia y el compartir con profesionistas no sólo del campo de la Psicología sino de otras áreas del conocimiento.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.

El ejercicio de toda profesión debe regirse bajo un reglamento que promueva el actuar responsable y de compromiso, no es la excepción en el campo de la psicología, por lo que los profesionales encargados de brindar servicios de terapia psicológica se rigen bajo un código normativo de acuerdo a las condiciones socioculturales de cada lugar o país. Por lo que es de gran relevancia tomar en cuenta los aspectos que se proporcionan a continuación en el ejercicio de la psicoterapia.

LA MORAL Y LOS PROBLEMAS MORALES

Los individuos se enfrentan a la necesidad de ajustar su conducta a normas que se tienen por más adecuadas o dignas de ser cumplidas. Esas normas son aceptadas íntimamente y reconocidas como obligatorias, de acuerdo con ellas, los

individuos comprenden que tiene el deber de actuar en una u otra dirección. En estos casos decimos que el hombre se comporta moralmente, y en este comportamiento suyo se pone de manifiesto una serie de rasgos característicos que los distinguen de otras formas de conducta humana, acerca de este comportamiento que es fruto de una decisión reflexiva, y por tanto no puramente espontáneo o natural, los demás juzgan, conforme también a normas establecidas, o formulan juicios.

Así, pues tenemos por un lado actos o modos de comportarse los hombres ante ciertos problemas que llamamos morales, y, por el otro, juicios con los que dichos actos son aprobados o desaprobados moralmente. Pero, a su vez tanto los actos como los juicios morales presuponen ciertas normas que señalan lo que se debe hacer. Nos encontramos, pues, en la vida real con problemas prácticos a los que nadie puede sustraerse. Y, para resolverlos, los individuos recurren a normas, realizan determinados actos, formulan juicios, y en ocasiones, emplean determinados argumentos o razones para justificar la decisión adoptada, o el paso dado.

Todo esto forma parte de un tipo de conducta efectiva, tanto de los individuos como de los grupos sociales, y tanto de hoy como de ayer. En efecto el comportamiento humano práctico moral, aunque sujeto a cambios de un tiempo a otro y de una a otra sociedad, se remonta a los orígenes mismos del hombre como ser social.

Los hombres reflexionan sobre su comportamiento práctico, y lo hacen objeto de su reflexión o de su pensamiento. Se pasa así del plano de la práctica moral al de la teoría moral; o también, de la moral efectiva, vivida, a la moral reflexiva. Cuando se da este paso, que coincide con los albores del pensamiento filosófico, estamos ya propiamente en la esfera de los problemas teórico-morales o éticos.

LA ÉTICA

A diferencia de los problemas prácticos-morales, los éticos se caracterizan por su generalidad. Si al individuo concreto se le plantea en la vida real una situación dada, el problema de cómo actuar de manera que su acción pueda ser buena, o sea, valiosa moralmente, tendrá que resolverlo por sí mismo con ayuda de una norma que él reconoce y acepta como íntimamente. La ética podrá decirle, en general lo que es una conducta sujeta a normas, o en qué consiste aquello – lo bueno- que persigue la conducta moral, dentro de la cual entra la de un individuo concreto, o la de todos.

La ética puede contribuir a fundamentar o justificar cierta forma de comportamiento moral. Por su carácter práctico, en cuanto disciplina teórica, se ha tratado de ver en la ética una disciplina normativa, cuya tarea fundamental sería señalar la conducta mejor en sentido moral.

La *Ética* es la teoría o ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad. O sea, es ciencia de una forma específica de conducta humana. Su misión es explicar la moral efectiva, y, en este sentido, puede influir en la moral misma.

Su objeto de estudio lo constituye un tipo de actos humanos: los actos conscientes y voluntarios de los individuos que afectan a otros, a determinados grupos sociales, o a la sociedad en su conjunto.

Ética y moral se relacionan, pues en la definición antes dada, como una ciencia específica y su objeto. Una y otra palabra mantienen así una relación que no tenían propiamente en sus orígenes etimológicos. Ciertamente, *moral* procede del latín *mos* o *mores*, “costumbre” o “costumbres”, en el sentido de conjunto de normas o reglas adquiridas por hábito. La moral tiene que ver así con el comportamiento adquirido, o modo de ser conquistado por el hombre. *Ética* proviene del griego *ethos*, que significa análogamente “modo de ser” o “carácter” en cuanto forma de vida también adquirida o conquistada por el hombre. Así pues originariamente *ethos* y *mos*, “carácter” y “costumbre”, hacen hincapié en un modo de conducta que no responde a una disposición natural, sino que es adquirido o conquistado por hábito. Y justamente, esa no naturalidad del modo de ser del hombre es lo que, en la Antigüedad, le da su dimensión moral.

LA ÉTICA EN PSICOLOGÍA

La Psicología como profesión pragmática integra a un grupo específico de individuos y, por consiguiente adopta un modo determinado de actuar entre los miembros de este grupo de profesionales en el ejercicio de ésta. Como se mencionó al principio los individuos se enfrentan a la necesidad de ajustar su conducta a normas que se tienen por más adecuadas o dignas de ser cumplidas, se tiene el deber de actuar en una u otra dirección, la ética como disciplina normativa fundamenta o justifica la forma de comportamiento moral en el ejercicio de la psicología.

En México existe la Sociedad Mexicana de Psicología, institución que propone el Nuevo Código Ético del Psicólogo (2004), que se fundamenta en bases sólidas y prevé situaciones presentes en el ámbito de acción del psicólogo.

La protección de los usuarios del servicio psicológico es el fin que persigue la adhesión, por parte del psicólogo, a un código ético que regule su ejercicio profesional, científico y académico.

El código ético se entiende como un o instrumento para:

- Garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos.
- Vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales.
- Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología.
- Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la forma de decisión como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.

Además, deberá:

- Enunciar claramente las normas de conducta que prescriba.
- Enunciar valores morales
- Basarse en casos reales que reflejen la práctica profesional actual.

Las normas éticas presentadas en el Nuevo Código del Psicólogo, se aplican a todos los psicólogos, hombres y mujeres, no son exhaustivas, por lo tanto los comportamientos a los que hace referencia, se enmarcan bajo principios generales regidos por un precepto fundamental:

El psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología. Por tanto, se adhiere a los siguientes principios:

- Respeto de los derechos y a la dignidad de las personas
- Cuidado responsable
- Integridad en las relaciones
- Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad

Las acciones que violen el código ético pueden conducir a imponer sanciones a un psicólogo por parte del Comité Nacional de Ética y de cuerpos diferentes a la Sociedad Mexicana de Psicología.

Las sanciones van desde amonestaciones, hasta la suspensión de la licencia para ejercer la psicología.

Para resolver cualquier asunto o dilema ético, el psicólogo debe sopesar los diversos principios dando prioridad al principio de respeto a los derechos y a la dignidad de la persona.

El psicólogo también se basa en ciertas normas para realizar el ejercicio profesional tales como:

- Calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo.
- De los resultados del trabajo del psicólogo.
- De las relaciones que establece el psicólogo.

En nuestro país, en el año de 1981 fue fundada la La Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (AMTF) es una asociación sin fines de lucro. La AMTF Agrupa a distintos institutos de formación de terapeutas familiares en México: el Instituto de la Familia (IFAC), el Instituto Personas, el Instituto Latinoamericano de Estudios para la Familia (ILEF), la Universidad del Mayab en Yucatán, la Universidad Autónoma de Tlaxcala, el Centro de Estudios Superiores y Atención a

la Familia (CESAFAC), el Instituto Regional de Estudios de la Familia, A.C. (IREFAM) y el Instituto Crisol.

La AMTF fue establecida con el fin de alcanzar tres metas primordiales:

- Propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus socios, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines.
- Promover la elaboración de programas, servicios, y actividades que faciliten el conocimiento, la investigación, y el desarrollo de la psicoterapia familiar.
- Velar por los intereses éticos de los psicoterapeutas familiares como grupo profesional y por la psicoterapia familiar como especialidad.

<http://amtf.com.mx/index.php?page=Inicio>

Con respecto a este último punto la Comisión de Honor y Justicia de la AMTF elaboró el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C., efectivo a partir del 3 de diciembre de 1997 en que fue aprobado en asamblea. La AMTF invita a todos los terapeutas de pareja y de familia a que denuncien presuntas conductas no éticas por parte de sus colegas de trabajo a los organismos profesionales correspondientes.

Los puntos principales que integran el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C., se enuncian a continuación.

Responsabilidad con los pacientes.

Los terapeutas (de pareja y de familia) deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.

Confidencialidad.

Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes.

Capacidad e integridad profesional

Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.

Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.

Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.

Responsabilidad con los participantes de investigaciones.

Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar concientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.

Responsabilidad a la profesión.

Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.

Arreglos financieros.

Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.

Publicidad

Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico

El proceso de enseñanza aprendizaje del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, se rige bajo el Código Ético establecido por la Sociedad Mexicana de Psicología, en el caso del Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, éste retoma en esencia los puntos que integran el Código de la Sociedad, por lo que los casos atendidos en los escenarios clínicos, por los alumnos de la residencia, son revisados, analizados y tratados dentro del Código Ético del Psicólogo propuesto por la Sociedad Mexicana de Psicología.

La tabla 2, contiene el análisis de varios casos en los que se presentaron ciertas consideraciones éticas en el trabajo con varias familias durante el proceso de la práctica clínica supervisada.

TABLA 2. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Aspecto del Código Ético del Psicólogo	Análisis de los casos clínicos
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 4. De las relaciones que establece el psicólogo</p> <p>Artículo 113 y 116</p> <p>“El psicólogo hace esfuerzos para planear el cuidado posterior de pacientes, clientes u otros usuarios de sus servicios, en caso de que éstos se interrumpan por factores tales como enfermedad, muerte, indisponibilidad o cambio domiciliario del psicólogo, o por limitaciones financieras”</p> <p>Artículo 116</p> <p>“El psicólogo no abandona a los pacientes o clientes”</p>	<p>a) En un caso de un adolescente se brindó una única sesión, en dos ocasiones no asistió a su cita, ante esta situación la indicación de la supervisora fue tener una sesión de cierre, en la cual el terapeuta estaba de acuerdo, con la finalidad de asegurarse del bienestar del adolescente dado que éste reportó que con la única sesión que tuvo se sintió muy bien y decidió no asistir a la sesión de cierre. La evaluación se realizó vía telefónica, cumpliendo así la prescripción.</p> <p>b) Se realizó “contrato de vida” con un adolescente con intento de suicidio, mismo que fue sugerido por la supervisora De tal manera que se le indicó al adolescente que se creía en su palabra para no atentar contra su vida, sin antes darse la oportunidad de recibir y escuchar otras ideas y sugerencias para su problema.</p>
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 2. De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo</p> <p>Artículo 41</p> <p>“Cuando enseña, forma, o entrena, el psicólogo presenta la información de manera precisa y con un grado razonable de objetividad. Reconoce el poder que ejerce sobre estudiantes o alumnos en supervisión y, por tanto, se esfuerza por evitar conductas que lo humillen o minusvalúen”</p>	<p>a) En una sesión un adolescente con problemas de drogadicción la supervisora avisó al terapeuta responsable que entraría a la sala de terapia para realizar coterapia, lo que causó malestar en el terapeuta, quizá la supervisora hubiera podido preguntarle al terapeuta si consideraba conveniente la coterapia.</p>
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 2. De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo</p> <p>Artículo 40</p> <p>“Cuando enseña, forma o entrena, el psicólogo ayuda a sus discípulos adquirir conocimientos, habilidades actitudes y aptitudes que garanticen su buen desempeño profesional futuro” desempeño profesional ”</p>	<p>a) La supervisora indicó a una terapeuta que ante el dolor de una madre y su hija, que vivían la pérdida del padre, tendría que mostrarse cercana ante sus sentimientos, de tal forma que se sintieran escuchadas y comprendidas.</p> <p>b) Una terapeuta se observó alterada cuando al recibir a una pareja con violencia familiar, la esposa la jaló, la saludó con un beso en la mejilla y le dijo: “ya vine para que me regañes”. Una de las supervisoras comentó que fue una acción con la intención de aliarse con la terapeuta y molestar a su esposo, por lo que sugirió mantener en la sesión una alianza alternante, e incluso comentar el evento si lo</p>

	<p>consideraba oportuno.</p> <p>c) La supervisora previó una alianza con una paciente con violencia familiar y posible separación con esposo, ya que por la experiencia personal de divorcio de la terapeuta, podía repercutir en las intervenciones, la terapeuta reconoció sentir enojo hacia el esposo y la supervisora recomendó utilizar la experiencia personal para ayudar y guiar a la paciente sin ser protectora.</p>
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 4. De las relaciones que establece el psicólogo</p> <p>Artículo 132</p> <p>“El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan...”</p> <p>Artículo 133</p> <p>“Con el fin de minimizar intrusiones en la privacidad, el psicólogo sólo incluye en sus informes escritos u orales, consultorías o asesorías y similares, aquella información pertinente al propósito de dicha comunicación”</p>	<p>a) Hubo malestar por parte de una madre que asistió a terapia con su hija por problemas alimenticios, debido a que otro especialista de la clínica donde se brindaba el servicio de terapia familiar, le hizo comentarios respecto a la problemática familiar, información proporcionada en terapia. Se le indicó que nadie tenía acceso a su información. Sin embargo, se desconocía que las actas elaboradas por los terapeutas eran anexadas al expediente del beneficiado y todos los especialistas tenían acceso a la información de terapia. A pesar del acceso a la información, se considera la falta de profesionalismo por parte del otro profesional de salud. Para conservar la confidencialidad de la información, los terapeutas supervisados, la supervisora y la psicóloga de la clínica acordaron anexar al expediente un breve resumen de cada caso.</p>
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 4. De las relaciones que establece el psicólogo</p> <p>Artículo 118</p> <p>“El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación, u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible para los participantes...”</p>	<p>a) Asistió a terapia un matrimonio con su hijo adulto el cual no permitió que se filara la sesión. Respetando su decisión. Tanto el equipo de terapeutas como la familia acordaron filmar las sesiones en que asistieran únicamente los padres. A partir de la segunda sesión y hasta la sesión del alta terapéutica del caso se filmaron todas las sesiones ya que sólo asistieron los padres a consulta.</p>
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 4. De las relaciones que establece el psicólogo</p> <p>Artículo 70</p> <p>“Dado que los juicios y acciones profesionales y científicos del psicólogo pueden afectar la vida de sus pacientes o clientes, estudiantes, ayudantes de investigación, participantes en</p>	<p>a) En la presesión del caso de una paciente con problemas para realizar sus planes personales y discriminación por parte del esposo, la terapeuta comentó que la esposa deseaba tener una buena comunicación con su esposo para obtener “su permiso” y cumplir sus proyectos personales. Una de las supervisoras aseveró que estaba influyendo la historia personal de la terapeuta. La terapeuta explicó que el tono firme en que expresó su pensar, se basó en la explicación de una sociedad patriarcal, en la que las mujeres son tratadas como propiedad del hombre y para realizar actividades es conveniente solicitar</p>

<p>investigación, empleados u otros con quienes trabaje, se mantiene alerta y en guardia contra factores personales, financieros sociales, organizacionales, o políticos que puedan conducir al uso indebido de su influencia”</p>	<p>autorización al esposo, y no en su historia personal. Fue muy ilustrativo el comentario para no influir de manera sesgada en el trabajo con la paciente.</p>
<p>Parte II. Normas de conducta</p> <p>Capítulo 2. De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo</p> <p>Artículo 30</p> <p>“El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación o experiencia supervisada, y la pericia necesaria”.</p>	<p>a) Una terapeuta aplicó un modelo de terapia aún no revisado de acuerdo al programa de la maestría, en un caso de enuresis, a pesar de ello, la terapeuta realizó una revisión del modelo, la supervisora la guio en la aplicación del mismo y el caso resultó exitoso al ser dado de alta.</p>
<p>Principio de cuidado responsable</p> <p>“El psicólogo muestra preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad”</p>	<p>a) Asiste a terapia una pareja por violencia física, durante una de las sesiones mientras el padre llevó a su hijo al sanitario, la mamá expresó que el menor era sólo hijo de ella, y el niño lo ignoraba, ella no tenía idea cómo decírselo. Durante varias sesiones se trabajó con el tema del “secreto” con ambos padres y se explicó que en terapia se les podía ayudar a decirle la verdad al niño, sin embargo se les indicó que ellos eran quienes decidirían el momento de hacerlo.</p> <p>b) Los padres de una hija con esquizofrenia y embarazada, mostraron ambigüedad por asumir su jerarquía ante su hija y se les hizo evidente los riesgos que corrían su hija y el futuro bebé al no tener un control sobre los medicamentos que ingería. El equipo de terapeutas prescribió diversas actividades y tareas a los padres para que alguno de los dos asumiera el papel jerárquico o lo alternaran.</p>

Cuarta parte. Consideraciones finales

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

En mi formación como profesional, investigadora y docente tanto las actividades teóricas como metodológicas y prácticas del Programa de Maestría contribuyeron en la adquisición y reforzamiento de ciertas habilidades y competencias requeridas para el ejercicio de diversas actividades en el campo de la Psicología. El conocimiento y aprendizaje de los fundamentos teóricos y filosóficos de la epistemología sistémica y posmoderna, me permitieron visualizar y tratar de una nueva forma los fenómenos personales y sociales. Esta nueva epistemología para mi formación profesional incluyó el manejo conceptos teóricos provenientes de dichas epistemologías, de la entrevista circular, de la evaluación e intervención a partir de la metodología de los diversos modelos terapéuticos derivados de la epistemología sistémica y posmoderna.

En el ámbito de la práctica clínica supervisada conté con la capacidad de actuar en base a una nueva epistemología de acuerdo al contexto y a los requerimientos de los demandantes de atención clínica. Para lograrlo fue indispensable mantener empatía, interés y sensibilidad hacia lo consultantes, así como una actitud de colaboración, sin perder de vista que no era una terapeuta observadora del sistema familiar, sino una terapeuta con la habilidad de observarse desde dentro y desde fuera del sistema familiar con la finalidad de ser una facilitadora en el proceso de cambio de acuerdo a los objetivos de la familia.

Tuve la oportunidad de entablar relaciones de acompañamiento con cada una de las familias y consultantes con los que colaboré, pues tuve la oportunidad de emplear el humor y la cercanía con ellos, siempre en un ambiente de respeto y profesionalismo, actitudes que permitieron a los consultantes sentirse en confianza, comprendidos y escuchados, lo que favoreció en su mejoría y en la solución del problema que les aquejaba.

El proceso de observación fue una de las habilidades fortalecidas en la práctica clínica debido a que no sólo tenía que estar atenta ante la comunicación verbal, sino ante la comunicación no verbal, atender a todo tipo de reacciones, expresiones gestuales y corporales y/o tonos de voz. Este proceso me permitió identificar estilos de interacción y áreas de conflicto que me guiaban en la formulación de hipótesis en los casos que así lo requirieran. Mediante el proceso de observación logré indagar y descubrir las fuerzas, capacidades, habilidades y cualidades de los sistemas, de tal forma que al contar con un amplio panorama del mismo apliqué la metodología sistémica o posmoderna para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.

Fue de gran importancia no sólo el conocer la interacción de los sistemas atendidos, sino además la relación que se mantuvo con cada uno de los elementos del mismo, como se ha mencionado se procuró brindar un espacio constructivo de calidez, empatía, ética profesional, reconociendo y respetando los

juicios, valores e ideologías propias y de los sistemas, respondiendo a las necesidades de los consultantes mediante un compromiso profesional sincero, recordando la confidencialidad de cada caso.

La relación con el resto de los terapeutas del equipo del que fui miembro y con las supervisoras, fue otra de las habilidades adquiridas durante mi proceso de formación como terapeutas debí mantener una actitud de apertura y respeto ante la variedad de visiones, sugerencias, reflexiones y desacuerdos dentro del sistema de terapeutas respecto al trabajo clínico con los distintos sistemas.

En la relación del sistema de terapeutas fue relevante reconocer y expresar verbalmente tanto los aspectos positivos y negativos de la práctica de cada terapeuta, esto se logró mediante el proceso de retroalimentación cuando cada miembro del sistema de terapeutas comentaba las habilidades y capacidades que se poseían, las adquiridas en el entrenamiento y las que faltaban por adquirir en la formación como terapeutas. Dentro de esta dinámica incluyó la honestidad en el análisis del trabajo terapéutico, debido a que algunas veces al tratar con los sistemas surgían diversas emociones y actitudes como el temor, ansiedad, inseguridad, enojo, sobreprotección, rechazo ante ciertos eventos, conductas o hacía el sistema en general, por lo que el apoyo de rescate por parte de las supervisoras contribuyó a aclarar las emociones, dudas e inseguridades, promoviendo una adecuada atención a los consultantes y el crecimiento profesional, sin embargo como parte de la práctica clínica, era indispensable que cada alumno supervisado mantuviera su propio trabajo terapéutico para solucionar sus problemas o conflictos personales para evitar que pudieran influir en el desempeño profesional con las familias

Como parte de mi formación como investigadora y profesional de alto nivel, el Programa de Maestría contribuyó en la adquisición de habilidades metodológicas en el proceso de la investigación, para lograrlo se realizaron diversas actividades académicas para adquirir las habilidades correspondientes. En mi caso hubo una revisión de la metodología de investigación cuantitativa y un aprendizaje nuevo de la metodología cualitativa. A partir de ambos tipos de investigación, se llevo a cabo el procedimiento del diseño de un proyecto de investigación contribuyendo en tres aspectos, sin que uno sea más importante que otro. En primer lugar a la adquisición de destrezas de investigación como el diseñar y elaborar proyectos de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa, no sólo en el ámbito psicológico sino en un nivel multidisciplinario, dirigir proyectos de otros profesionales y/o estudiantes. En segundo, al contribuir con conocimiento científico y difundirlo en las aulas y en foros de divulgación científica. Tercero satisfacer las necesidades de los sistemas que lo requirieron.

Para el programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar, no sólo es importante brindar atención cuando una problemática o dificultad está presente en un sistema (individual, pareja, familia, comunidad y/o instituciones), además considera que el profesionista en formación, debe ser competente para implementar acciones de prevención dependiendo de las necesidades de la población. En mi caso diseñé y apliqué dos talleres, el primero tuvo la finalidad de dar a conocer el modelo de "Comunicación No Violenta" a través del entendimiento, expresión de los sentimientos y necesidades, dirigido a población con discapacidad de un centro de rehabilitación del DIF-DF. El segundo

denominado “Calidad de vida y familia”, estuvo dirigido a padres de familia de cuatro planteles educativos, en el cual se trataron los temas de la comunicación abierta, transmisión de valores y límites. En la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE expuse una plática sobre discapacidad, haciendo énfasis en la forma de prevenir alguna discapacidad, y en el caso de que ya la hubiera se hizo hincapié en acudir a los servicios adecuados para su atención integral, también se puntualizó en el respeto y cuidado hacia las personas con algún tipo de discapacidad.

El Programa de Maestría en Psicología también previó que los alumnos en formación adquirieran aptitudes docentes, contribuyendo en la enseñanza a estudiantes, otros profesionales y a la comunidad en general, para este fin en las diversas materias del Programa se realizaban presentaciones, exposiciones, dinámicas grupales y de enseñanza, así como el uso de material para favorecer el aprendizaje significativo. Pensando en los estudiosos e interesados de la Terapia Familiar Sistémica se elaboraron productos tecnológicos que contribuyeran a su aprendizaje, los productos diseñados fueron manuales y videos sobre los modelos terapéuticos y un juego de maratón de la Terapia Familiar.

Considero que fueron muchas las competencias y habilidades adquiridas durante los cuatro semestres de la Residencia en Terapia Familiar, ya que son muchos y diversos procesos los que se viven durante ese período como los de relación, de interacción, intelectuales, de socialización, de trabajo en equipo y convivencia por mencionar algunos, sin embargo las expuestas en este apartado son las más significativas.

2. Incidencia en el campo psicosocial.

Las problemáticas de índole psicosocial son atendidas a través de diversas instancias tanto públicas como privadas, y la población va tomando cada vez más conciencia sobre la salud emocional y psicológica, si bien es cierto que faltan acciones de implementación y difusión de los servicios psicológicos, la UNAM es una de las instituciones que reconoce las necesidades y requerimientos de la población. Mediante el Programa de Maestría en general y con la Residencia en Terapia Familiar en específico, la UNAM brinda atención a población que en su diario vivir presenta diversidad de problemáticas (personales, sociales, económicas, familiares, de salud, de educación, etc.), con la finalidad de que las personas sientan mejoría, vislumbren nuevas opciones de interrelacionarse y hacer frente a las dificultades.

A través de la práctica clínica supervisada en la Residencia en Terapia Familiar, los profesionistas en formación brindamos atención a familias con la necesidad de ser ayudadas en la resolución de sus problemas y esto se logró a través de los fundamentos teóricos, prácticos y metodológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, la aplicación de éstos contribuyeron en el cambio y mejoría de los pacientes.

En la población del CCH-A en donde la población tratada fueron adolescentes y sus padres, la mejoría se observó en una mejor relación interpersonal, expresión de sentimientos tanto positivos como negativos en una forma asertiva, mejoría en el rendimiento académico favoreciendo a la vez las

relaciones padres-hijos y viceversa, ya que al haber una buena relación padres e hijos, incrementó la colaboración, apoyo e interés académico. Se implementaron los límites, las funciones y roles claro de los distintos subsistemas de las familias.

En escenario clínico de la FESI como se mencionó en la sección de la introducción, los problemas más frecuentes se presentaron en los sistemas de parejas. Las parejas consultantes lograron establecer acuerdos en varias áreas (hijos, funciones domésticas y laborales, convivencia con sistemas externos, etc.), reconocer y respetar las opiniones de su cónyuge.

En la heterogeneidad de casos en la CMF Tlalnepantla, permitió hacer uso de gran variedad de recursos del terapeuta y metodológicos que promovieron una mejor calidad de vida en los pacientes, haciendo uso de sus recursos para hacer frente a los problemas ya existentes y al prever nuevas dificultades se generaron en ellos nuevas habilidades de afrontamiento.

Es importante resaltar, que en aquellos casos que se brindó la terapia individual en los tres escenarios, el bienestar psicológico y emocional se vio reflejado en sus vidas debido nuevas formas de relacionarse, cambios de actitud y pensamientos. Esto sólo se logró a la apertura de los pacientes y al dejarse guiar por “los expertos” y/o “colaboradores” en su lucha por superar sus situaciones problemáticas. Se fomentó la expresión de sentimientos, emociones y necesidades de una manera clara, abierta y de respeto recíproco.

En el trabajo con los casos en los que se presentaron conductas suicidas antes y durante el proceso terapéutico, la Terapia Familiar fue eficaz, ya que no sólo se logró erradicar tales conductas, sino que hubo un incremento en la autoestima de los pacientes, una mejor relación familiar y extrafamiliar, interés por los planes personales, familiares y escolares, considerando que en el apartado donde se expusieron los mitos del suicidio, uno de ellos refería que una vez superadas las ideas suicidas o intentos de suicidio este tipo de conductas ya no se presentan, también se mencionó que no había seguridad de que no reaparecieran, sin embargo la Terapia Familiar realiza un trabajo integral en pacientes con conductas suicidas al tratar el sufrimiento, crisis y conflictos individuales; dificultades y problemas familiares, presiones y expectativas individuales, de pareja, familiares, escolares y laborales; y el trabajo multidisciplinario para proporcionar los apoyos necesarios que permitan a los pacientes resolver las situaciones de crisis precipitantes de las conductas suicidas.

En la práctica clínica no se realizó trabajo con sistemas en donde hubiera habido un suicidio consumado, sin embargo ante tal situación, la Terapia Familiar propone un trabajo sobre el duelo familiar, sesiones de descarga emocional, la desculpabilización, rituales para superar la pérdida, reestructuración de los roles y funciones de los miembros de la familia, evitar que otro(s) miembro(s) de la familia presente conductas suicidas por mencionar algunas de las estrategias a implementar.

En la práctica de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se logró romper con ideas preestablecidas por la sociedad y los pacientes fueron capaces de reconocer y hacer caso a sus propias voces, deseos, inquietudes, metas y anhelos personales y familiares, también lograron dar un giro a sus vidas al hacer lo que nunca se hubieran atrevido hacer al estar bajo la opresión de las normas, tradiciones, creencias y mitos de la sociedad y de la familia. Por todas las

evidencias de cambio, mejoría y superación en todos nuestros pacientes con quienes vivimos emocionantes, interesantes, estresantes y dolorosas experiencias, estoy convencida que la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna son herramientas teóricas, prácticas y metodológicas en el trabajo con sistemas inmersos en problemas y permiten abrir las puertas de los caminos que llevan a la solución de los mismos.

3. Análisis del Sistema Terapéutico Total.

En práctica clínica supervisada, los alumnos de la residencia nos integramos a un equipo de trabajo terapéutico en el que asumimos el rol de terapeutas al ser miembros del Sistema Terapéutico Total (S. T. T.), conformado por los sistemas: Terapéutico, de Supervisión, y de Terapeutas. En mi primera experiencia con el rol de terapeuta, en la CMF Tlalnepantla del ISSSTE, percibí a la Supervisión como una herramienta de apoyo y guía al terapeuta, ya que las supervisoras indican las líneas de trabajo de una manera cordial, de respeto, apoyo, algunas veces siendo enérgicas y confrontando las ideas y trabajo del supervisado, sin embargo existía una metacomunicación sobre los motivos que guiaban su actuar. Mis primeras dos o tres semanas como integrante del S. T. T., me sentí extraña ante un grupo de otros nueve compañeros en formación (los de mi equipo y los del equipo de tercer semestre) y con dos supervisoras en el escenario clínico del ISSSTE y dos en el del CCH-A. Al transcurrir ese tiempo me sentí incorporada y a gusto en el S. T. T., debido a que me familiaricé con las actividades operativas y la dinámica de trabajo. El haber presenciado la supervisión en vivo y ser integrante del S. T. T. durante el primer semestre de la residencia, no impidió que tuviera sentimientos de temor y ansiedad para recibir a mis primeros dos pacientes, pero tuve un gran apoyo por parte de mis dos primeras supervisoras, me hicieron sugerencias sobre cómo realizar la entrevista y emplear mayor número de preguntas circulares, los temas a tratar, cuál estilo y la posición asumida ante el sistema familiar, por mencionar algunas.

Como Sistema de Supervisión fue muy útil realizar una revisión del genograma de cada uno de los supervisados, pues en ellos pudimos visualizar a partir de uno mismo como desde la visión de otros nuestra historia, creencias, valores, mitos, tradiciones familiares, nuestras fortalezas y debilidades, es decir todo el bagaje del terapeuta que podía favorecer o limitar el trabajo con otros sistemas familiares. A través de esta actividad los compañeros de mi equipo y yo, tuvimos la oportunidad de conocernos a fondo y al estar inmersos en el S. T. T., hubo apoyo al surgir y reforzar líneas de trabajo, se implementaron acciones de cuidado y rescate del terapeuta, ante los intentos de los sistemas familiares por absorberlo en su dinámica y discurso de ambivalencia (cambio-no cambio), de tal manera que el terapeuta no perdiera la "objetividad" de su función (destrabar a un sistema o una problemática).

Las acciones implementadas en el S. T. T., contribuyeron al cambio de los sistemas familiares ya que el apoyo, cuidado y rescate no sólo fueron acciones dirigidas al terapeuta, sino también hacía el sistema familiar, implementando las intervenciones terapéuticas pertinentes que contribuirían en mejoría de los sistemas atendidos (individuo, pareja o familia).

La cordialidad y buena convivencia entre los cinco supervisados y la participación de las supervisoras, un ambiente de respeto en las ideas y estilos de trabajo, compañerismo, cooperación y colaboración ante las necesidades y requerimientos del S. T. T., fueron aspectos que favorecieron en el trabajo con los sistemas familiares, en lo personal trabajé a gusto en los diferentes sistemas involucrados en el proceso de la supervisión.

Ante las actividades de retroalimentación del trabajo en el rol de terapeuta, hubo muchos comentarios positivos y halagadores, ante los cuales pude percatarme, a través de las observaciones de los otros, de mis avances y evolución como terapeuta. En otras ocasiones, los comentarios fueron sobre mis desaciertos, sin embargo tanto los comentarios positivos como los negativos contribuyeron en mi aprendizaje y para esforzarme por ser mejor en mi desempeño terapéutico y profesional.

En términos generales considero que no hubo situaciones de conflicto de gravedad o que influyeran de forma negativa en la terapia. Algunas veces, se presentaron desacuerdos sobre cómo manejar los casos, situación que se resolvió a partir de la dedición del terapeuta al frente del caso sobre qué y cómo trabajar. Existieron dificultades en el aspecto operativo y de organización, pero en la medida de lo posible, fueron resueltos sin verse reflejadas en el trabajo con las familias.

Por parte de las familias atendidas, en general hubo una buena aceptación por el trabajo en equipo. En el escenario clínico de la CMF Tlalnepantla era impactante, en su primera cita, para las familias o usuarios encontrarse en un espacio de terapia en el que habían muchos terapeutas y hablar “sobre sus cosas” ante tantas personas, pero les agradaba la idea de saber que tenían varios terapeutas preocupados por ellos y atendiendo sus problemáticas. Todas las familias atendidas en este escenario clínico se integraron rápidamente al estilo de trabajo e interactuaban no sólo con su terapeuta sino con el Sistema de Supervisión, generalmente después del mensaje, de un Equipo Reflexivo, o intervención de un miembro del S. T. T., opinaban sobre lo dicho y/o expresaban su agradecimiento. La práctica clínica supervisada en este escenario se realizó durante el segundo y tercer semestre de la Maestría y la mayoría de los pacientes atendidos cubrieron sus objetivos terapéuticos, logrando mejoría en lo que los aquejaba y recursos de afrontamiento, por lo que alcanzaron su alta terapéutica (Ver cuadro 4).

En la Clínica de Terapia Familiar del CCH-A y de la FESI no fue menor el impacto de los pacientes atendidos en ese escenario clínico, si bien no tenían al Sistema de Terapeutas tras de ellos, el hecho de saber que había otros terapeutas observándolos y escuchándolos tras un espejo, les causaba asombro e incertidumbre. Al igual que en la CMF del ISSSTE, se familiarizaron y acostumbraron al estilo de trabajo, como las llamadas a través del interfón, ver ocasionalmente a los otros terapeutas cuando se implementaba como técnica de intervención el Equipo Reflexivo. En estos escenarios se observó la mejoría en los pacientes, aunque en los tres escenarios algunos de los pacientes mencionaron no sentirse a gusto con los comentarios del equipo, y era natural pues desde el punto de vista de romper con la homeostasis de los sistemas o romper con historias dominantes o problemáticas, para los pacientes era difícil observar y vivir

a partir de una nueva óptica. En los pacientes del CCH que se atendieron en el segundo y cuarto semestres se cubrieron los objetivos terapéuticos y se proporcionó el alta terapéutica a 10 de 12 casos. En la FESI se brindó el alta terapéutica al 60 % de los casos atendidos durante el tercer semestre de la Maestría, observando en ellos el fortalecimiento de sus recursos y adquisición de otros para enfrentar similares o nuevas problemáticas.

En los casos en lo que no hubo supervisión en vivo, debido a que no se les otorgaba el alta terapéutica a los pacientes al finalizar un periodo de supervisión, el equipo de alumnos de la residencia, experimentamos otra modalidad de trabajo, en la que ya no se encontraba el Sistema de Supervisión. Fue en el tercer semestre cuando mi equipo y yo trabajamos sin la presencia de una supervisora, atendiendo un solo caso, precisamente ante el cual yo estaba a cargo. Ya contábamos con el aprendizaje de la supervisión, con fundamentos teóricos y con varias horas de práctica, así que fue enriquecedor trabajar solos, sin olvidar las recomendaciones hechas por nuestras primeras supervisoras. Durante el cuarto semestre atendimos a varias familias que iniciaron su tratamiento en nuestro tercer semestre. En esos casos en los que ya no contábamos con la supervisión en vivo, tuvimos que hacer uso de todos nuestros conocimientos, recursos y habilidades para colaborar mutuamente en la atención profesional hacia las familias, solicitamos revisión de casos a algunas de las supervisoras, atendiendo las dificultades y necesidades de las familias. El trabajo en esta etapa benefició a las familias atendidas y se dieron de alta a la mayoría de ellas.

Con las reflexiones en este apartado, cabe señalar que el ejercicio de la Terapia Familiar, mediante la supervisión en vivo, en la cual se incluyen varios sistemas de observación, y en los que se ponen en juego diversas interacciones, son principalmente aquellas interacciones positivas y constructivas las que fortalecen el trabajo del terapeuta y guían a los sistemas familiares por el camino de la mejoría y el cambio.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

La vivencia que tuve durante la Residencia en Terapia Familiar, fue a nivel integral, una de las primeras fue el cambio a una epistemología sistémica y posmoderna e implicó que mirara con nuevos ojos la vida y el mundo. La adopción y aprehensión de otra forma de estudiar, comprender y pensar los sucesos humanos y sociales, no fue una tarea fácil, sobre todo en el momento de poner en práctica los fundamentos teóricos, sin embargo logré conjuntar ambos aspectos. El haber logrado la comunión entre teoría y práctica me permitió desempeñarme satisfactoriamente en mi rol de terapeuta, sentirme a gusto al emplear la metodología sistémica y posmoderna, sobre todo percatarme que la aplicación de nuevos conocimientos terapéuticos contribuyeron a la mejoría de muchas familias.

En mi estancia por la Maestría conté con la oportunidad de establecer relaciones académicas y personales con mis compañeros, docentes y supervisoras. Fue importante reforzar mi capacidad de trabajo en equipo y adquirí nuevas habilidades para llegar a acuerdos en las diversas actividades en las que requería de dos o más participantes, establecer discusiones constructivas para todos los involucrados en las tareas asignadas. La cooperación y apoyo mutuo en

el grupo fue crucial para aligerar la carga emocional y académica. La relación con los docentes y supervisoras algunas ocasiones se tornaron difíciles, sin embargo en la mayoría de esas ocasiones se abrió la comunicación para superar las dificultades.

Sin duda alguna, el trabajo con las familias fue muy enriquecedor en mi formación, al regalarme sus historias de dolor, sufrimiento, esfuerzo, dedicación y lucha, depositaron en mí un gran conocimiento. Al conjuntar las intervenciones terapéuticas, mis recursos en el plano terapéutico, así como los recursos de las familias que atendí en los escenarios clínicos. Comprendí la importancia, no sólo de un manejo de aspectos teóricos y de la colaboración familiar, sino que además en el rol de terapeuta se requiere estar con todos los sentidos, entregado y con una gran sensibilidad y empatía ante el sufrimiento del otro.

En general tanto las actividades académicas como las de la práctica clínica requirieron muchas horas de trabajo, lo que implicó una eficiente organización de las actividades escolares formales y extraescolares no formales o entretenimiento y adquirir nuevas técnicas de estudio que enriquecieron mi trabajo al hacerlo más eficiente. Mi reencuentro con las actividades teóricas y prácticas de investigación no fue sencillo, sin embargo aproveché la oportunidad para enriquecer mi aprendizaje previo de la metodología cuantitativa, aclarar mis dudas y subsanar posibles déficits en ese ámbito. Y tuve el acercamiento a la investigación cualitativa, bajo un rigor metodológico diferente al cuantitativo.

En mi papel como promotora del conocimiento, al implementar talleres dirigidos a la población en general, fomenté la reflexión y nuevos estilos de relación familiar, perfeccioné mis técnicas en el manejo de grupos y también conviví y aprendí de la comunidad.

Tras estas reflexiones puedo mencionar que mi experiencia en la Maestría tuvo grandes frutos y fui parte de un proceso de formación integral.

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.

Definitivamente no sólo hubo un cambio en las familias que atendí y en las que colaboré para su tratamiento, sino además el cambio se dio en mi persona, tuve que dirigir la mirada hacía mi misma e identificar mis pensamientos, creencias, ideas y actitudes que limitaban mi desenvolvimiento en la práctica clínica. A la par que analizaba los casos de los que fui terapeuta responsable, analicé mis propias vivencias y cómo se entrelazaban con las de las familias para lograr una rápida o lenta mejoría.

En las actividades de la práctica clínica, el haber atendido a familias, en las que se habían presentado conductas suicidas fue impactante, hasta cierto punto me causó ansiedad y en el primer tratamiento de tales conductas, sentí una gran responsabilidad para evitar perder la vida del paciente, pero las sugerencias y apoyo recibidos del S. T. T., para realizar el trabajo ante el caso fueron cruciales. El autoanálisis, las reflexiones individuales y del equipo de trabajo, así como la retroalimentación lograron la co-responsabilidad con los pacientes suicidas, sus familias, la(s) supervisora(s) y mis compañeros para no cargar con un suicidio, sino de las acciones en materia de prevención, al ampliar en conjunto el espectro

de posibilidades para enfrentar y resolver situaciones problemáticas o de crisis e implementar factores de protección individual y familiar.

El equipo de supervisión fue un elemento muy valioso en mi labor terapéutica, al rescatarme del enganche emocional con las familias y que me tuvieron en situaciones tensión más allá del espacio terapéutico. También al conducirme por el camino que mejor favoreció el bienestar de las familias. En el trabajo con los sistemas familiares no está únicamente el profesional ante ellos, éste incluye a la persona del terapeuta que siente y se conmueve con las experiencias de vida, por ello creo conveniente contar con un proceso terapéutico personal que respalde, valide y confronte nuestro ser, hacer y quehacer personal y profesional.

Como alumna de la cuarta generación (2004-2006), del Programa de Maestría con residencia en Terapia Familiar, fui guiada por mis profesores, supervisoras y por mi tutora. Aprendí y aprehendí de su experiencia y conocimiento transmitido por ellos. Las actividades teóricas, de investigación, metodológicas, de práctica clínica supervisada y de las de difusión del conocimiento; sembraron y acrecentaron en mí, herramientas y fortalezas para desempeñarme como profesional, docente e investigadora con un alto nivel de compromiso, ética, calidad, calidez, humildad y sensibilidad. Actitudes requeridas en todo profesional para involucrarse en el ámbito laboral de distintos estratos, económicos, sociales y culturales de la sociedad, con sus respectivas necesidades, carencias y problemáticas. Por consiguiente, me resta hacer mención que el Programa de Maestría en Psicología, es formador y proveedor de profesionales competentes para satisfacer las complejas necesidades de la sociedad mexicana, a través del desarrollo científico, tecnológico y humanístico.

REFERENCIAS

- Adabi, M., Garma, A., Garma, E., Gazzano, A. J. A., Rolla, E. H. y Yampey, N. (1973). *La fascinación de la muerte*. Argentina: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Anderson, H y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp.45-59). Barcelona, España: Paidós.
- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y la Organización Mundial de la Salud (2006). *Día Mundial de Prevención del Suicidio. Más conocimiento, más esperanza*. Recuperado el 16 de enero de 2007, de http://www.med.uio.no/iasp/spanish/wspd/2006/MPDS_2006_Espagno1%5B1%5D.pdf
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* Recuperado el 5 de febrero de 2007, de http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (2006). *Inicio*. Recuperado el 5 de febrero de 2007, de <http://amtf.com.mx/index.php?page=Inicio>
- Bertalanffy, L. von, Weinberg, G. M. y Ashby, W. R. (1984). *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Beyebach, M. (1999), Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En Navarro, G. J., Fuertes, M. A. y Ugidos, D. T. (Eds.). *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú. Recuperado el 2 de enero de 2006 de <http://calebwebsite.tripod.com/referencias/IntroduccionTBCS.pdf>
- Blumenthal, S., y Kupfer, D. (1990). *Suicide over the life cycle: risk factors, assesment and treatment of suicidal patients*. EE. UU.: American Psychiatric Press.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad Murcia.
- Burin, M. y Meler, I. (1999). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Campos, C., R. M. (2004). *Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*. Recuperado el 13 de enero de 2007, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.pdf>
- Castrillón, A., M. J. (2007). *La hermenéutica*. Recuperado el 5 de julio de 2007, de <http://psicoliquidadas.spaces.live.com/Blog/cns!CC34544583A6953C!165.entry>
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. D. y Fernández, L. M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Argentina: Lugar Editorial.
- Ceberio, M. R. y Warzlawick, P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona, España: Herder.

- Center for Substance Abuse Prevention (s. f.). *Los consejos de la abuelita*. Recuperado el 7 de enero de 2007, de <http://hablemos.samhsa.gov/media/soyunica/pdfs/grandmaspanish.pdf>
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford.
- Clemente, D. M. y González, A. (1996). *Suicidio: una alternativa social*. España: Biblioteca Nueva.
- Colegio de Ciencias y Humanidades, UNAM. (s. f.) *El Modelo Educativo*. Recuperado el 20 de septiembre de 2006, de <http://www.cch.unam.mx/modelo.php>
- De Jonghe, R. (1982). *Los suicidios*. Suiza: La Roche & Cía., S. A.
- de Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. España: Paidós.
- de Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. Supervisiones y supervisados: una experiencia institucional. *Revista Psicoterapia y Familia*, 15 (1) 47-56.
- Eguiluz R., L. de L. (2001). *La teoría sistémica: alternativas para investigar el sistema familiar*. México: UAT y UNAM.
- El Pequeño Larousse Ilustrado* (2002) Colombia: Larousse
- Elkaim, M. (1996). *Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?*. Recuperado el 2 de octubre de 2006, de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Escamilla, A. L. (2004). *El viaje de crecer. Cómo afecta el entorno a niños y adolescentes: familia, escuela y entorno social*. México: Pax México.
- Espinosa, S., M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En L. de L. Eguiluz (Ed.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 115-138). México: Pax México.
- Esquivel, C. F., Fallas, D. G., Garita, A. C., Morera Q. G., y Sequeiro, S. M. (2002). *Guía metodológica para el vídeo: Comunicación y otros volados para una adolescencia plena*. Recuperado el 9 de enero de 2007, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/guiavideo.pdf>
- Evans, G. y Farberow, N. L. (1988). *The encyclopedia of suicide*. New York, EE. UU.: Facts on File.
- Feixas, V. G. y Villegas, B. M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer, S. A.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. Ch. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. España: Paidós.
- Gergen, G. (s. f). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna*. Recuperado el 4 de octubre de 2006, de <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/lacth/lasld-244.html>
- Garay, A., Iñiguez, L., Martínez, M., Muñoz, J., Pallares, S. y Vázquez, F. (2002). Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 437-450.

- Gurman, A. S. y Fraenkel, M. (2002). The history of couple therapy: a millennial review. *Family Process*, 41, (2) 1-64.
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu editores.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. California, EE. UU.: Saye Publications.
- Hoffman, L. (1992). *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. Verdad, privacidad y reconciliación en una sociedad del "decirlo todo"*. España: Gedisa.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. A. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de la Serie Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales*. Recuperado el 10 de septiembre de 2006, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005/BoletinSui05.pdf
- Joturan, S. B. (1994). *El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas*. Recuperado el 2 de octubre de 2006, de <http://www.click.vi.it/sistemiculture/Joturan.html>
- Keeney, B. P. (1991). *Estética del cambio*. España: Paidós.
- La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Recuperado el 7 de enero de 2007, de <http://www.discapnet.es/NR/rdonlyres/ee62624cbf6niwqfzvschwadyidqfifbefl5pxm3uvzs2gng3thcuxqbsfjv45qbjut6ry6ncl3cj/guiasuicidiofeafes.pdf>
- La Estrategia Nacional contra el suicidio en Nicaragua (s. f.). *Plan Nacional de Promoción de vida*. Recuperado el 9 de enero de 2007, de http://www.minsa.gob.ni/bns/salud_mental/doc/Taller%20de%20abordaje%20del%20suicidio.PDF
- Landau-Stanton, J. y Stanton, M. D. (1988). El tratamiento de adolescentes suicidas y sus familias, 1ª parte. *Revista Sistemas familiares*, 4 (3) 79-90.
- Landau-Stanton, J. y Stanton, M. D. (1989). El tratamiento de adolescentes suicidas y sus familias, 2ª parte. *Revista Sistemas familiares*, 5 (2) 61-67.
- Lax, W. D. (1992). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. McNamee y K. J. Gergen, (1996) (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 93-110). Barcelona, España: Paidós.
- Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. España: Paidós.
- Marchiori, H. (1998). *El suicidio. Enfoque criminológico*. México: Porrúa.

- Martínez, J. T. y Ramírez, H. J. (2003). *Terapia centrada en soluciones. Una cosmovisión posmoderna dentro del hacer terapéutico*. Tesis para obtener el título de licenciadas en psicología, FES Iztacala, UNAM.
- Martorell, J. L., y Prieto, J. L. (s. f.). *El constructivismo (cap. 10) del Resumen del Manual "Fundamentos de la Psicología"*. Recuperado el 2 de octubre de 2006, de <http://www.ETORREDEABEL.COM/UnedParla/Asignaturas/IntroduccionPsicologia/ResumenManual-Capitulo10.htm>
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE.
- Mental Health Association in Texas (2006). *Comprender el suicidio: lo fundamental*. Recuperado el 5 de enero de 2007, de http://www.mhatexas.org/F_2006UnderstandingSuicide_Spanish.pdf
- Micucci, J. A. (1998). *The adolescent in family therapy. Breaking the cycle of conflict and control*. U. S. A.: The Guilford Press.
- Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minois, G. (1996). *History of suicide. Voluntary death in West Culture*. Baltimore, EE. UU.: The Johns Hopkins University Press.
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1992). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Nichols, M. P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona, España: Paidós.
- Montalvo, J. (2003) *La familia: La descripción de su estructura y su intervención desde una perspectiva sistémica. Proyecto de investigación*. Prof. Asoc. "C". TC Def. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Morón, P. (1992). *El suicidio*. México: Publicaciones Cruz.
- Nelson, T. S., Eleuridas, C. y Rosenthal, D. M. (1986). La evolución del interrogatorio circular. El entrenamiento de terapeutas familiares. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12 (6,2), 113-127.
- Ochoa de A., I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Herder.
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1992). *Introducción a la Programación Neurolingüística. Cómo descubrir y emplear la excelencia para obtener óptimos resultados personales y profesionales*. Barcelona, España: Ediciones Urano.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Suicide prevention (SUPRE)*. Recuperado el 10 de septiembre de 2006, de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado el 16 de enero de 2007, de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

- Organización Panamericana de la Salud (2003). *La violencia autoinfligida. (cap. 7) del Informe Mundial contra la Violencia y la Salud*. Recuperado el 13 de enero de 2007, de http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona, España: Paidós.
- Penn, P. (1982). Interrogatorio circular. *Family Process*, 21 (3), 267-280.
- Pérez, B. S. (2005). Prevención del suicidio por el medico general. Principios para su capacitación. Recuperado el 9 de enero de 2007, <http://biomed.uninet.edu/2005/n3/perezb.html>
- Pérez, B. S. (2005). Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 68(3-4) 222-227. Recuperado el 12 de enero de 2007, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Neuro_psiquiatria/v68_n3-4/pdf/a10.pdf
- Pick, S., Givaudan, M. y Martínez, A. (1995). *Aprendiendo a ser papá y mamá. (De niños y niñas desde el nacimiento hasta los 12 años)*. México: Grupo Editorial Planeta.
- Raymond, L. (1993). Communication processes in structural family therapy: Case Study of an anorexic family. *Journal of Family Psychology*, 6 (3) 308-326.
- Restrepo, A. N. (2007). *Construccionismo social*. Recuperado el 5 de julio de 2007, de <http://psicoliquidas.spaces.live.com/Blog/cns!CC34544583A6953C!165.entry>
- Rosen, S. (1991). *Mi voz irá contigo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rosenberg, M. (2001). *Comunicación no violenta. Un modelo para incrementar la armonía y la productividad*. The Center for Non Violente Communication A. C. PRO, S. C. Y UR BRAIN, S. C.
- Rosenberg, M. (s. f.). *Comunicación no violenta. Taller introductorio*. The Center for Non Violente Communication A. C. PRO, S. C. Y UR BRAIN, S. C.
- Rozo, C., J. A. (2002). *La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿tiene algún sentido la terapia?*. Recuperado el 4 de octubre de 2006, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-104-1-la-terapia-desde-el-punto-de-vista-del-construccionismo-soci.html>
- Ruiz, S., J. J. y Cano, S., J. J. (s. f.). *Psicoterapia por la personalidad. Paciente externalizador y alta reactividad: Psicoterapia estratégica centrada en la solución de de Shazer*. Recuperado el 2 de enero, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Personalidad/personalidad6.htm>
- Sánchez y G., D. (2000). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, V. A. (1969). *Ética*. México: Grijalbo.
- Sandoval, R. M. (2003). *Plan de Desarrollo Institucional 2003-2007*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Recuperado el 20 de septiembre de 2006, de http://direccioniztacala.unam.mx/frame_index.html
- Sarró, B., de la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. España: Martínez Roca.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona, España: Paidós.

- Selvini P., M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing — Circularity — Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session *Revista Family Process*. 9 (1) 3-12.
- Selvini P., M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., (1994). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. México: Paidós.
- Smith, C. y Nulund, D. (1997). *Narrative therapies with childrens an adolescents*. New York: Guilford Press.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2004). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Sousa y M., M. (1988). *Educación en Salud Mental para Maestros*. México: Manual Moderno.
- Suárez, C. M. (s. f.). *Taller de comunicación no violenta*. Síntesis. Prof. Titular “C” TC Def. de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Suicide Prevention Center. (s. f.) *Mitos que existen sobre el suicidio*. Recuperado el 5 de enero de 2007, de <http://www.suicidepreventioncenter.org/files/MythsSp.pdf>
- Tatem, D. W. y Del Campo, R. L. (1995) Selective Mutism in Children: A Structural Family Therapy Approach to Treatment. *Contemporary Family Therapy An International Journal*, 17, (2) 177-194.
- The National Alliance on Mental Illnes (2005). *Cuidándose después de un intento de suicidio*. Recuperado el 15 de enero de 2007, de http://www.sprc.org/library/consumer_guide_SP2.pdf
- Tomm, K. (1984). One Perspective on the Milan Systemic Approach: Part II. Description of Session Format, Interviewing Style and Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3) 253-271.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión*. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Terapia Familiar, noviembre 1988, México.
- Umbarguer, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Universidad Nacional Autónoma de México (s. f.). *El Programa de posgrado en psicología de la UNAM*. Recuperado el 18 de septiembre de 2006, de <http://www.posgrado.unam.mx/psicología/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (s. f.). *Maestría y Doctorado en Psicología*. Recuperado el 18 de septiembre de 2006, de <http://www.posgrado.unam.mx/programas/Psicología.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (s. f.). *Programa de Residencia en Terapia Familiar*. Resumen. Recuperado el 18 de septiembre de 2006, de http://www.posgrado.unam.mx/psicología/residencia_11.pdf
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de los casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: Ediciones Aljibe.
- Villardón, G. L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. España: Universidad de Deusto.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1996). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós.

- Watzlawick, P., Beavin, B. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1997) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1
ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE LA RESIDENCIA

SEMESTRE	ACTIVIDAD	HS/SEMANA	HS/SEMESTRE		CRÉDITOS
			T	P	
PRIMERO 36 créditos	Métodos de Investigación Aplicada I (tronco común)	3	48		6
	Medición y Evaluación I (tronco común)	3	48		6
	Teorías y Modelos de Intervención I. Campo de conocimiento aplicado: La Psicología Aplicada a la Salud. (tronco común)	3	48		6
	Práctica Supervisada I. Residencia en Terapia Familiar Sistémica.	12		288	18
	SUMA ACUMULADA DE HORAS EN LA RESIDENCIA: 288				36
SEGUNDO	Métodos de Investigación Aplicada I (tronco común)	3	48		6
	Medición y Evaluación II (tronco común)	3	48		6
	Teorías y Modelos de Intervención II. Campo de conocimiento aplicado: La Psicología Aplicada a la Salud. (tronco común)	3	48		6
	Práctica Supervisada II. Residencia en Terapia Familiar Sistémica.	12		288	18
	SUMA ACUMULADA DE HORAS EN LA RESIDENCIA: 576				72
TERCERO	Teorías y Modelos de Intervención III. Campo de conocimiento aplicado: La Psicología Aplicada a la Salud. (tronco común)	3	48		6
	Práctica Supervisada III. Residencia en Terapia Familiar Sistémica.	20		480	30
	SUMA ACUMULADA DE HORAS EN LA RESIDENCIA: 1056				108
CUARTO	Práctica Supervisada IV. Residencia en Terapia Familiar Sistémica.	25		600	37
TOTAL DE CRÉDITOS					145
TOTAL DE HORAS EN LA RESIDENCIA:					1656
SUMA DE CRÉDITOS DEL TRONCO TEÓRICO METODOLÓGICO:			42		
SUMA DE CRÉDITOS DE LAS ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA:			103		
TOTAL DE CRÉDITOS: 145					

ANEXO 2

MAPA CURRICULAR

Áreas Ciclos	Tronco Común	Actividades Complementarias	Práctica Clínica
1er Semestre	Teorías y Modelos de Intervención I. Métodos de Investigación Aplicada I. Medición y Evaluación I.	Epistemología de la Terapia Sistémica. Entrevista y Evaluación Sistémica. Modelo Estructural. Seminario Integración. Tutorías.	Práctica Clínica Supervisada I
2do Semestre	Teorías y Modelos de Intervención II. Métodos de Investigación Aplicada II. Medición y Evaluación II.	Modelo Estratégico. Modelo de Terapia Breve. Seminario Integración. Tutorías.	Práctica Clínica Supervisada II
3er Semestre	Teorías y Modelos de Intervención III.	Modelo de Milán. Modelo de Soluciones. Seminario Integración. Tutorías.	Práctica Clínica Supervisada III
4º Semestre		Modelos Posmodernos. Seminario Integración. Tutorías	Práctica Clínica Supervisada IV

ANEXO 3

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

Entidades académicas en las que se imparte el Programa de Residencia en Terapia Familiar:

- Facultad de Psicología.
- Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Escenarios clínicos de entrenamiento:

- Clínicas Universitarias (Facultad de Psicología, C.U. y FES Iztacala)
- Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE.
- Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco, UNAM.
- Hospital Psiquiátrico Infantil, "Juan N. Navarro".
- Centro Comunitario "Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

Responsables Académicos:

- Mtra. Silvia Vite San Pedro.
División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología.
- Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky.
División de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Supervisores

Facultad de Psicología:

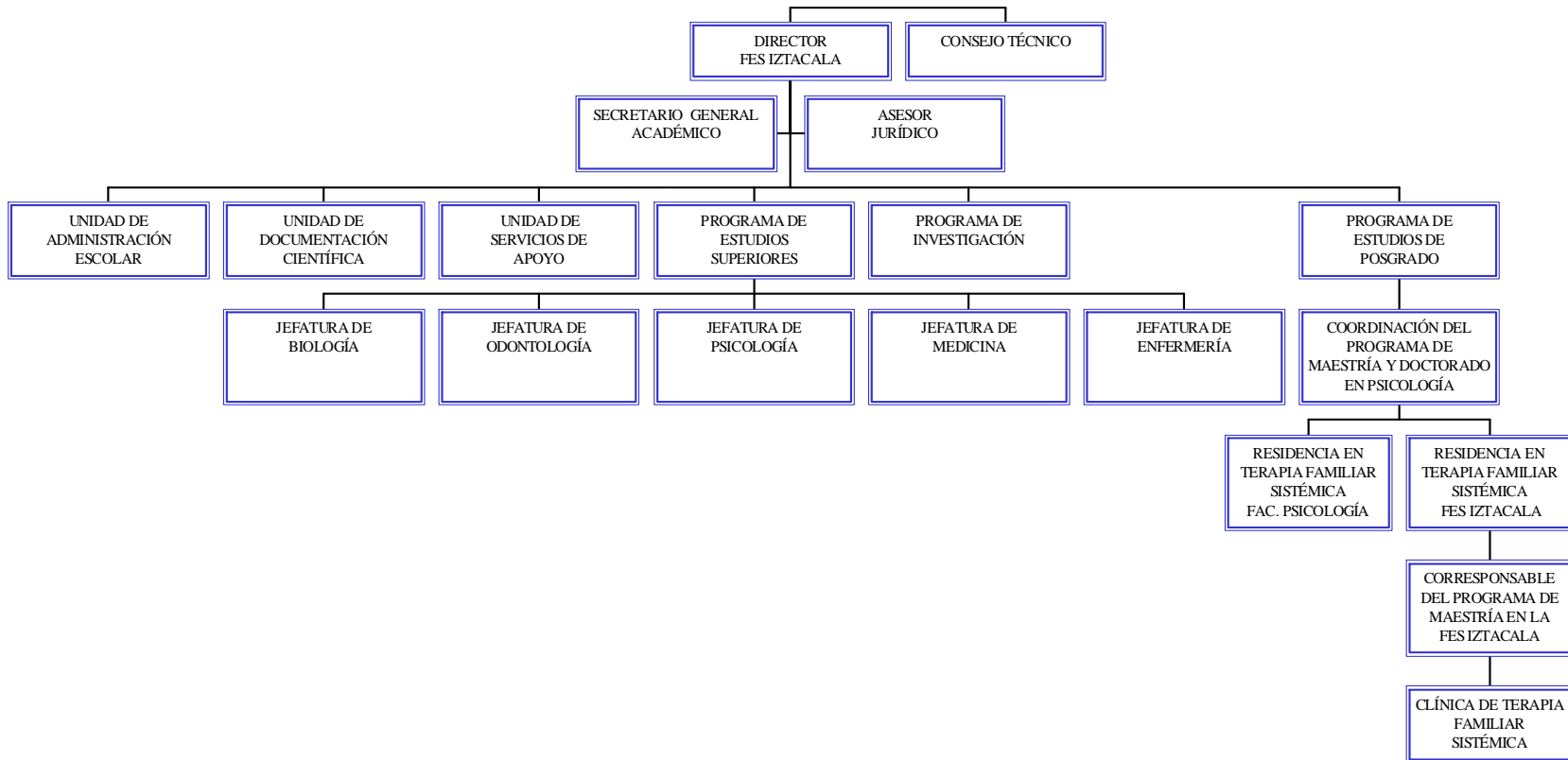
- Lic. Piedad Aladro Lubel
- Lic. Patricia Guillermina Moreno Wonchee
- Mtra. Nora Claudia Renteria Cobos
- Dr. Raymundo Macías Aviles
- Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany
- Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala:

- Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky
- Mtra. Rosario Espinosa Salcido
- Dra. María Suárez Castillo
- Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda
- Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo
- Mtra. Carmen Susana González Montoya
- Mtra. Carolina Rodríguez González
- Mtra. Juana Bengoa González
- Dr. Jaime Montalvo Reyna

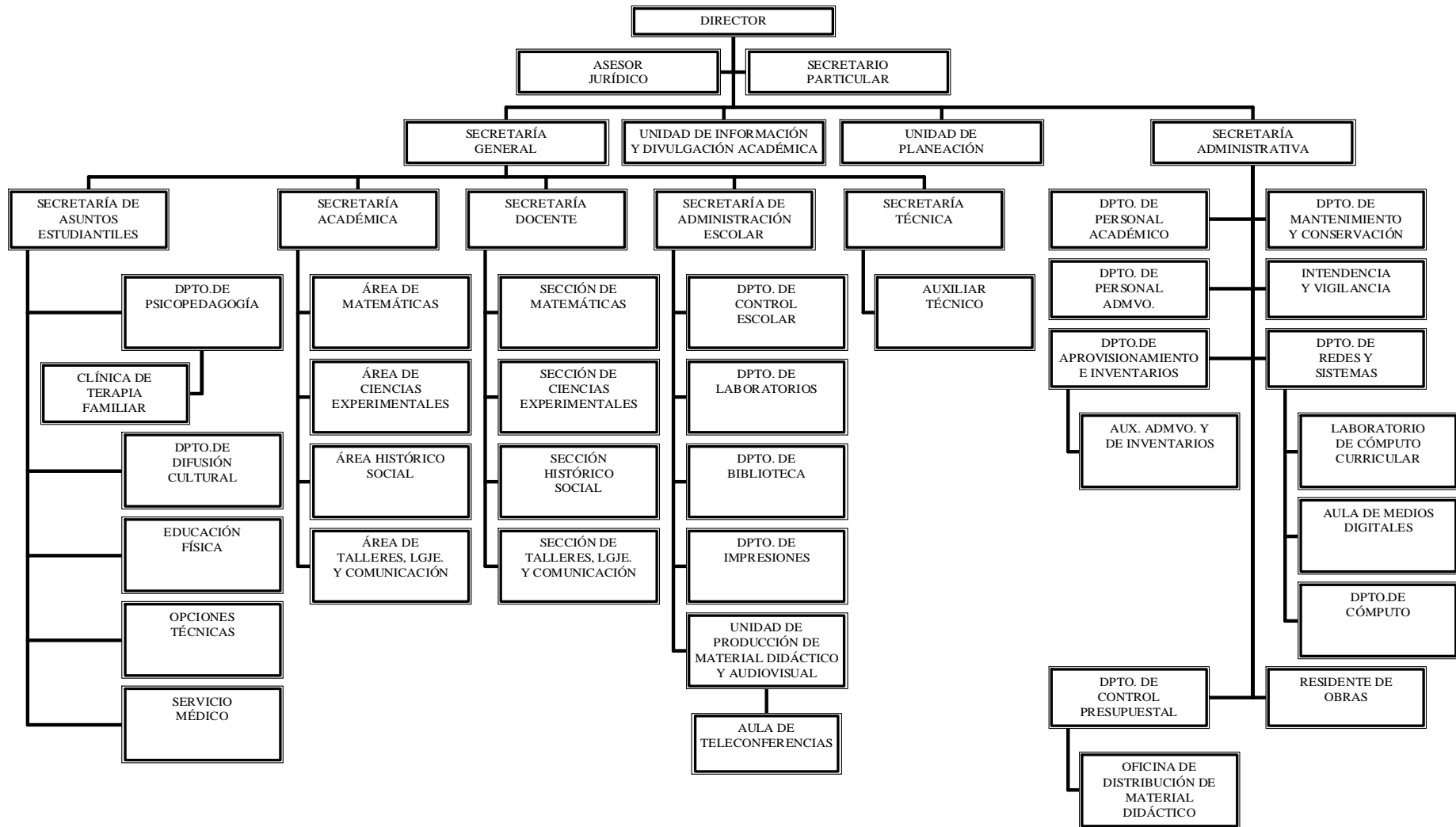
ANEXO 4

ORGANIGRAMA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



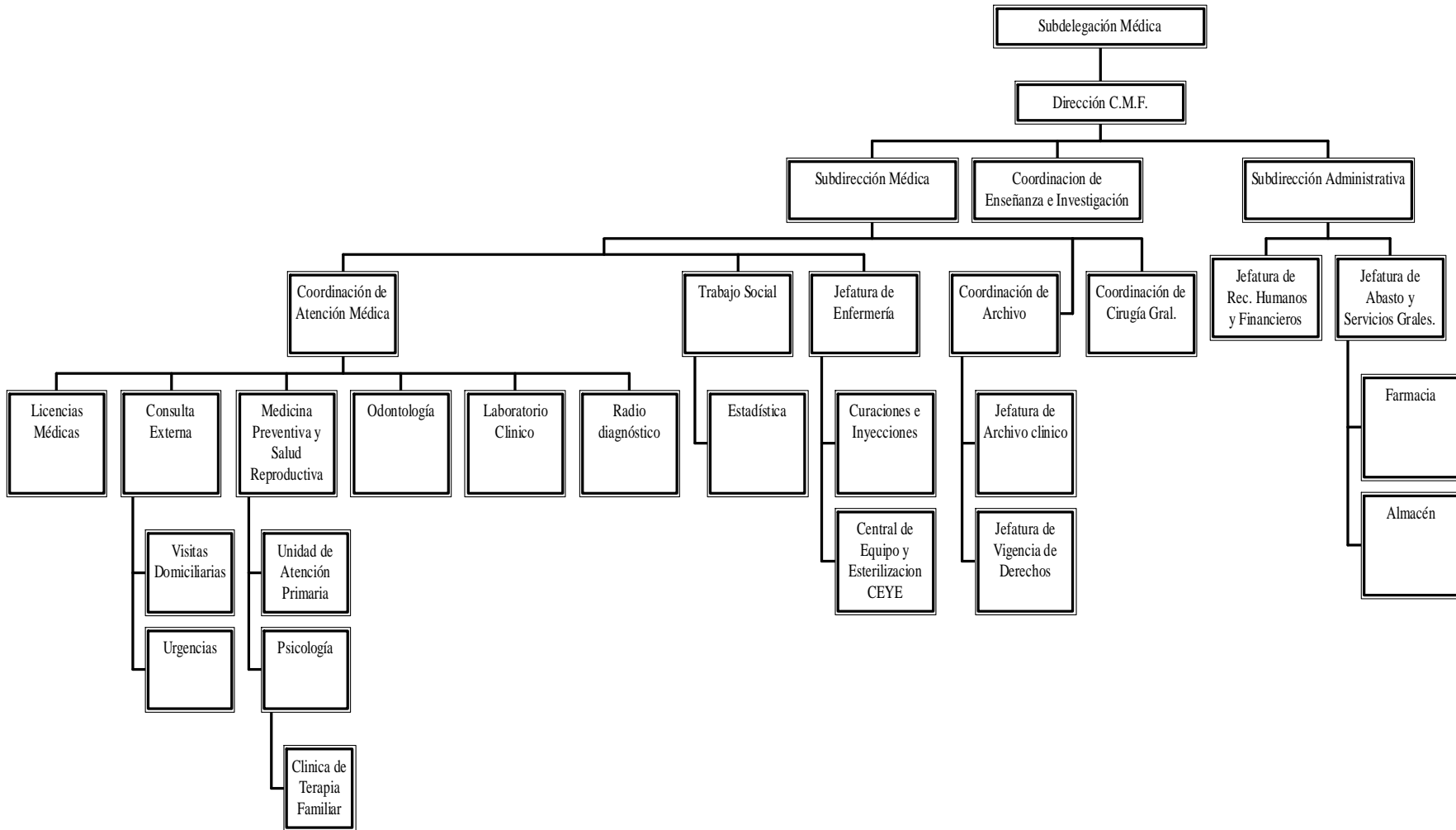
ANEXO 5

ORGANIGRAMA DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES AZCAPOTZALCO



ANEXO 6

ORGANIGRAMA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA (ISSSTE)



ANEXO 7

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA
CCH AZCAPOTZALCO**

Supervisoras: Mtra. Carolina Rodríguez González y Mtra. Juana Bengoa González

ENTREVISTA TELEFÓNICA

1. Motivo de la llamada. Presentarse como terapeuta de la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco. Hablar con la persona que solicita el servicio.
2. Preguntar por el motivo de la consulta. Identificar el problema y al posible paciente, así como a la persona que está más interesada en asistir a terapia (cliente).
3. Cuántas personas conforman la familia (hacer el familiograma), y quiénes habitan el domicilio.
4. Presentar el encuadre de trabajo: un terapeuta está a cargo del caso, existe un equipo que se encuentra en otra habitación, mismo que participa llamando al terapeuta por el interpón para expresar sus ideas y proporcionar un mensaje al finalizar la sesión. Las sesiones se tienen que videogravar para ser estudiadas por todo el equipo y así proporcionar un mejor servicio a la familia. Esto es una práctica común en los programas más avanzados de la Terapia Familiar en México y en el mundo. Los terapeutas se comprometen a respetar la privacidad y el anonimato de las familias que participan.
5. Miembros de la familia que asistirán a la sesión.
6. Establecer la hora y día de la primera consulta.
7. Elaborar la primera hipótesis con los datos obtenidos.

ANEXO 8

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

FORMATOS DE TRABAJO CLINICO

Elaborados por las profesoras de la Residencia en FES Iztacala

PRIMERA LLAMADA TELEFÓNICA

Fecha: Terapeuta: Sede clínica:
Nombre de la familia
Persona que responde a la llamada
Miembros que integran la familia (edad, parentesco, ocupación, escolaridad)
Motivo de consulta
Antecedentes del problema (historia familiar en relación con el motivo de consulta)
Antecedentes de tratamiento (médicos, psicológicos, pedagógicos, etc.)
Miembros de la familia que asistirán a la sesión
Familiograma
Fuentes de referencia

REPORTE DE SUPERVISIÓN DE TERAPIA FAMILIAR

PRIMERA ENTREVISTA

Nombre de la familia
Terapeuta Sede clínica
Supervisora Equipo de supervisión
Fecha Hora inicio _____ hora término _____
Personas que asisten a la sesión
Familiograma
Geografía familiar
Motivo de consulta
Antecedentes familiares que refieren los asistentes
Antecedentes del problema e intentos para enfrentarlo
Hipótesis (en el caso de modelos sistémicos, en caso de que se trabaje de acuerdo a modelos que no planteen hipótesis no anotarlo).
Objetivos de tratamiento:
 A corto plazo
 A mediano plazo
 A largo plazo
Intervenciones terapéuticas
Análisis teórico y modelos que sustentan el trabajo terapéutico
Tareas y/o mensaje final de la sesión (en los casos en que esto se dio)
Evaluación, observaciones generales y aspectos significativos que surgieron en la sesión

ANEXO 8 (Continuación)

HOJA DE SEGUIMIENTO

Nombre de la familia

Terapeuta Sede clínica

Supervisora Equipo de supervisión

Fecha Sesión No.

Breve resumen de la sesión anterior

Geografía

Miembros de la familia que asisten

Familiograma (en caso de haber información adicional a la de sesiones anteriores)

Objetivos de la sesión

Intervenciones terapéuticas

Análisis teórico y modelos que sustentan el trabajo terapéutico

Tareas y/o mensaje final de la sesión (en los casos en que se den)

Plan de tratamiento

Evaluación y observaciones generales (impacto y efectos en la familia y en el equipo de terapeutas).

ANEXO 9

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

La FES IZTACALA. En sus diferentes sedes, ofrece entre sus diversos servicios, la atención a la comunidad: Terapia Familiar o de Pareja, a través de su Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Como parte del modelo de trabajo con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o video las entrevistas realizadas con el objeto de que puedan ser estudiadas con mayor detenimiento, y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos, esto es una práctica en los programas más avanzados de la Terapia Familiar en México y en el mundo. Los videos y el material clínico que se genera son propiedad exclusiva del programa. Las personas que laboran en él respetarán la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México D. F., a ____ de _____ del 200 ____.

Clientes

Terapeuta

ANEXO 10
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

CCH AZCAPOTZALCO
EVALUACIÓN DEL SERVICIO

El objetivo de este documento es obtener información por parte de las familias atendidas, en el CCH AZCAPOTZALCO, respecto al servicio de terapia familiar. Los elementos a considerar son: las condiciones de trabajo, el desempeño del terapeuta y la utilidad del proceso en su dinámica familiar y principales quejas.

1. CONDICIONES DE TRABAJO:

1. DESEMPEÑO Y ACTITUD DEL TERAPEUTA ANTE USTEDES:

2. UTILIDAD DEL SERVICIO RESPECTO A SU MOTIVO DE CONSULTA:

4. EN UNA ESCALA DE 1 A 5, EN DONDE 1 SIGNIFICARÍA QUE LOS CAMBIO RESPECTO A SU QUEJA FUERON MÍNIMOS Y 5 QUE ALCANZÓ TOTALENTE LOS OBJETIVOS DE LA TERAPIA, ¿EN QUÉ NÚMERO SE ENCONTRARÍA EN ESTE MOMENTO, PENSANDO QUE USTED LLEGO CON UNA ESCALA DE CERO?

1 2 3 4 5

ANEXO 10 (Continuación)

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

5. ¿SI LLEGARA A NECESITARLO CONTINUARÍA CON EL SERVICIO?

6. EN CASO DE NO HABER CONCLUÍDO CON EL TRATAMIENTO ¿CUÁL FUE EL MOTIVO?

ANEXO 11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA (ISSSTE)

EVALUACIÓN DEL SERVICIO

Nombre:

1. ¿Cómo siguen del problema motivo de consulta?
2. ¿Qué de lo que vieron en terapia ayudó a superar el problema, qué para?
3. ¿Qué cosas no les gustó, les enojo de lo que pasó en terapia?
4. ¿Han vuelto a recurrir a Psicología por lo mismo?
5. ¿ Que calificación le dan al servicio de Terapia Familiar, en donde 0 = Nada y 10 = Excelente?
6. ¿Recomendarían el servicio de Terapia Familiar?
7. ¿Cuántos miembros hay en la familia?
8. Evolucionó el problemas?
9. ¿Se beneficiaron los miembros de la familia?

ANEXO 12

PENSAR POSITIVO

Aunque hayan pasado torrentes de males
litigando a nuestro corazón con dolores,
aunque las heridas hayan marcado el alma
debemos pensar que hay jardines y flores.

Pienso que la vida, son rosas con espinas,
aunque son hermosas, nos causan heridas,
la armonía con nuestra conciencia
dependerá de lo que hagamos en nuestra existencia.

Debemos luchar con valentía y confianza,
sabiendo que existe justicia y amor,
aunque nos deparen pruebas con fatalidades,
tenemos que seguir adelante sin temor.

La vida no es fácil para el triunfador,
tiene que esforzarse y pagar el precio con creces,
aunque la envidia y la mentira lo persiguen,
continúa batallando y así es que vence.

Vendrán derrotas y también victorias,
lágrimas se han de derramar,
pero nunca temas, no hay que acobardarse,
somos vencedores llamados a triunfar.

Este es un mensaje para meditar
aunque en el mundo exista la maldad
injusticias mezquinas y muchas mentiras
tú y yo, seremos diferentes, ofreceremos amor y bondad.

ANEXO 12 (Continuación)

ENTRE DOS CAMINOS

En la vida siempre hay que decidir
qué caminos nos conviene elegir;
siempre hay uno que te hace sufrir,
el otro se reserva para sonreír;
uno se hace difícil de conseguir,
por el otro no merece la pena seguir.

¿Cuál debo elegir?

Conseguir el fácil es aburrido,
desistir del difícil no está permitido.

Decide con cuidado,
tu futuro está en tus manos;
y no dejes de lado, olvidado
que tu vida está en tus manos.

ANEXO 12 (Continuación)

VIVAMOS EN FAMILIA

Familia: una palabra sagrada,
que el mismo DIOS escribiera,
y luego enviara al mundo
como una buena señal a la tierra.

La hizo con fragilidad,
y al mismo tiempo con fortaleza;
para defender el amor,
la unión de la familia y su esencia.

Un árbol con buenas raíces,
en donde el tronco son los abuelos,
las ramas fuertes los padres,
y los brotes nuevos los nietos.

En esta era moderna
en donde somos verdugos del tiempo,
debemos estar más unidos,
y practicar más seguido el respeto.

Seamos adictos a la familia,
la necesitamos para seguir viviendo,
vivámosla con mucha emoción,
compartamos con ella nuestros sueños.

Nada tiene mas valor,
que este manojito de vivencias;
vivamos el amor, vivamos en familia,
y haremos mas rica esta difícil existencia.