



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

**TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y
TERAPIA FAMILIAR**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

*QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA*

P R E S E N T A:

LILIANA HERNÁNDEZ MENDOZA.

*DIRECTORA DEL REPORTE.
MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO.*

*COMITÉ TUTORIAL.
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA
MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
MTRA. CAROLINA RODRIGUEZ GONZÁLEZ
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY*



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

“NO HAY NOCHE TAN LARGA, QUE NO TERMINE EN DÍA”

NARDONE (2004)

Mil gracias a las personas que han creído en mí y que me han apoyado en los sueños y proyectos que he tenido.

A Brown, que con amor me ha acompañado en las noches de desvelo, de enojos, de alegrías y me ha motivado para concluir mis metas por lejos que se encuentren, gracias por estar a mi lado.

A Rosario que ha sido una excelente tutora, maestra, amiga y persona, que con paciencia me ha apoyado en este trayecto y me ha apoyado para seguir adelante, gracias por todo el aprendizaje que me has dado.

A Caro que ha sido una excelente escuchá, amiga y consejera, a quien también agradezco el compartir sus conocimientos, sus aventuras y su vida, gracias por ayudarme a conocer más de mí.

A Vicky porque me llena de cariño, fuerza y ternura siempre dispuesta a compartir, por apoyarme y motivarme a llegar a la meta.

A Paty porque me transmites de tu energía, tu alegría y tu chispa que es como un motor para buscar siempre nuevos retos y disfrutarlos al máximo, por enseñarme que las cosas no son tan graves como uno las hace y por tu cariño.

A Arturo por darle ese toque de poesía y arte a la estancia a lo largo de la maestría, por compartir tu amistad y experiencias.

A ustedes que fueron un gran equipo de trabajo en la maestría, por los aprendizajes y los errores que compartimos, apoyándonos siempre.

Gracias a todos los docentes que forman parte de la residencia en terapia familiar y que me acompañaron en este proceso de aprendizaje, dejando cosas de gran valor en mi vida.

A mis padres que siempre han confiado en mí y están a mi lado apoyándome en todo momento.

A mis hermanos y cuñadas por apoyarme en las cosas que he decidido, por distraerme cuando lo he necesitado y por ser parte de mi vida.

A todos mis amigos y compañeros que han formado parte de la construcción de este camino y que en algún momento me han acompañado recorriéndolo a mi lado.

G.D.P.P.T.

ÍNDICE

I. Introducción y Justificación

1.1 Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

- 1.1.1 Características del campo psicosocial5 -13
- 1.1.2 Principales problemas que presentan las familias13-15
- 1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa.....15-16

1.2 Características de las sedes y subsedes donde se realiza el trabajo clínico

- 1.2.1 Descripción de los escenarios clínicos 17-19
- 1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios clínicos 20-22
- 1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en 22-25
las distintas sedes.

II. Marco Teórico

2.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.

- 2.1.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica27-30
- 2.1.2 Modelo de Terapia Estructural30-37
- 2.1.3 Modelo de Terapia Estratégica37-44
- 2.1.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas44-55
- 2.1.5 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones55-65
- 2.1.6 Modelo de terapia del grupo de Milán65-75
- 2.1.7 Fundamentos de los Modelos Posmodernos75-77
- 2.1.8 Modelo de Terapia Narrativa 77-79
- 2.1.9 Enfoque Colaborativo80-81
- 2.1.10 Modelo basado en el enfoque Reflexivo81-82
- 2.1.11 Reflexiones sobre los diferentes modelos teóricos82

III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

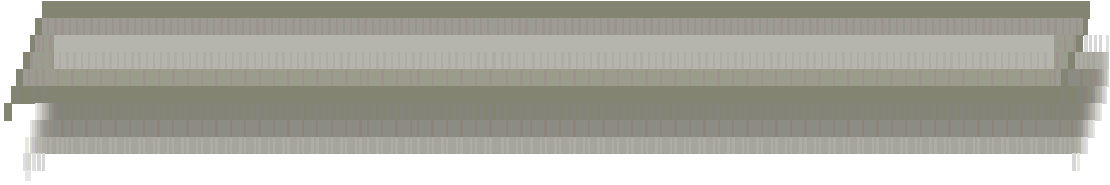
3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas.

- 3.1.1 Integración del trabajo clínico de las familias atendidas.....84-85
- 3.1.2 Familia "A" La depresión.....86-89
- 3.1.3 Familia "B" Falta de límites89-93
- 3.1.4 Familia "C" Problemas de conducta93-101

3.2 Terapia familiar y trastornos de la alimentación

- 3.2.1 Definiciones101-105
- 3.2.2 Los trastornos de la alimentación y su tratamiento.....106-107
- 3.2.3 La Terapia Sistémica como una alternativa: casos prácticos107-120

| | |
|--|---------|
| 3.2.4 Análisis de la temática | 120-124 |
| 3.3 Análisis del sistema terapéutico total | 124-129 |
| 3.4 Habilidades de investigación | |
| 3.4.1 Reporte de la investigación usando la metodología cuantitativa | 129-131 |
| 3.4.2 Reporte de la investigación usando la metodología cualitativa | 132-133 |
| 3.5 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria. | |
| 3.5.1 Elaboración de Productos Tecnológicos..... | 134 |
| 3.5.2 Programas de intervención comunitaria | 135-140 |
| 3.5.3 Presentación en foros académicos..... | 140-141 |
| 3.6 Habilidades de compromiso y ética profesional | |
| 3.6.1 Consideraciones éticas de la práctica profesional..... | 141-145 |
| Referencias | 146-149 |



CAPÍTULO UNO

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 ANALISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

1.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

Realizar el abordaje de la concepción de la familia parecería enfrentarnos a una labor sencilla por cuanto representa una institución que hoy día, mucha gente considera base de cualquier sociedad. Sin embargo, nos coloca en un entramado epistemológico que trae consigo una multiplicidad de discursos acerca de nuestro objeto de estudio. Así, podríamos realizar un análisis de cada una de las disciplinas científicas que se avocan a su estudio directa o indirectamente, como: La perspectiva sociológica, la antropológica, el psicoanálisis o podríamos centrar nuestro interés en las funciones, roles o status que se desempeñan dentro de la familia al concebirla como una institución. También pudiésemos conceptualizar la integración de las familias desde su origen y comprender su evolución por cada una de las etapas de su desarrollo (Bertalanffy, 1993).

Asimismo, se podría estructurar una crítica sobre las distintas clasificaciones de las familias: Por el momento evolutivo, contexto histórico, por el tipo de parentesco: nombrado y reconocido, por los vínculos, afectivos y no afectivos, por el modo de vida familiar en cuanto a la formación profesional, tradicional, intermedio e igualitario y por las personas que cohabitan bajo el mismo techo, nuclear, extensa, reconstituida, etc.

Como vemos, existen muchas formas de percibir a la familia, por lo que a continuación nos centraremos en un breve análisis histórico de la familia occidental y sus transformaciones para aterrizarlo en el campo psicosocial mexicano. De esta manera, podemos plantear que así como sería casi imposible hablar de una psicología, es igualmente complicado aludir a un solo tipo de familia.

Aceptar que el modelo de familia occidental es único y núcleo de la sociedad, como lo proponían los sociólogos tradicionales sería tan ingenuo como aceptar la propuesta de que la familia es un hecho universal con arreglos diversos que dependen de factores culturales. Los antropólogos nos demuestran que existen culturas con modos de producción diferente en las que *“ningún análisis de la reproducción de la fuerza de trabajo en el capitalismo puede explicar el ligado de los pies, los cinturones de castidad”*...las infibulaciones, las violaciones masivas, los azotes públicos, la venta de mujeres, etc. Más aún, *“el análisis de la reproducción de la fuerza de trabajo no explica ni siquiera porque son generalmente las mujeres las que hacen el trabajo doméstico y no los hombres”* (Rubin, 1986 p. 57).

De igual forma, estaríamos ignorando las mutaciones de la familia como por ejemplo, la China, apoyadas en la ruralidad y basada en el linaje; a las familias japonesas apoyadas en la industrialización y urbanización que conservan la fidelidad al grupo. Haríamos caso omiso de las diversas organizaciones africanas y sus sistemas elementales y complejos del parentesco que difieren en sus formas de filiación, matrimonio y modos de herencia (Levi-Strauss, 1985).

En el mundo occidental, del cual estamos influidos, el sistema familiar se encuentra atravesado por diversos factores: Religioso, económico, social, ideológico, psicológico, funcional ubicados en un contexto histórico social particular y atrapado entre un espacio público y uno privado.

LA FAMILIA Y LA RELIGIÓN

A lo largo del tiempo la familia ha sido definida e influida por el matrimonio religioso. El derecho canónico elaborado en el siglo XII define el matrimonio como un sacramento indisoluble cuya materia está constituida por el consentimiento mutuo de los esposos.

Nosotros sabemos que el sacramento y el contrato son cosas diferentes: A uno están vinculados los efectos civiles, al otro las gracias de la iglesia, los dos aspectos se disociarán totalmente con la revolución que marca el desenlace final de las dos tendencias, exigiendo una ceremonia civil para dar validez a la ceremonia religiosa.

Sin embargo, se ha generado el hecho de que si se deseaba formar parte de una pareja, necesariamente se tenía que legalizar dicha unión por medio del matrimonio civil, ya que de lo contrario sería una unión mal vista y de poca seriedad. por los siglos XI y XII se tenía la ideología de que el hecho de rechazar el matrimonio era dar rienda suelta a todas las pulsiones lujuriosas, así como, que este era *el remedio para la lujuria*, incluso, se creía que la mujer era la portadora del pecado y de la perdición para el hombre y, que por ende, solo el deseo del hombre podía definirse como amor, así que por lo tanto, el matrimonio solamente se podría justificar si su único fin era el de la reproducción; de tal manera que el aspecto sexual y deseante en la unión de dos personas y amantes era el único móvil de la unión, ahora tendría que quedar en un aspecto secundario y a la vez oculto, fuera de todo goce y placer ya que de lo contrario, era causante de una gran culpa y de miedo a la vez (Duby, 1981)

La herencia de dicho periodo histórico de pronto comienza a sufrir estragos especialmente en la ideología implícita de que al momento de formar una pareja y por ende una familia, los integrantes de dicha relación pasaban a ser propiedad el uno del otro así como el hecho de que los objetivos y metas de vida tenían que ser replanteados, delimitados e incluso olvidados, puesto que en ese momento ya se habían alcanzado, era el momento de olvidar todos los deseos, expectativas y fantasías en relación con la pareja así como con la propia persona.

LA FAMILIA Y LA ECONOMÍA

Un cierto número de fenómenos económicos y sociales ha conducido a los padres a reafirmar su autoridad sobre los hijos, para la elección de su cónyuge, con el fin de que el orden social no sea puesto en peligro. Las clases aristocráticas, las más influyentes sobre el poder eclesiástico y laico, presionaron para obtener nuevas reglamentaciones que afirman la autoridad paterna, e hicieron del matrimonio no tanto la unión de dos individuos, sino la alianza de dos parentelas y de dos patrimonios.

Cuando al salario del marido se añade el de la mujer, la gestión del presupuesto se encuentra modificada, y aquí se encuentra un rol importante que, quizá ha evolucionado más. En la familia obrera antigua, el marido daba generalmente a su mujer una cantidad con la que ella debía desenvolverse para alimentar a la familia, cuidar a los hijos. etc. Confiar este rol a la mujer no siempre era valorizante. El esposo conservaba su dinero de bolsillo fijo para sus gastos personales.

En el modelo de familias burguesas, el esposo le entregaba a su esposa una cantidad que servía para sus gastos personales, pero el marido administraba los gastos, financiaba las grandes compras.

Con el aumento del nivel de vida y la entrada de las mujeres en el trabajo, la gestión del presupuesto de la familia descansa sobre bases diferentes. En primer

lugar, los gastos personales del esposo disminuyen, como consecuencia de las transformaciones culturales que han hecho volver al hombre a la casa, y correlativamente aumentan los gastos colectivos, vivienda, bienes de equipo de la vivienda. Además, el salario femenino acentúa la indivisión de la gestión de los recursos familiares.

Un factor importante a tomar en consideración concierne, más allá de los roles, a los sectores de responsabilidades tal como cada esposo los ha interiorizado. Un hombre tiene una profesión, una mujer tiene dos: profesional y familiar, sean cuales sean sus empleos respectivos. El terreno en el que el reparto de roles parece concretarse concierne a la gestión del presupuesto, las grandes opciones de familia, en su conjunto, las mujeres avanzan sobre los roles masculinos, mientras que eso no ocurre en el sentido inverso.

La reticencia masculina a compartir las tareas materiales se explica por su desvalorización. El carácter preindustrial de su naturaleza y de su modo de producción constituye la causa. Estas tareas no se prestan a la estandarización, a la racionalización, a un control de la eficacia; atributos de la actividad industrial.

Algunos economistas consideran a la familia como una célula productiva. Al no ser objeto de una monetarización, el trabajo familiar no entra en la contabilidad familiar, contrariamente el autoconsumo agrícola o al trabajo ejecutado en el seno del hogar por una asistenta.

Según el ciclo de la vida familiar, los presupuestos conocen también períodos más fastuosos que otros. En las categorías acomodadas, el salario aumenta con la edad (efecto de carrera), mientras que en las categorías más desfavorecidas van en sentido inverso, y las indigentes se encuentran entre las de más edad.

LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD

En la sociedad antigua, ya sea de naturaleza campesina, aristocrática o burguesa, los cónyuges dependían del patrimonio de sus padres para instalarse independientemente en la vida activa, la estrategia patrimonial dirige los matrimonios.

A principios del siglo pasado, el matrimonio estaba regido por reglas muy estrictas que comprometían todo el futuro de la explotación familiar, era la ocasión de una transacción económica de la más alta importancia, contribuía a reafirmar la jerarquía social y la posición de la familia, era asunto de todo el grupo más que del individuo. Era la familia la que se casaba y uno se casaba con una familia.

Otro medio para detectar la existencia de estrategias de matrimonio es el de analizar los ritos como, por ejemplo, el uso del casamentero en algunas sociedades. El rol del intermediario es el de soportar el fracaso eventual de las negociaciones; también es garantía de la continuidad de las relaciones sociales.

Estos rituales constituyen un discurso simbólico cuyos gestos, palabras y manifestaciones diversas, como los cortejos, traducen la importancia del matrimonio para la comunidad.

A partir de la transmisión de bienes materiales y humanos (educación, valores costumbres, etc.) se establecen relaciones asimétricas o de poder dentro del seno familiar.

Se observan entonces los efectos de la vida profesional sobre la familia y los del modo de vida familiar sobre la vida profesional. Tres modelos de vida se desprenden que designan otros tantos modos de organización de los roles con el sistema profesional y con el sistema de relaciones sociales. El primer modelo es tradicional, con presencia de la mujer en el hogar, sociabilidad de tipo privado, insistencia en el rol de la mujer; el segundo modelo, llamado intermedio, presenta una relación con la vida profesional de carácter instrumental; los sujetos de este grupo desean trabajar para ganar más; el rol de la mujer consiste en sacrificarse por la carrera de su marido. Su sociabilidad es débil. El tercer modelo es igualitario, ya sea igualitario económico, y la mujer tiene una actividad profesional considerada importante, ya sea igualitario exteriorizado (Levi-Satruuss, 1974)

Las grandes decisiones, son tomadas de manera cada vez más igualitaria, otros terrenos del espacio doméstico son, por el contrario, muy especializados, cuando mayor es el número de hijos más marcada está la especialización femenina doméstica. Esta permanencia de la repartición de los dominios de poder se observa igualmente, entre las parejas que son portadoras de innovaciones sociales, los jóvenes cohabitantes.

La vida profesional, en cualquier caso, sigue siendo la preocupación masculina principal; la paternidad no es más que un estatus adicional. La utilidad marginal de los hombres declina, en el interior de la pareja o en la sociedad. Si los hombres intentan oponerse a las conquistas de la igualdad femenina, no es tanto por sus consecuencias en el seno del hogar como para resistir a la amenaza que pesa sobre su exclusividad en asumir todas las interacciones sociales.

LA FAMILIA Y LA ELECCIÓN DE PAREJA

Numerosos comportamientos familiares dependen de la edad a la cual los jóvenes tienen costumbre de casarse, la cual, a su vez, está en función de condiciones sociales, económicas y culturales.

Contrariamente a una idea comúnmente aceptada en nuestros días, antes la gente no se casaba joven. La Europa de los siglos XVII y XVIII ofrece incluso un modelo que parece único dentro del abanico de culturas, caracterizado por una elevada edad del matrimonio, ligado a la necesidad de establecerse independientemente. La conjugación de numerosos factores conduce a una edad tardía de matrimonio, con la excepción de las familiar aristocráticas, cuyos hijos se casaban en promedio a los veintiún años y las hijas a los dieciocho, la edad media en las clases populares de las ciudades y medios rurales es de veintisiete-veintiocho años para los hombres y veinticinco-veintiséis para las mujeres. La reducción de la edad de matrimonio revela un cierto número de cambios dentro de la concepción del matrimonio y de la elección de cónyuge.

En el feudalismo, la lógica de los casamientos era simple. Entre la aristocracia se llevaban a cabo los conocidos matrimonios de conveniencia en donde se unen estirpe, propiedades y posición, desarrollando así una despreocupación por el otro, dificultades en la sexualidad y arrepentimiento. Permaneciendo unidos por amistad, complicidad y solidaridad.

Por su parte, la clase trabajadora tampoco presentaba gran complejidad en la elección. Se buscaba una mujer que pudiera brindar la ayuda suficiente para trabajar o para desempeñar las labores de la casa.

Una consecuencia más grave de la libre elección es que ahora, como ya se quedaron atrás los matrimonios arreglados o impuestos, se vuelven casi heroicos. Creen tener que tolerar en nombre del amor: golpes, humillaciones, violaciones, infidelidades, maltratos o abusos y sólo solicitarán el divorcio recibiendo sanciones verbales culpabilizantes por parte de la familia o por parte del marido.

Hoy como ayer, se tiende a casarse entre iguales, en el plano social o profesional. Una de las fuentes del matrimonio concebido como una alianza entre dos líneas de descendencia es la de transmitir patrimonios. El mejor medio de protegerlo es asegurarse que el cónyuge elegido es verdaderamente su igual socialmente. Teóricamente, cualquiera puede casarse con cualquiera. Sin embargo, la elección del cónyuge no es libre. Los medios sociales continúan reproduciéndose en el interior de ellos mismos.

La homogamia social que caracterizaba las uniones antiguas continúan marcando las uniones contemporáneas. Más marcada todavía resulta la homogamia religiosa ya que en la mayoría de los casos los cónyuges pertenecen a la misma religión.

En cada medio social existen lugares, instituciones, prácticas que permiten a los jóvenes encontrarse, conocerse, elegir. Siguiendo a Lemaire (1986), podríamos agregar que el problema para las parejas no sólo es buscarse, sino encontrarse y después elegirse.

TIPOS DE FAMILIAS.

LA FAMILIA CAMPESINA

El sistema de educación descrito para la sociedad tradicional funciona de la misma manera, pero hay que incluir el desarrollo de la escuela. Esta invade el campo familiar, la escuela sólo se convierte en la aliada de las familias en la medida en que éstas buscan para el niño un destino profesional fuera de la agricultura. El niño campesino en el siglo XIX está en la bisagra de dos culturas de las que él constituye la apuesta.

LA FAMILIA ARTESANAL.

La organización de la familia artesanal ofrece un modelo intermedio entre la familia campesina y la familia obrera. El trabajo en el seno del grupo doméstico artesano está fundado, quizá más estrechamente todavía sobre la célula de trabajo marido y mujer, deben sumar dos salarios con el fin de asegurar la sobrevivencia de la familia.

LA FAMILIA OBRERA.

En la Francia del siglo XIX, la familia obrera aparece, por un período transitorio, bastante desculturalizada, al contrario que la familia burguesa o campesina.

Los hijos numerosos representan una vez superados los cuidados de la primera infancia, la posibilidad de ingresos que complementen el salario del padre o de los padres, y en la ausencia de sistemas sociales, los hijos constituyen la esperanza de un último recurso para los días de la vejez.

La sociedad industrial introduce una ruptura fundamental nueva entre el lugar de residencia y lugar de trabajo. En este contexto, parece exacto afirmar que el grupo

doméstico pierde sus funciones productivas, al igual que la función educativa que asumía en el contexto antiguo.

Que la mujer ocupe un empleo asalariado o que permanezca en casa, su rol dentro de la familia obrera siempre aparece como eminente. Su rol tradicional de buena ama de la casa, es importante. Asimismo, la madre debe proporcionar el sostén afectivo a los miembros de la familia. El padre, reducido al rol de asalariado, no puede ejercer una influencia que equilibre el personaje de la madre.

LAS FAMILIAS EN MÉXICO.

En el período posterior a la conquista, podemos ubicar tres tipos de organizaciones familiares en nuestro país desde la visión de Levi-Satruss (1974): La estructura familiar indígena, la criolla y la mestiza.

1. La familia indígena. Esta estructura se caracteriza por ser homogénea, intenta mantener su unión para soportar las condiciones hostiles del medio ambiente y del medio social; los hijos contribuyen en el trabajo por lo que fomentan el mayor número de hijos; procuran el aislamiento como grupo para defender su forma de ser. Cuando alguno de sus miembros emigra a las ciudades es por el anhelo de mejorar sus condiciones de vida y de una transculturación, es decir, de adoptar formas de cultura diferente a las propias. Sin embargo, viven en condiciones de sometimiento y discriminación.

2. La familia criolla. El hijo asume a su padre fuerte, que lo impulsa a defenderse, a identificarse con sus iguales y a buscar el bien. El padre criollo se enorgullece de su hijo e intenta ofrecerle aquello de lo que careció: Ropa, lujo, estudios, etc, pretende resarcir sus propias frustraciones, por otro lado a la mujer se le solicita fidelidad pero al hombre se le acepta la infidelidad.

3. La familia mestiza. En esta organización familiar el niño desea ser como su padre, grande y fuerte, pero a la vez posee sentimientos hostiles hacia él ya que es reprendido por aquel en nombre de su autoridad. Cuando crece, si no cuenta con los recursos económicos suficientes, vive en constante conflicto, ya que no pertenece ni a un mundo indígena ni a un mundo criollo al que aspira. En su interior se revela contra sus orígenes que marcan su personalidad y comportamiento y le obstaculizan el pertenecer a un lugar que anhela.

Dentro de la familia mestiza existen la familia urbana y la rural. En ésta última existe un fuerte sentimiento de cohesión interna, un gran número de miembros y se rige por una autoridad patriarcal. La mujer, dentro de su comunidad trabaja en casa, en las labores del campo y, en ocasiones, se dedica al comercio donde vende sus productos agrícolas o artesanales, los hombres trabajan en el campo durante largas jornadas, sus ingresos son muy bajos y generalmente no obtienen recursos suficientes para adquirir los productos indispensables para sobrevivir.

Las familias urbanas que provienen del campo son pobres en su mayoría, desempeñan labores de obrero, albañil o comerciante. Viven en lugares poco urbanizados, algunos se casan, otros viven en unión libre o las mujeres son abandonadas por el padre de sus hijos, manteniendo nuevas relaciones con otros individuos de los que tienen hijos. Las manifestaciones afectuosas no son frecuentes y menos en los varones ya que son mal vistas y sinónimo de debilidad. El padre es ausente y la máxima autoridad, frecuentemente otros familiares comparten la misma casa (Ramírez, 1977).

NUEVAS FAMILIAS.

Aquí se distinguen las uniones de hecho o cohabitaciones estables; la cohabitación juvenil en que los dos miembros de la pareja están solteros y sin que ningún niño esté presente; en los casos restantes se habla más bien de unión libre. La unión sin lazo legal, está en situación de normalización en la sociedad actual, la progresión de esta práctica es significativa, su número ha crecido.

LA PAREJA INFORMAL Y LA FAMILIA MONOPARENTAL.

Quince años de pareja informal ofrecen ya una perspectiva para observar el desarrollo social de las parejas unidas libremente. Los hombres forman nuevas parejas, las mujeres permanecen solas. Y cuando tienen uno o varios hijos entran entonces en el grupo de las familias monoparentales. Esta categoría engloba a las mujeres de cabeza de familia ya sean viudas o divorciadas (Lemaire, 1977)

El nuevo modelo matrimonial engloba, a la vez, matrimonio, unión libre, divorcio y familia monoparental. Si la unión libre ha podido ser atribuida a las clases obreras en el siglo XIX, hoy día se presenta en todas las categorías de la población y principalmente a las personas que tienen un nivel de estudios superiores, a los habitantes de las grandes ciudades, etc.

FAMILIAS ACTUALES.

Aquí marido y mujer ocupan cada uno empleos que exigen una alta calificación y un nivel de responsabilidad comparable. El interés de esta hipótesis radica en considerar el conjunto de los roles como un todo articulado y no distinto, tomando en consideración, a la vez, el campo profesional y el campo doméstico. Cada grupo doméstico determina si, para el mismo, vale la pena seguir el curso cambiante de la vida de una familia con doble carrera: 1) Sobrecarga de roles: el matrimonio sacrificaría aquellas tareas que le resultan menos esenciales. 2) Dilemas relativos a las normas. 3) Mantenimiento de una identidad personal. 4) Dilemas a propósito de la red social, provocando motivos de tensión. 5) Ciclo de roles: marido y mujer se comprometen en tres sistemas de roles: el sistema profesional de uno, el sistema profesional del otro y el sistema familiar que comparten.

Otra manera de abordar las diferentes formas de organización familiar, y en particular la división de roles, es la división del trabajo en el seno de la organización doméstica que desarrollan el paradigma del intercambio. Este combina una hipótesis de naturaleza económica con una dimensión cultural. Se describen tres normas posibles de intercambio: el principio societario en el que cada uno está retribuido en función de sus prestaciones, o paga en función de sus gastos; el principio comunitario del don y de la puesta en común de los recursos; el principio de la perecuación según el cual los compañeros buscan mantener una igualdad constante (Lemaire, 1977)

Los factores de evolución de los roles no son idénticos en todos los medios sociales, del mismo modo no hacen sentir sus efectos en el mismo momento. Distinguiremos dos tipos de factores que conducen a un matrimonio en el que los roles tiendan a ser cada vez más compartidos.

1. El regreso del esposo al hogar.

El habitat transforma y se encuentra transformado por los cambios familiares. El espacio interior de las casas refleja y refuerza el aumento de la intimidad familiar, el repliegue de la pareja sobre sí misma.

2. Feminismo.

En determinado momento histórico la mujer dejaba de trabajar fuera del hogar para dedicarse a sus hijos y a la casa. Las cifras del empleo femenino habían tenido una tendencia a disminuir desde principios de siglo hasta los años sesenta. Globalmente, el número de mujeres que entran en el mercado de trabajo aumenta. Si el siglo XIX promovió la imagen de la madre, el final del siglo XX promueve la de la mujer que trabaja.

No sólo las mujeres son numerosas en ocupar un empleo, sino que ellas cambian, globalmente, de sector de actividad. Se observa un declive en las categorías no asalariadas, una expansión del asalariado femenino en las profesiones liberales, entre los cuadros y los empleados.

NUEVA DISTRIBUCIÓN DE LOS ROLES.

El estatus femenino ha evolucionado bastante más rápido que las estructuras sociales y económicas, ha conocido una transformación particularmente rápida en el curso de los últimos veinte años. A partir de 1945, la formidable presión de una ideología de la igualdad de los derechos del ciudadano conduce a importantes transformaciones legislativas. Numerosas leyes han establecido la igualdad de los sexos en la educación, la gestión de bienes, de los salarios y los derechos sociales.

La familia occidental, se caracteriza por un matrimonio monógamo, una valoración de la pareja, un reducido número de hijos, una repartición de roles en el seno de la pareja. Bajo esta denominación se esconden, diversidades culturales remarcables, esta familia occidental parece ser puesta en cuestión en las nuevas formas matrimoniales.

El lazo político que asocia la familia con el estado está universalmente atestiguado, ofrece, quizá, la única definición del objeto familia, que resiste a la diversidad de las estructuras y sistemas. Una sociedad puramente contractual no puede existir y es necesario que la familia, bajo la forma que sea, contribuya al funcionamiento del sistema social. En la actualidad como antes, la familia sigue siendo una institución inscrita en la sociedad, cuya organización es a la vez causa y consecuencia de relaciones culturales y económicas, manteniendo relaciones múltiples con el cuerpo social en general y el Estado en particular.

El final del siglo XX está marcado en los países occidentales por la coexistencia de distintas normas matrimoniales, se admite junto al matrimonio más clásico una forma más flexible y precaria de unión, este pluralismo familiar se articuló con las mutaciones de una sociedad.

LAS FAMILIAS CON ESTRUCTURAS DIFERENTES

Los nuevos matrimonios son, en primer lugar, aquellos en los que el marido y la mujer trabajan, la llegada del hijo programada, es objeto de una inversión afectiva considerable y luego del control de los proyectos escolares. Los tiempos de ocio están organizados en función del hijo o de los hijos.

Existen nuevas tendencias de convivencia de la familia, en donde no sólo se debe contar a la familia tradicional encabezada por una mujer y un hombre. Ahora vemos muchas familias jefaturadas por mujeres, hogares donde vive sólo un adulto mayor, jóvenes que deciden salirse de sus hogares y vivir solos, entre otros casos.

Para las mujeres jóvenes, la figura más cercana es la hermana, en segundo lugar la amiga y en tercer lugar la madre. Para los hombres jóvenes, la figura más cercana es el amigo, en el segundo los hermanos y en tercer lugar los padres.

1.1.2 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

En México hay 21 millones de familias, de acuerdo con el Consejo Nacional de la Población y se ha encontrado que en las últimas dos décadas han presentado cambios importantes. Cada día presentan más desintegración por causas como la violencia a través de gritos en el hogar, conflictos económicos, divorcios, adicciones, dificultades de convivencia o comunicación y problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos.

En los últimos años se ha encontrado que los hogares mexicanos han sido afectados seriamente por la globalización y las diferentes crisis económicas por las que ha pasado nuestro país, las cuales han ocasionado que las mujeres dejen el hogar y se integren al mercado laboral para poder aportar a la economía familiar. Así lo establecen los resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica familiar, componente del Diagnóstico de la Familia Mexicana, que fue coordinado por el Sistema Nacional DIF (Torres, 2006).

En la dinámica familiar que se relaciona con conflictos, se ha encontrado que el 75% de las causas son: Problemas relacionados con la concesión de permisos y con la autoridad, asuntos económicos, dificultades de convivencia y comunicación, problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos, diferencias de carácter, adicciones, etc.

De acuerdo con los resultados de este diagnóstico, los gritos como forma de violencia son comunes en el 51.4% de los hogares mexicanos; entre los motivos de estos conflictos se encuentran la falta de comunicación, las dificultades de convivencia, la conducta y la educación de los hijos, asimismo, 45% de las y los entrevistados responsabiliza a la mujer de la cohesión o integración familiar.

La encuesta reveló que el porcentaje de hogares unipersonales (donde sólo vive una persona en su mayoría adulto mayor) se ha duplicado de 3% a 6% en los últimos 20 años, mientras que los porcentajes de familias nucleares (68%) y extensas (26%) casi no ha cambiado. La mayor convivencia, destaca el estudio, es a la hora de consumir alimentos y ver televisión (más de 80%) seguida de las salidas de paseo (71.2%).

De igual manera, una quinta parte de las familias encuestadas declara que es poco o ninguno el cariño que se prodigan los miembros de la familia entre sí y les parece insuficiente o nula la expresión de afecto en sus hogares.

La familia contemporánea se ha replegado sobre la pareja. Habiendo dejado de ser un lugar de producción, ya no es más que un motivo para el consumo. La familia ya no asegura las funciones de asistencia de la que en otros tiempos se encargaba. Las funciones que conserva como la socialización de los hijos, son compartidas con otras instituciones.

En esta representación, la célula familiar parece débil. Sin embargo en otros momentos se le reconoce a la familia una fuerza formidable, en la medida que ella se ha hecho refugio, lugar privilegiado de la afectividad. La pareja, y en segundo lugar los hijos, capitalizarían todos los sentimientos que no pueden expresarse en una sociedad deshumanizada.

EL DIVORCIO

Al igual que el matrimonio, el divorcio ha cambiado. Hasta hace poco todavía era un signo de inestabilidad familiar, de una crisis del individuo y de la sociedad, sanción de una falta contra el otro compañero, el matrimonio, los hijos, la familia y la sociedad, ahora se ha convertido en algo corriente y banal.

Con el divorcio, la pareja conyugal y la diada parental se encuentran disociadas. La segunda debe continuar funcionando para acordar las modalidades de la custodia de los hijos. El mantenimiento de la solidaridad financiera, de los servicios, la distribución del tiempo que cada uno pasa con los hijos, son entre otros, rasgos que deberían estar presentes entre algunos nuevos divorciados, para mantener solidaridades conyugales, siempre en el beneficio psicológico del hijo.

Con respecto al divorcio, el Registro Civil ha reportado la siguiente estadística del divorcio en los últimos años.

| AÑO | MATRIMONIO | DIVORCIO |
|------|------------|----------|
| 1998 | 58.876 | 1.835 |
| 1999 | 52.890 | 1.802 |
| 2000 | 50.880 | 1.977 |
| 2001 | 48.064 | 2.152 |
| 2002 | 41.616 | 2.034 |

Es notable que en menos de cinco años, se observó una disminución significativa del 29.31 % en la unión de matrimonios civiles, además de ser también notorio el aumento del número de divorcios, indicando que en 1998 se registraron anualmente 1.835 divorcios civiles, mostrando un crecimiento del 9.7 % en el año 2002.

A continuación se presentan algunas tablas de estadísticas que nos muestran las tendencias dentro de los principales problemas en familia, con relación al maltrato infantil el INEGI (1998, citado en: Nieto, 2002) se puede observar que los casos encontrados, varían dependiendo del Estado de la República, pero los que aparecen con índices más altos son el maltrato físico, emocional y la omisión de cuidados, siendo el Distrito Federal, Michoacán y Nayarit los estados con un índice mayor.

Porcentaje de menores atendidos por maltrato infantil según tipo de maltrato, por entidad federativa, 2002, 2003 y 2004

| Entidad federativa | Físico | Abuso sexual | Abandono | Emocional | Omisión de cuidados | Explotación sexual comercial | Negligencia | Explotación laboral |
|---------------------------------|-------------|--------------|------------|-------------|---------------------|------------------------------|-------------|---------------------|
| 2004 | | | | | | | | |
| Estados Unidos Mexicanos | 23.7 | 3.8 | 7.7 | 21.1 | 27.6 | 0.2 | 8.3 | 0.8 |
| Aguascalientes | 19.2 | 0.7 | 0.1 | 17.3 | 17.9 | 0.0 | 0.0 | 0.2 |
| Baja California | 14.4 | 3.3 | 3.2 | 7.2 | 56.3 | 0.1 | 0.0 | 0.1 |
| Baja California Sur | 24.6 | 8.7 | 4.3 | 26.1 | 18.8 | 0.0 | 17.4 | 0.0 |
| Campeche | 26.6 | 3.3 | 1.6 | 16.0 | 52.3 | 0.3 | 0.0 | 0.0 |
| Coahuila de Zaragoza | 15.2 | 2.1 | 9.2 | 17.9 | 31.9 | 0.8 | 22.7 | 0.3 |
| Colima | 22.3 | 8.4 | 1.8 | 17.5 | 45.2 | 2.4 | 0.0 | 2.4 |
| Chiapas | 27.3 | 5.0 | 31.3 | 20.0 | 8.2 | 0.0 | 6.7 | 1.5 |
| Chihuahua | 11.5 | 3.2 | 4.9 | 1.1 | 71.6 | 0.0 | 1.7 | 1.7 |
| Distrito Federal | 57.8 | 0.0 | 0.0 | 82.2 | 82.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Durango | 33.8 | 2.1 | 8.4 | 18.7 | 0.0 | 0.0 | 37.1 | 0.0 |
| Guanajuato | 24.4 | 3.1 | 3.2 | 42.4 | 31.2 | 0.1 | 7.5 | 0.9 |
| Hidalgo | 37.3 | 9.1 | 18.6 | 12.4 | 19.9 | 0.1 | 0.0 | 1.6 |
| Jalisco | 29.7 | 5.3 | 6.1 | 16.3 | 9.7 | 0.1 | 1.6 | 0.2 |
| México | 38.5 | 3.5 | 5.0 | 21.4 | 0.0 | 0.0 | 36.5 | 0.0 |
| Michoacán de Ocampo | 43.9 | 3.3 | 0.3 | 12.9 | 39.3 | 0.0 | 0.0 | 0.3 |
| Morelos | 46.0 | 6.4 | 2.0 | 7.7 | 47.3 | 0.3 | 0.0 | 0.0 |
| Nayarit | 54.4 | 5.1 | 9.7 | 11.8 | 9.2 | 0.0 | 0.0 | 3.6 |
| Nuevo León | 19.6 | 5.7 | 13.3 | 3.9 | 0.0 | 0.0 | 24.9 | 0.6 |
| Oaxaca | 13.0 | 0.0 | 0.3 | 9.0 | 77.6 | 0.0 | 0.1 | 0.0 |
| Puebla | 21.6 | 1.0 | 5.2 | 69.7 | 37.3 | 0.0 | 0.3 | 0.7 |
| Querétaro Arteaga | 24.4 | 9.7 | 6.5 | 25.1 | 28.3 | 0.7 | 1.1 | 3.6 |
| Quintana Roo | 36.2 | 9.7 | 9.3 | 33.8 | 26.2 | 0.0 | 0.0 | 6.0 |
| San Luis Potosí | 37.3 | 8.9 | 1.1 | 10.1 | 30.8 | 0.0 | 0.0 | 3.4 |
| Sinaloa | 31.0 | 5.3 | 0.7 | 33.6 | 42.7 | 0.4 | 3.1 | 0.1 |
| Sonora | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Tabasco | 19.0 | 6.2 | 13.3 | 11.2 | 14.7 | 0.2 | 0.0 | 0.0 |
| Tamaulipas | 26.6 | 12.2 | 1.1 | 19.8 | 26.6 | 0.0 | 13.7 | 0.0 |
| Tlaxcala | 30.0 | 3.3 | 12.3 | 26.7 | 14.0 | 1.0 | 12.0 | 0.7 |
| Veracruz de Ignacio de la Llave | 43.9 | 1.8 | 2.6 | 10.5 | 41.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Yucatán | 22.4 | 5.7 | 2.6 | 26.6 | 36.3 | 0.5 | 4.6 | 0.7 |
| Zacatecas | 14.6 | 2.0 | 2.4 | 29.6 | 38.5 | 0.0 | 3.2 | 0.4 |

1.1.3 LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA

Una gran parte de las dificultades del ser humano tienen su origen en contextos de exclusión, alta vulnerabilidad social, jefaturas de hogar compartidas, cohabitación con familias extendidas, pobreza, violencia, adicciones, etc. Sin embargo estos problemas no se desarrollan de manera aislada en el individuo, con el paso del tiempo se ha encontrado que este se ve influenciado por su medio ya sea de manera positiva o

negativa, y por tanto las conductas que la persona tenga también generaran repercusiones en el medio. Debido a lo anterior no podemos seguir considerando al ser humano como un grupo de individuos aislados, sino como una totalidad o un sistema que presenta su estructura, normas y objetivos.

Se considera que la familia constituye un sistema, el cual se describe como un conjunto de elementos o componentes relacionados directamente o indirectamente en una red, de tal manera que cada componente está relacionado con los demás, de un modo más o menos estable durante un periodo, por lo que se puede considerar a la familia como un sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción e intercambio con el exterior. (Quiroz, 2001)

Anderson (1999) sostiene que al examinar las cuestiones humanas, se debe prestar atención tanto a la parte como al todo.

Hemos visto que en la misma familia, por más pequeña que sea, se manifiestan diferentes formas de interactuar entre los mismos miembros que conforman dicho sistema, y estas interacciones traen por consecuencia toda una serie de creencias, juicios emociones y acciones.

Trabajar con un enfoque familiar aún con un paciente individual significa tener presente que esa persona forma parte de todo un sistema familiar, debido a que maneja una visión integradora, que permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven. La terapia familiar se encuentra sustentada por un enfoque sistémico, el cual es una de las aproximaciones para el estudio y la atención de los seres humanos en función del contexto y de las otras relaciones. La epistemología sistémica pone especial atención a la interacción tomando en cuenta el contexto donde esta ocurre y no trata con elementos aislados sino con la totalidad, lo que implica que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un lugar y momento preciso (Eguiluz, 2001).

La terapia familiar constituye así una alternativa eficaz para dar atención a diferentes problemáticas, ya que al abordarlas de manera integral resulta más funcional la intervención y por tanto la contribución a la solución.

Aunado a lo anterior la terapia familiar nos brinda la posibilidad de tener un proceso terapéutico breve y efectivo, el cual puede ser usado en la resolución de distintos tipos de problemas, dentro de los más comunes encontramos las adicciones, divorcios, depresión, violencia, etc.

Ante esta situación, resulta necesario que los profesionistas de la salud puedan tener una formación de calidad, con una visión que pueda hacer frente a las temáticas psicológicas bajo las que se ve involucrada la familia en México. Una alternativa de solución a esto es el abordaje del ámbito familiar como una variable importante; ya que en éste se reproducen distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, así como también sentimientos, problemas y conflictos.

De esta manera el programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar pretende formar profesionistas de alta calidad, especializados en esta visión integral.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS SEDES Y SUBSEDES DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

1.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS CLÍNICOS

Uno de los principales objetivos del programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar es el desarrollo de competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio de atención clínica. El sistema de maestría contempla 1600 hrs de entrenamiento teórico-práctico, el cual se lleva a cabo en diferentes escenarios de las entidades académicas en las que se imparte el programa de Maestría, la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria y la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.

Para el presente reporte nos centraremos en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) la cual cuenta con los siguientes escenarios:

ESCENARIOS INTRAMUROS

- **Clínica de Terapia Familiar de la FESI.**

Ubicación Física: Av. de los Barrios s/n Los Reyes Iztacala Tlalnepantla Estado de México. C.P. 54090
Tel: 56 23 12 39

Antecedentes.

La F.E.S. Iztacala fue creada en el año de 1975 como parte del programa de descentralización de la UNAM. A partir de entonces ha impartido licenciaturas y posgrados dentro de las áreas de la salud: psicología, enfermería, medicina, odontología y optometría. La FESI cuenta con diferentes clínicas que dan atención y servicio a la comunidad

Características del escenario: Este espacio cuenta con un consultorio amplio en el que se atiende a las familias y una cámara de Gesell con espejo unidireccional donde se ubica el equipo terapéutico junto con dos supervisoras. En cuanto a los aparatos técnicos, se cuenta con una cámara de video grabación, una televisión y una videograbadora, así como un micrófono ambiental y dos teléfonos de comunicación interna entre la cámara de Gesell y el cubículo donde se encuentra la familia.

Población beneficiada.

En el caso de la FES-Iztacala la población a la que se atiende proviene de las comunidades cercanas, instituciones educativas de nivel básico y medio que canalizan a los alumnos y población de la FESI, entre trabajadores y alumnos. Como puede notarse, es variada la población, ya que no se tiene ninguna restricción para proporcionar el servicio a la gente.

Supervisoras.

En este escenario se encuentran dos equipos de supervisión, uno conformado por la Dra. Luz de Lourdes Eguluz y la Dra. Iris Xochitl Galicia, y el otro por la Dra. María Suárez y la Mtra. Ofelia Desatnik quienes se encargan de monitorear y apoyar en las competencias teórico-prácticas de los alumnos.

ESCENARIOS EXTRAMUROS.

- **COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL AZCAPOTZALCO (CCH-A)**

Ubicación Física: Av. Aquiles Serdán # 2060 Delegación Azcapotzalco, D.F.

Antecedentes.

Creado en 1971 por la Universidad Nacional Autónoma de México para responder a la demanda de estudiantes egresados de las diversas escuelas secundarias de la Ciudad de México, el plantel Azcapotzalco es el primero de cinco centros escolares del Colegio de Ciencias y Humanidades dedicados a impartir la enseñanza media superior y regido por la Dirección General del Colegio de Ciencias y Humanidades, lo cual traza los lineamientos de dicha enseñanza.

A partir del 26 de abril de 2004 y hasta la fecha, el Director del Plantel es el Biol. Pedro Enrique Ramírez Roa. Como parte integral de este plantel cuenta con las unidades de información (UIDA) y audiovisual (UMPDA), así como algunas otras jefaturas.

Su población se compone de 12 000 estudiantes, 470 profesores y 385 trabajadores administrativos



Características del escenario: En el año 2002 el CCHA empezó a proporcionar el servicio de terapia familiar, con la intervención de los residentes del programa de Maestría en Psicología, el primer lugar donde se atendía era un espacio dentro del edificio de material audiovisual, lugar donde prestaban una vídeo casetera y un televisor, siendo los alumnos quienes proporcionaban la cámara de vídeo formando un circuito cerrado para grabar las sesiones. A partir del 2003 el CCH proporcionó un espacio destinado para la atención de los residentes de terapia familiar, en el edificio denominado SILADIN (Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación), es un salón muy amplio en el que se construyó una cámara de Gesell la cual consta de un espejo unidireccional, se cuenta con un equipo de televisión, micrófono ambiental, vídeo casetera y vídeo cámara. Dentro de la cámara de Gesell se trabaja la supervisora junto con el equipo terapéutico y se comunican con la terapeuta a través del teléfono, en la parte externa de la cámara se ubica a la familia y el terapeuta.

Población beneficiada.

La población beneficiada dentro del CCH son alumnos o trabajadores de la institución, junto con sus familiares.

Supervisoras.

En este escenario la supervisora es la Maestra Carolina Rodríguez González.

- **ISSSTE CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA.**

Ubicación Física: Calle Xalapa # 68, en la colonia Valle Ceylan Tlalnepantla, Estado de México.

Antecedentes.

En 1959 el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Esta institución se constituyó en México como la primera en responder a una visión integral de seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas. Actualmente el ISSSTE da apoyo a sus derechohabientes mediante el otorgamiento de 21 seguros y prestaciones entre los que se encuentran: medicina preventiva, seguro de enfermedades y maternidad, servicios de rehabilitación física y mental, servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil, entre otros.

El objetivo del ISSSTE es contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado y a sus familiares derechohabientes, mediante los servicios que brinda la institución.

A igual que la mayoría de las instituciones de seguridad social en el mundo, enfrenta importantes desafíos derivados de la transformación que ha sufrido con los cambios demográficos y epidemiológicos de la población mexicana y en especial, de la población derechohabiente del Instituto.

Características del escenario: El espacio que se utiliza para la residencia de terapia familiar es el consultorio que tiene la psicóloga perteneciente a esta institución. No cuenta con cámara de Gesell, por lo que el terapeuta a cargo se sienta frente a la familia y a espaldas de ésta se ubica el equipo terapéutico y la supervisora. Actualmente el consultorio ya tiene un televisor, cámara de video y videograbadora fijos. No se tiene teléfono, así que la comunicación se realiza a través de un pizarrón, y en su mayoría es el equipo o la supervisora quienes envían mensajes al terapeuta en turno. Esta modalidad permite poner en juego experiencias diferentes a las de las otras sedes.

Población beneficiada

La población que se atiende son únicamente derechohabientes del ISSSTE de cualquier edad que requieran el servicio.

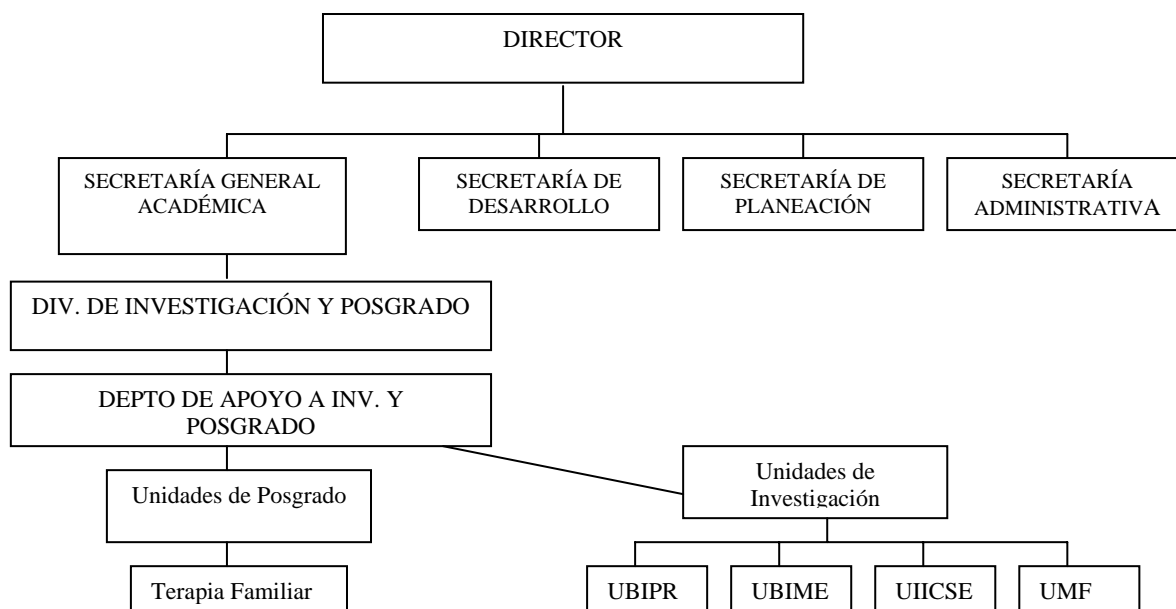
Supervisoras.

En este escenario la supervisión esta a cargo de la Mtra. Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Susana González Montoya.

1.2.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS CLÍNICOS

Facultad de Estudios Superiores Iztacala (F.E.S.I)

La FES Iztacala esta integrada bajo el siguiente organigrama.



El horario de trabajo de esta sede es el día martes y jueves durante la mañana y hasta las tres de la tarde, aproximadamente.

Las familias son canalizadas a los terapeutas a partir de una lista de espera en la que se registra a la población interesada en el servicio, así como su motivo de consulta, posteriormente los terapeutas asignados al caso se contactan vía telefónica. Las encargadas de coordinar este escenario son la Maestra Ofelia Desatnik y la Dra. María Suárez. Una vez que se ha contactado a la familia se establece la fecha y hora de cita, al recibir a la familia se le explica como parte del encuadre que contamos con circuito cerrado en donde se video graban las sesiones, se comenta la presencia y objetivo del equipo terapéutico y el uso del teléfono a lo largo de las sesiones, posteriormente la familia firma una hoja de aceptación de las condiciones de trabajo.¹

Como parte de la formalidad y el compromiso de trabajo se explica a la familia que de no presentarse en dos ocasiones consecutivas sin previo aviso se remitirán nuevamente a la lista de espera y su lugar se otorgara a otra familia.²

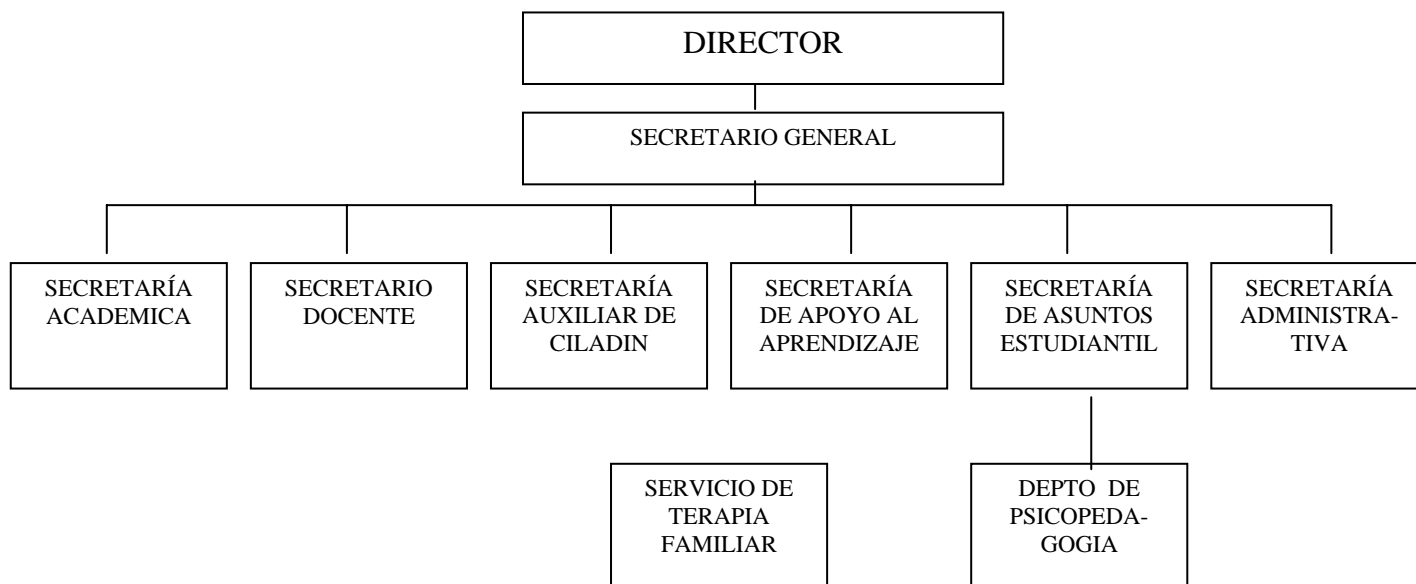
A pesar de que el enfoque de trabajo es la terapia familiar, no es un requisito que acudan todas las personas pertenecientes al sistema, en ocasiones se trabaja con parejas o con un miembro de la familia, debido a que la importancia radica en mantener un enfoque sistémico.

Colegio de ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH – A)

¹ Este formato es manejado en las tres sedes.

² Condición aplicable a todas las sedes.

Integrado bajo la siguiente estructura:

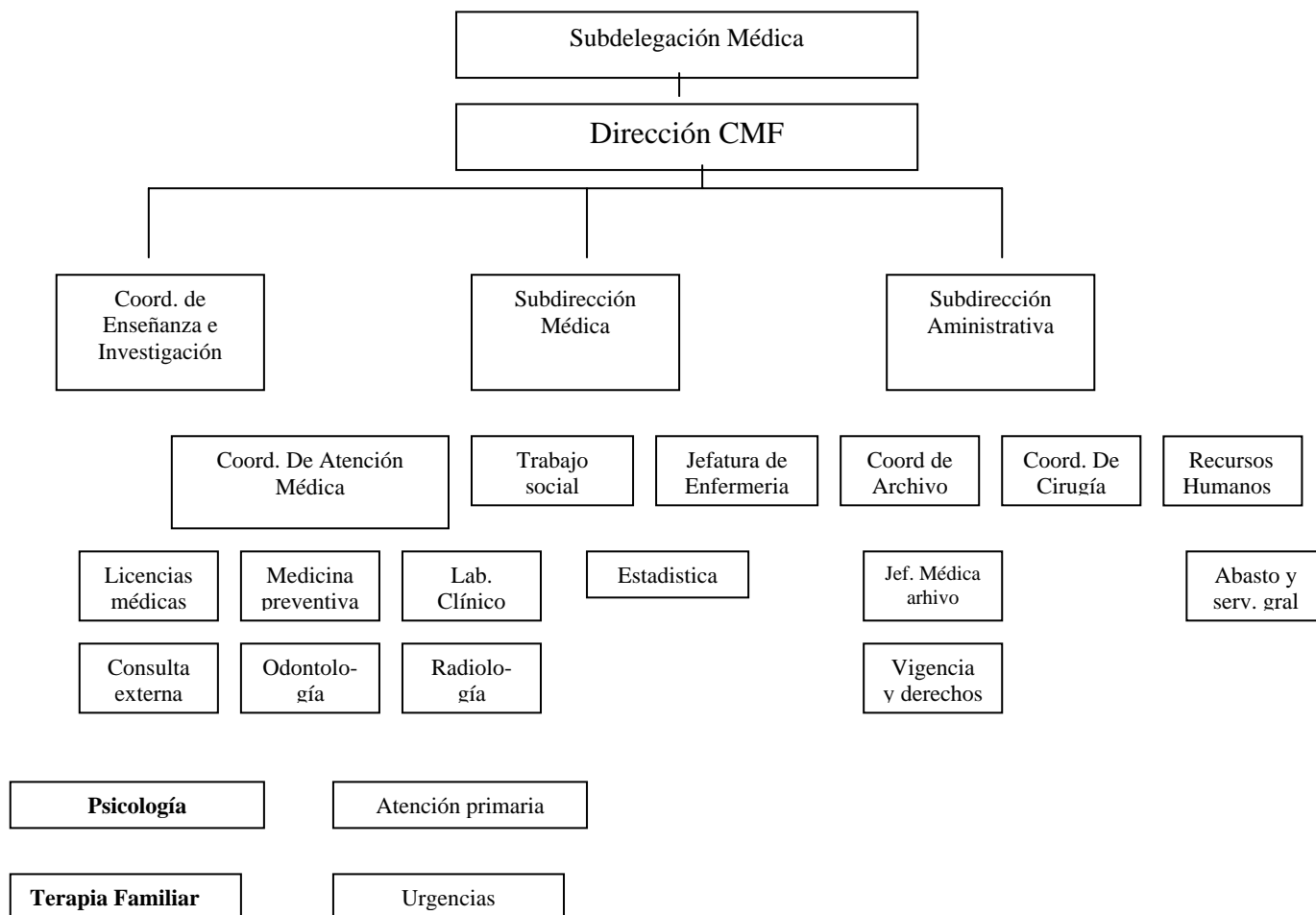


Las pacientes son canalizadas a través del departamento de psicopedagogía de la institución, en donde una vez que solicitan el servicio, las psicólogas de este Departamento determinan si son enviados a terapia familiar o son atendidos por ellas. Cuando se canalizan al programa de la residencia se entrega una hoja de datos a través de los cuales se establece el contacto vía telefónica. La coordinadora y supervisora de los residentes en el CCH es la Maestra Carolina Rodríguez González. Como parte del encuadre se explica a la familia que contamos con circuito cerrado en donde se video graban las sesiones, se comenta la presencia y objetivo del equipo terapéutico y el uso del teléfono a lo largo de las sesiones, posteriormente la familia firma una hoja de aceptación de las condiciones de trabajo.

Es importante comentar que en esta sede antes de iniciar el servicio se dedicaron algunas sesiones al análisis de genogramas, anteriormente ya habíamos tenido la oportunidad de realizarlo, sin embargo ahora se dedico más tiempo a la persona del terapeuta, como conclusión se lograron resaltar cuales eran las fortalezas y debilidades de cada uno de nosotros como terapeutas, este trabajo me pareció muy bueno ya que me dio la oportunidad de crecer como persona y como terapeuta, además de que da la oportunidad de contar con mas información que puede ayudar a que el terapeuta se utilice dentro de la sesión y a evitar que algunas de las debilidades pudieran interferir con el trabajo.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

La estructura organizacional de la institución es la siguiente



Las familias que se atienden llegan a terapia familiar canalizadas por el médico familiar, quien ya sea por un diagnóstico que elabora o por la solicitud de los usuarios, los canaliza con la psicóloga de la institución, en algunas ocasiones, ella aplica alguna prueba para evaluar el caso y determina si son candidatos a terapia familiar, según la problemática presentada o son atendidos por ella de manera individual.

1.2.3 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LAS DISTINTAS SEDES

En cada uno de los escenarios de trabajo nos encontramos con diferentes características, sin embargo en todos se realiza un encuadre similar al inicio de las sesiones para explicar la forma de trabajo.

El primer contacto con la familia es a través de una llamada telefónica en la que se solicitan los datos generales de la familia, el motivo de consulta y se da la fecha de la cita.

Al inicio de la sesión se explica la forma de trabajo y se plantean los objetivos a seguir en cada caso, se realiza una vídeo grabación de cada sesión que tiene la finalidad de retroalimentar la ejecución del terapeuta y dar un mejor seguimiento al caso, para poder trabajar bajo esta modalidad es importante dar aviso de esta situación a las familias, así como pedirles que firmen una carta de aceptación, de igual forma se les comunica que siempre se trabaja con un equipo de terapeutas que se encuentran del otro lado de la cámara de Gesell o a espaldas de la familia en el caso del ISSSTE.

El desarrollo de las sesiones dentro de la residencia se lleva a cabo, en su mayoría, bajo el siguiente esquema.

1.- Pre-sesión: El equipo se reúne para organizar el trabajo que se desarrollará de acuerdo a la información obtenida en la entrevista telefónica o en la sesión anterior. Para trabajar con la información precisa, se elaboran reportes escritos que contienen los datos más importantes como el familiograma, motivo de consulta, geografía de la sesión, breve resumen de la sesión anterior o de la entrevista telefónica, objetivos terapéuticos, intervenciones, análisis teórico de la sesión y cierre de la sesión, esta etapa tiene una duración aproximada de 15 minutos.

2.- Sesión: El terapeuta a cargo del caso se encuentra con la familia hablando sobre el motivo de consulta y la dinámica familiar, mientras tanto el equipo terapéutico y la supervisora(s) observan y comentan acerca de lo que ocurre con la familia (su demanda), con el terapeuta (la persona del terapeuta) y con el sistema (familia-terapeuta), en algunas ocasiones el equipo terapéutico envía mensajes a la familia o al terapeuta a través del teléfono interno. La sesión se desarrolla en 40 ó 45 minutos, aproximadamente.

3.- Discusión de la sesión: el terapeuta hace una pausa antes de dar el cierre a la sesión, en este tiempo se dirige con el equipo terapéutico y comentan de manera breve lo ocurrido, en ocasiones se envía un mensaje a la familia, se deja una tarea o solamente se define cual será el cierre.

4.- Cierre de la sesión: el terapeuta regresa con la familia y da un cierre a la sesión según lo platicado previamente con el equipo, en algunas modalidades teóricas es el equipo quien entra con la familia a dar algún mensaje. Se establece la próxima cita. Estas dos actividades tienen una duración de 15 minutos.

5.- Post-sesión: Se analiza el desarrollo que tuvo la sesión, cual fue el impacto del cierre o del mensaje (en caso de que haya), se habla de la parte teórica y metodológica, se discuten hipótesis y futuras líneas de trabajo. En algunas ocasiones dependiendo del desarrollo que tuvo la sesión, se pueden abordar aspectos relacionados con la persona del terapeuta. Ésta última etapa dura 15 minutos.

Dependiendo del caso, los estilos de supervisión, el modelo teórico y la opinión del equipo terapéutico, en algunos casos esta estructura puede cambiar y se elimina el corte después de la sesión, o se trabaja con tareas en casa o se hace un equipo reflexivo para la familia, también se han presentado casos en donde algún miembro del equipo entra para hacer algún comentario o se prepara alguna actividad especial.

Participación en las distintas sedes

Respecto a la secuencia de participación dentro del Programa de Maestría se tiene contemplado que todos los residentes tengan oportunidad de conocer y trabajar en las distintas sedes, por lo que cada semestre se van rotando los lugares para realizar la

práctica. También se estructuró el programa de tal manera que mientras se tiene un avance por semestre la carga teórica va disminuyendo y se incrementa la práctica como se muestra en el siguiente cuadro.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE LA RESIDENCIA

| SEMESTRE | ACTIVIDAD | HORAS A LA SEMANA |
|----------|----------------------|-------------------|
| Primero | Materias Teóricas | 9 |
| | Práctica supervisada | 12 |
| Segundo | Materias Teóricas | 9 |
| | Práctica supervisada | 12 |
| Tercero | Materias Teóricas | 3 |
| | Práctica supervisada | 20 |
| Cuarto | Práctica supervisada | 25 |

Durante el primer semestre me encontré en la FESI y mi participación era únicamente como observadora de otros compañeros dos días de la semana, las supervisoras de esa sede fueron la Mtra. Ofelia Desatnik y la Dra. María Suárez durante el día martes, mientras que los jueves se encontraba la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y la Dra. Xochitl Galicia.

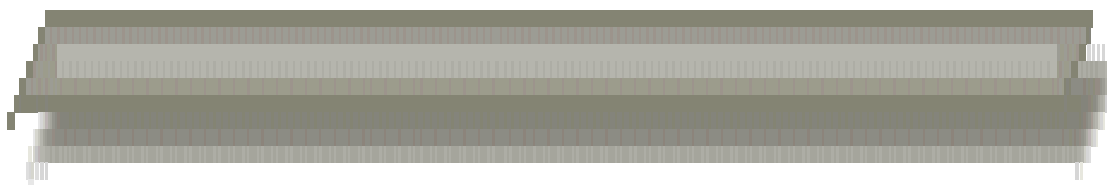
En segundo semestre estuve como terapeuta responsable de dos familias; en el CCH Azcapotzalco con la supervisión de la Mtra. Carolina Rodríguez, esto era los días martes; mientras que los días jueves me encontraba en el ISSSTE Tlalnepantla con la supervisión de la Mtra. Susana González, en esta última sede nos acompañaba la psicóloga Araceli quien era la titular del área de psicología del ISSSTE.

En tercer semestre trabajé como terapeuta responsable de dos familias en la FESI, estuve acompañada por mi equipo terapéutico y por un equipo de observadores de nuevo ingreso en la residencia, las supervisoras a cargo de esta sede eran las mismas que estuvieron durante el primer semestre.

Para concluir el cuarto semestre estuve en el CCH-A a cargo de una familia y además estuve participando por las tardes en el modelo de terapia en red, donde junto con otra terapeuta atendíamos a un grupo de 6 familias, donde asistía un hijo (alumno del CCH) y uno o ambos padres. Mientras que otro día de la semana me encontraba en el ISSSTE atendiendo una familia, bajo la supervisión de la Mtra. Rosario Espinosa Salcido.

RESUMEN DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS CLÍNICOS

| SEMESTRE | CLINICA DE TERAPIA FAMILIAR FESI | CCH AZCAPOTZALCO | ISSSTE TLALNEPANTLA |
|-----------------|--|--|--|
| 1° | Observación de práctica clínica Martes y jueves 9:00 -14:00 | Sin práctica | Sin práctica |
| 2° | Sin práctica | Práctica clínica Martes 7:30-12:00 | Práctica clínica Jueves 8:00 11:00 |
| 3° | Práctica clínica Martes y jueves 7:45 -14:00 | Sin práctica | Sin práctica |
| 4° | Sin práctica | Práctica clínica Martes 10:00-14:30 Terapia en red Martes 16:00-18:00 | Práctica clínica Jueves 11:00-13:30 |



CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO

2.1 ANALISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

2.1.1 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

A lo largo de la historia de la psicoterapia se han ido incorporando distintos paradigmas como lo son el psicoanálisis, cuyo foco de atención era la búsqueda de un universo desconocido llamado inconsciente, surgiendo así la teoría de Sigmund Freud en 1916 que en sus inicios buscaba determinar el aparato psíquico del sujeto en aislado, posteriormente Melanie Klein en 1928 amplió y reinterpretó la teoría de Freud, derivando su interés del inconsciente a las relaciones objetales que se forman a través de la comunicación que se establece entre el niño y su madre. Años más tarde Margaret Mahler se ocupó de las relaciones vinculares en donde ya no sólo daba importancia a la relación entre el niño y su madre sino a la relación vincular que va fortaleciéndose entre ambos.

Se puede observar como la psicología con el paso del tiempo va ampliando su campo de estudio de lo individual y lo aislado a las relaciones entre otros sujetos. Sin embargo a pesar de que se incluía un número mayor de personas las explicaciones que se daban aún eran de tipo lineal.

De manera paralela a la psicología, en la psiquiatría se estaban realizando estudios de esquizofrenia en los cuales se puso especial atención a la relación madre-hijo debido a los cambios que se observaban en los pacientes psiquiátricos ante la visita de su madre, posteriormente esta díada patológica se extendió también al padre.

De estas dos disciplinas la psicología y la psiquiatría se va obteniendo por conclusión que es importante tratar con el individuo sin aislarlo, en su contexto natural, así como también es importante la interacción. Poco a poco los estudios sobre las interacciones familiares van formando nuevos modelos teóricos, esto ocurre hasta después de los años cincuenta.

Con la evolución de la psicoterapia se desprenden dos epistemologías, la lineal progresiva y la recurrente (llamada también sistémica, ecológica, circular o cibernética). En la epistemología lineal progresiva encontramos la nosología psiquiátrica y el modelo médico clásico de psicopatología, estos se caracterizan por ser atomistas, reduccionistas y analizan los elementos por aislado. En la epistemología recurrente, por el contrario, se pone acento en la relación y los sistemas totales, es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Hallarse en transición desde una epistemología hacia otra implica desplazarse hacia la visión de la familia como un organismo y no como un conjunto de individuos. (Keeney, 1987).

La terapia familiar se centra en el grupo familiar más que en el individuo aislado, es esta uno de los principales motivos que la hacen distinta a las otras formas de tratamiento clínico. Puede ser definida como un proceso que altera la forma habitual de funcionamiento de la familia, es decir, la manera como se comunican, los roles que cada uno juega, las reglas de comportamiento y los patrones de relación que ocurren entre ellos.

La familia, como objeto de intervención terapéutica específica, tiene poco tiempo en la psicología en general. El enfoque sistémico pone el énfasis en las relaciones al interior de la familia en el presente, revalora el rol del paciente designado, la utilidad, valor simbólico y ganancia secundaria del síntoma para el sistema familiar. También destaca como característica de este enfoque la contextualización en el sistema familiar de cualquier evento, acción o juicio, considera que la mayoría de las cosas o eventos no tiene por sí mismas un valor intrínseco, sino dependiendo de la función que cumple para el sistema.

Teoría General de los Sistemas.

La Teoría General de los Sistemas sale a la luz en 1947 a pesar de haber existido ideas antecesoras desde los años veinte, la teoría se atribuye al biólogo Von Bertalanffy quien da una explicación científica sobre los todos y las totalidades tratando de englobar tanto la célula como al ser humano, las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio. Tuvo mucha aceptación en la comunidad científica y se oponía a las otras teorías menos abarcativas las cuales dividían la realidad para lograr explicarla. Dentro de los principales postulados teóricos encontramos el concepto de sistema el cual es definido como un conjunto de objetos y sus relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos son las partes del sistema que en la mayoría se refieren a entidades físicas. Los atributos son las propiedades o características que tienen los objetos. Para Bertalanffy todo organismo es un sistema, un orden dinámico de parte y procesos entre los que se ejercen interacciones reciproca y al compararla con el grupo familiar se puede decir que este último también es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre si por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre si y en constante intercambio con el exterior.

La teoría general de los sistemas considera varias propiedades, entre las cuales podemos encontrar las siguientes.

- Sistema Abierto: Es el sistema que intercambia materia, energía, información con su entorno porque interacciona permanentemente con él.
- Sistema Cerrado: No se puede modificar el entorno pero tampoco se deja modificar por el.
- Recursividad: Nos permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas.
- Equifinalidad: establece la posibilidad que tiene el sistema de alcanzar el mismo resultado aunque varíe el punto de partida.
- Equicausalidad: La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.

De esta manera la Teoría General de los Sistemas es una disciplina cuyo tema es la formulación y derivación de los principios que resultan validos para los sistemas en general. La teoría general de los sistemas tiene por objeto el estudio de las correspondencias e isomorfismos entre sistemas de todo tipo (Eguiluz, 2001).

Teoría Cibernética.

La teoría cibernética se atribuye a Norbert Wiener, esta junto con la teoría de los mensajes contribuyó a dar gran impulso en los estudios de la comunicación, la información y el aprendizaje.

El desarrollo y la aplicación de la cibernética durante los años 50´ y 60´ permitieron la llegada de las puertas automáticas, las computadoras, la robótica, internet, etc. es por ello que la revolución cibernética puede ser comparada con la revolución industrial.

La cibernética es definida por Wiener (1982; citado en: Eguiluz, 2001) como la teoría de la comunicación y del control en las maquinas y en los organismos vivientes,

habla de una epistemología cibernética experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. Junto con Wiener están otros autores de esta disciplina como son Jhon Von Neuman, Warren McCulloch y Claude Shannon, la orientación que cada uno de ellos otorga a la cibernética corresponde estrechamente con las áreas en las que se ha empleado, como en el caso de Warren McCulloch quien fue el precursor de lo que en la actualidad se conoce como ciencia cognitiva, él se interesó en el estudio de los sistemas nerviosos y la cognición y fue el primer científico que propuso denominar a ese ámbito de estudio epistemología experimental.

Los propósitos de la teoría de la cibernética eran desarrollar tanto un lenguaje propio de las maquina, como las técnicas específicas que permitieran al hombre enfrentar los problemas más generales de la comunicación y regulación. A pesar de que la cibernética esta relacionada con la matemática, la física y la mecánica la cibernética no estudia sólo el funcionamiento de los objetos, sino el comportamiento de los mismos. Tampoco estudia las propiedades de la materia, ni depende de las leyes de la física, su interés principal no es responder a la pregunta qué es esto, sino qué hace esto.

Teoría de la Comunicación

El estudio de la comunicación humana puede subdividirse en tres áreas sintáctica, semántica y pragmática. Aplicadas al marco de la comunicación humana, la primera de estas tres áreas, la sintáctica, abarca los problemas relativos a transmitir información, constituye el campo fundamental del teórico de la información, cuyo interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido y otras propiedades estadísticas del lenguaje. El significado constituye la preocupación central de la semántica, así toda información compartida presupone una convención semántica, por último la comunicación afecta a la conducta y este es un aspecto pragmático. Si bien es posible efectuar una separación conceptual clara entre estas tres áreas, ellas son interdependientes. Watzlawick (1967) se preocupó en particular por el último aspecto, la pragmática, esto es, los efectos de la comunicación sobre la conducta. Así desde la perspectiva de la pragmática toda conducta y no sólo el habla es comunicación y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan la conducta.

La idea de la comunicación y sus efectos abrió el camino hacia la construcción de maquinas de un orden superior y llevó a postular la teoría de la cibernética como una nueva epistemología, además de ofrecer una visión totalmente nueva del funcionamiento de los complejos sistemas interactuantes que encontramos en biología, psicología, sociología, economía y otros campos.

Con el advenimiento de la cibernética llegó también el descubrimiento de la retroalimentación. Se sabe que la retroalimentación puede ser positiva o negativa; la segunda caracteriza a la homeostasis (estado constante), por lo cual desempeña un papel importante en el logro y el mantenimiento de la estabilidad de las relaciones. Por otro lado la retroalimentación positiva lleva al cambio, esto es, a la pérdida de la estabilidad o el equilibrio. En ambos casos, parte de la salida de un sistema, vuelve a introducirse en el sistema como información acerca de dicha salida. La diferencia consiste en que, en la retroalimentación negativa, esa información se utiliza para disminuir la desviación de la salida con respecto a una norma establecida de ahí que se utilice el adjetivo de negativa mientras que, en el caso de la retroalimentación positiva, la misma información actúa como una medida para aumentar la desviación de

la salida y así resulta positiva en relación con la tendencia ya existente hacia la movilidad o la desorganización

La teoría de la comunicación humana (Watzlawick, 1967 citado en: Eguiluz, 2001) formula una serie de axiomas que se describirán a continuación.

- La imposibilidad de comunicar.
Indica que toda conducta es comunicación.
- Los niveles de contenido y relación de la comunicación.
Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.
- La puntuación de la secuencia de hechos.
La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación, puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios.
- Comunicación digital y analógica.
El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica, pero carece de semántica; mientras que en el lenguaje analógico sucede lo contrario.
- Interacción simétrica y complementaria.
En el primer caso las relaciones están basadas en la igualdad, mientras que en el segundo caso, se basan en la diferencia.

2.1.2 MODELO DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL

La terapia estructural fue desarrollada en la segunda mitad del siglo veinte como resultado de la concepción del hombre como parte del medio y comenzó a difundirse a principios de este siglo.

Es definida como un conjunto de teoría y técnicas que se encargan de estudiar al individuo en su contexto social; su objetivo principal es la modificación de la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo y como resultado de esto se modifican las experiencias de cada individuo. La terapia familiar se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos; es así como la antigua idea del individuo que actúa sobre su medio se transforma en un individuo en interacción con su medio (Minuchin, 1994).

A pesar de que el concepto de la influencia del hombre sobre su medio no es nuevo, el basar las técnicas de salud mental en esta idea sí aporta un nuevo enfoque. Las técnicas tradicionales de salud mental se basaban únicamente en el individuo y la vida intra psíquica aislando así al individuo de su medio, como consecuencia de esto se concebía al individuo como fuente de la patología, en el caso de la terapia estructural la concepción es mucho más amplia y también lo son las posibilidades de intervención.

La familia constituye un factor sumamente importante en el contexto del individuo, es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y hasta el exterior. Esta influencia de la familia se ha demostrado en diversas investigaciones en donde aparentemente existía un paciente identificado y el cual era reconocido como portador de una patología, sin embargo a medida que se realizan estudios se comprueba la interdependencia entre el individuo y su familia la cual media incluso a nivel biológico.

Minuchin (1994) menciona algunas características que presentan los sistemas familiares y deben ser tomadas en cuenta dentro de la terapia familiar son:

- Totalidad: Es algo más que una suma de conductas y relaciones
- Causalidad Circular: Hace referencia a que las relaciones familiares son recíprocas, siguen pautas que se conforman a lo largo de su propia historia y son repetitivas, se establecen secuencias de conductas. El interés terapéutico reside en qué, dónde, cuándo y cómo ocurre algo en lugar de centrarse en el por qué.
- Equifinidad: Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
- Equicausalidad: La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos, apoya la no-búsqueda de una causa pasada originaria el síntoma. Por tanto la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyan al mantenimiento del problema de tal forma que pueda influir en ellos para iniciar el cambio terapéutico.
- Limitación: Se refiere a la adopción de una secuencia determinada y produce redundancia.
- Reglas de Relación: En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que resulta trascendente para el ser humano la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- Teleología: Es la adaptación a las exigencias de las etapas del desarrollo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Esto se da a través de un equilibrio entre dos funciones complementarias:
 - Morfofostasis: es una función constante. Es la tendencia a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio.
 - Morfogénesis: Tendencia del sistema a cambiar y a crecer, comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia.

La terapia estructural se basa en tres axiomas que marcan aún más la diferencia con otros enfoques de terapia:

Primer axioma: La vida psíquica de un individuo no es solamente un proceso interno, sino que influye sobre su contexto y es influido por éste en secuencias repetidas de interacción. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y esas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas. El individuo responde al estrés que se produce en otros lugares del sistema a los que se adapta y él puede contribuir en forma significativa al estrés de otros miembros del sistema.

Segundo axioma. Cuando se produce un cambio en la estructura familiar contribuye a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.

Tercer axioma: Cuando un terapeuta trabaja con un individuo o una familia su conducta se incluye en ese contexto formando en conjunto un nuevo sistema.

La terapia estructural de familia enfrenta el proceso de feedback entre las circunstancias y las personas implicadas. Una transformación en la posición de una persona en relación con sus circunstancias constituye una modificación de su

experiencia. La terapia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de modo tal que sus posiciones cambian; al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve se modifica su experiencia.

La herramienta del terapeuta estructural consiste en modificar el presente y el objetivo de sus intervenciones es el sistema familiar. El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a una persona para transformarlo basándose en las siguientes propiedades del sistema:

- Una transformación de su estructura permitirá al menos una posibilidad de cambio.
- El sistema de la familia esta organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, el terapeuta es un a la familia para modificar su funcionamiento de forma que puedan realizar estas funciones con mayor eficacia.
- El sistema de la familia tiene propiedades de auto perpetuación por lo tanto una vez que se ha producido un cambio la familia lo mantendrá mediante sus mecanismos de autorregulación.

La familia es un sistema abierto en transformación es decir que constantemente recibe y envía descargas desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta. La idea común de la familia normal es la que no produce estrés, pero la familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas, así que sólo un esquema de las funciones de dicha familia será la base para el análisis, este esquema debe considerar los siguientes tres componentes:

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

Estructura:

Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. La familia interactúa a través de pautas transaccionales que establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quien relacionarse y estas son mantenidas por dos sistemas de coacción; el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, el segundo sistema es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de diversos miembros de la familia. De este modo el sistema se mantiene a sí mismo, ofrece resistencias al cambio que va más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, los miembros de la familia pueden considerar que no están cumpliendo con sus obligaciones, entonces aparecen requerimientos de lealtad familiar y se induce a la culpa; la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian y por tanto debe transformarse de tal modo que le permita encarar nueva circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros (Minuchin, 1994)

La estructura los ayuda a sobrellevar cada etapa de su desarrollo y se constituye por:

a) *LÍMITES*

El sistema familiar desempeña funciones y se diferencia a través de sus subsistemas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Esta diferenciación se marca a través de los límites los cuales están constituidos por reglas que definen quienes participan y de que manera lo hacen.

Pueden presentar las siguientes características:

- Límites Claros: hacen que el funcionamiento familiar sea adecuado, se definen de manera precisa, permiten a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencia, pero también permiten el contacto entre los miembros de un subsistema y otro.

Su expresión grafica es

- Límites Difusos: Se presenta en las familias que se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, existe un incremento excesivo de comunicación y preocupación entre los miembros de la familia, como consecuencia la distancia disminuye y los límites desaparecen, se carece de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar cuando es necesario, a estas familias se les llama aglutinadas.

Su expresión grafica es

.....

- Límites rígidos: La comunicación entre los subsistemas es muy difícil, se ven afectadas las funciones protectoras de la familia. Los subsistemas pueden funcionar de manera autónoma, pero con una excesiva independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia, así como de requerir ayuda cuando la necesitan, se denominan familias desvinculadas.

Su expresión grafica es

Los subsistemas en los cuales se presentan estos límites son:

- Subsistema conyugal: Se constituye por dos adultos que se unen con la intención explícita de constituir una familia. Tiene tareas vitales para el funcionamiento de la familia, debe presentar cualidades de complementariedad y acomodación mutua. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo respalde la acción del otro, cada esposo debe ceder sin sentir que lo han vencido. Este subsistema puede convertirse en un refugio ante el estrés externo, puede también fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento. Aunque también pueden presentarse rasgos negativos como descalificación, imposición. Debe tener un límite que proteja de la interferencia de demandas y necesidades de otros sistemas.
- Subsistema Parental: Surge con el nacimiento del primer hijo, ahora se deben desempeñar las tareas de socializar con un hijo sin renunciar al subsistema conyugal, se necesita que el niño tenga acceso a ambos padres pero con límites. A medida que el niño crece se imponen nuevas demandas al subsistema parental y este debe modificarse para satisfacerlas; cuando los niños son pequeños predominan las funciones de alimentación, conforme crecen debe existir mayor control y orientación. En la

adolescencia se entra en conflicto con los requerimientos debido a una necesidad de autonomía, esta relación requiere el uso de la autoridad, no se puede desempeñar esta función sin que se disponga del poder necesario para hacerlo.

- Subsistema Fraternal: Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales, aprenden a formar amigos, aliados, logran reconocimiento por sus habilidades. Cuando se trata de familias amplias existen otras subdivisiones, por ejemplo se pueden presentar las tareas de alimentación en hijos pequeños y el contacto con subsistemas externos con hijos mayores. En las familias con un solo hijo pueden desarrollar pautas precoces de acomodación con los adultos o pueden tener problemas de autonomía y la capacidad de compartir.

b) JERARQUIA:

Se refiere al poder y responsabilidad que tiene cada individuo, quién toma las decisiones y se hace obedecer.

c) ALIANZA:

Es la unión de dos o más personas que resulta positiva para el sistema, es temporal y alternante.

d) COALICIÓN:

Es la unión entre dos o más personas contra un tercero o terceros es negativa y permanente.

e) GEOGRAFIA:

Es el espacio físico que ocupa cada miembro de la familia.

f) TERRITORIALIDAD:

Es el espacio emocional que ocupa cada miembro de la familia y puede ser de centralidad cuando es un gran espacio emocional o de periferia si ocupa un espacio muy pequeño.

Etapas del ciclo vital

Al igual que todos los organismos vivos, la familia tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución, posee la capacidad de adaptarse y cambiar manteniendo sin embargo su continuidad, a los sistemas vivos con estas características se les llama sistemas abiertos, en estos, las fluctuaciones ya sean de origen interno o externo guían el sistema hasta una nueva estructura que devuelve la constancia en el sistema, pero si las fluctuaciones se hacen más amplias la familia puede entrar en un a crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones.

Minuchin (1984) Argumenta que el desarrollo de la familia esta integrado por periodos de desequilibrio que alternan con periodos de homeostasis manteniéndose las fluctuaciones dentro de una amplitud manejable. Este modelo de desarrollo incluye cinco etapas principales organizadas en torno al crecimiento de los hijos y son:

- La formación de pareja: En este primer nivel se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón o subsistema conyugal, se establece mediante una negociación, la pareja debe definir nuevas pautas para la relación con los demás. Al inicio de la formación de pareja cada cónyuge se

siente como parte de un todo en interacción con otro todo, pero para formar la nueva unidad de pareja cada uno tiene que convertirse en parte, deben armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos y elaborar modalidades propias para procesar la información, establecer contacto y tratarse con afecto. De igual modo crearan reglas sobre intimidad, jerarquías, así como pautas de cooperación, con el paso del tiempo el nuevo organismo se estabilizara como un sistema equilibrado.

- La familia con hijos pequeños: Se inicia con el nacimiento del primer hijo, en ese momento se crean nuevos holones o subsistemas como el parental. El holón conyugal debe organizarse para enfrentar nuevas reglas, proporcionar cuidados hacia el hijo, en ocasiones la esposa se puede sentir prisionera por la división de su tiempo y el esposo puede alejarse por lo que es conveniente que el esposo se integre en las actividades parentales. Si estos problemas no se resuelven con éxito se pueden formar coaliciones entre los miembros de distintas generaciones. La familia tiene que negociar también contactos nuevos con el exterior, vínculos con los abuelos, tíos y primos, etc. Al tiempo que el hijo crece se debe establecer control dejando espacio y garantizando seguridad, se tienen que modificar las pautas de crianza.
- La familia con hijos en edad escolar: Cuando los hijos comienzan a ir a la escuela la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, toda la familia debe elaborar nuevas pautas, como ayudar en las tareas escolares, determinar quien debe hacerlo y las reglas que se establecerán con relación a este tema. El niño se entera de que en la familia de sus amigos hay diferentes reglas, así que la familia deberá negociar ciertos ajustes.
- La familia con hijos adolescentes: En esta etapa el grupo de pares tiene mucho poder, tienen su propia cultura, sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta y perspectivas a futuro. La familia tiene que interactuar con un sistema poderoso y en ocasiones competitivo, el adolescente demanda reacomodamientos en las reglas, requiere una mayor autonomía y el control se tiene que renegociar. Es común un desequilibrio leve que requiere adaptación. Finalmente en esta etapa comienza un proceso de separación y este cambio resuena en toda la familia.
- La familia con hijos adultos: Los hijos adultos jóvenes en esta etapa han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y posiblemente un cónyuge. La familia vuelve ahora a ser de dos miembros, aunque con una historia de modificación de pautas, esta última etapa se centra en el modo en que los padres e hijos se relacionaran como adultos. A veces se le llama a este periodo nido vacío, lo cual se asocia con una depresión por parte de la madre debido a que se queda sin ocupación, sin embargo esta aparente etapa de pérdida puede ser vista como un desarrollo si los cónyuges como individuos y como pareja aprovechan sus experiencias acumuladas para realizar sus expectativas no alcanzadas mientras tenían que cuidar a sus hijos.

La Terapia.

Una vez que se ha hablado de los componentes de la familia, su estructura y sus funciones es importante adentrarnos en la práctica de la terapia estructural. La familia enfrenta constantemente un requerimiento de cambios y una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos internos o

externos de cambio estereotipando su funcionamiento. Las pautas transaccionales se han preservado hasta un límite de rigidez, que bloquea toda posibilidad de alternativa. La selección de una persona como problema puede constituir un método para mantener una estructura rígida e inadecuada (Minuchin, 1994)

La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia y la función del terapeuta es ayudar a esta transformación mediante un **proceso** que incluye tres pasos:

- El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo.
- Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente.
- Crea circunstancias que permita la transformación de esta estructura.

Como consecuencia de la terapia se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican las posiciones de sus integrantes y las experiencias de cada uno, particularmente las del paciente identificado, ya que es liberado de la posición de "el problema".

Para **transformar el sistema familiar** el terapeuta debe de intervenir para desequilibrarlo, para esto se basa en la utilización de diversas técnicas dependiendo de lo que el sistema le demande, debe prestar atención a la dinámica de los miembros de la familia, apoyándolos y reforzándolos en algunos aspectos aunque en otros se descalifique. Debe controlar el impacto de la terapia y estar dispuesto a proporcionar ayuda, la terapia al igual que cualquier otro cambio en la familia puede producir estrés así que el terapeuta debe ser capaz de manejar estas circunstancias.

En la terapia familiar el **diagnóstico** es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas en su proceso de unión con la familia, un objetivo del proceso de diagnóstico consiste en ampliar la conceptualización del problema.

Al evaluar las transacciones de la familia el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales:

- La estructura familiar, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.
- La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y de reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema ante las circunstancias cambiantes.
- La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
- El contexto de vida de la familia, las fuentes de apoyo y de estrés en la familia.
- El estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio.
- La forma en la que el síntoma del paciente es utilizado para el mantenimiento de las pautas preferidas de la familia.

Este diagnóstico de la familia se relaciona íntimamente con las características de idiosincrasia tanto de la familia como del terapeuta y con el modo en que la familia responde al terapeuta. También se va modificando a medida en que los integrantes asimilan al terapeuta, se acomoda y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes.

Tipos de Familias

El terapeuta se forma una idea sobre las familias tras la inspección de ciertos aspectos básicos de su estructura, las configuraciones más comunes en la práctica retomando a Minuchin (1974) son:

- Familias de pas de deux: se da cuando la familia se compone de dos personas solamente y están muy apegadas.
- Familias de tres generaciones: Son familias extensas con varias generaciones que viven en íntima relación y es quizá de las más comunes.
- Familias con soporte: Son familias en las cuales se delega autoridad generalmente en los hijos mayores que se vuelven parentales funcionando como representantes de los padres.
- Familias acordeón: En estas familias uno de los progenitores permanece alejado por largos periodos, como en el caso de los inmigrantes, los militares, etc. Mientras se encuentra ausente el otro cónyuge asume funciones adicionales.
- Familias cambiantes: Estas familias pueden ser cambiantes en cuanto a su contexto o en cuanto a los integrantes el primero es el caso de las familias que se mudan constantemente y en el segundo caso son familias de un solo progenitor y después existen varias parejas.
- Familias huésped: En estas familias se incorpora un nuevo miembro que antes no formaba parte, puede ser el caso de primos que llegan a vivir o hijos que las instituciones sociales dan a cuidar a otras familias.
- Familia con un fantasma: La familia sufre la pérdida de un ser querido y con el paso del tiempo la organización del sistema se trata de mantener como si la persona todavía estuviera presente, incluso las cosas materiales.

2.1.3 MODELO DE TERAPIA ESTRATÉGICA

Una terapia puede considerarse estratégica si lo que ocurre en ella lo diseña el terapeuta como algo particular para cada problema. Es común que en el contexto terapéutico en donde se encuentra un terapeuta y un paciente las acciones estén determinadas por ambos, pero en la terapia estratégica, la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar los problemas que puedan ser solucionados, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y por último evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Anteriormente se consideraba que el terapeuta debía esperar a ver que decía o hacía el paciente antes de iniciar una planificación, mientras tanto debía sentarse pasivamente y solo interpretar las acciones del paciente, además solo podía ofrecer un enfoque, sin importar las diferencias que hubiera entre las personas que asistieran o las problemáticas que presentaran. Esto debido a que se consideraba que sentarse en un problema, fijar metas e intervenir deliberadamente en la vida de las personas era manipular.

La terapia estratégica no es un enfoque o teoría en particular, sino varios tipos de terapia en los cuales el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Estos cambios de la terapia pasiva a la activa se relaciona con los procedimientos que los terapeutas utilizan en hipnosis, puede considerarse a Milton Erickson como el maestro del enfoque estratégico en la terapia, también se le consideró durante mucho tiempo como el más importante especialista mundial en hipnosis médica, aunque fue menos conocido por su enfoque estratégico; él ha dado a la terapia una extraordinaria variedad de técnicas hipnóticas. Es posible visualizar la terapia estratégica de Milton Erickson como una extensión lógica de la técnica hipnótica. Es importante aclarar que en esta ocasión estamos entendiendo por hipnosis un tipo de comunicación entre la gente, desde este punto de vista, la hipnosis es un proceso entre personas, una de las formas en que una persona se comunica con otra. Cuando la hipnosis se utiliza eficazmente, el enfoque es estratégico y las estrategias son similares a las que pueden encontrarse en diferentes enfoques terapéuticos (Haley, 1986)

Este enfoque terapéutico tiene por objeto solucionar los problemas que presentan los pacientes no centrándose es un método particular, sino enfrentar cada problema con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica. Entendiendo como problema al tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas, la terapia se centra justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos. En muchas ocasiones cuando se define un problema y se da un diagnóstico de este se está contribuyendo a su creación, aunque solo se piense que se está identificando el problema, el modo en el que lo clasificamos puede hacer que este se cristalice y se vuelva crónico (Haley, 1980).

La primera entrevista.

Siguiendo la base de que las terapias exitosas son aquellas que logran resolver el problema del paciente, entonces el terapeuta debe saber como formular el problema y como resolverlo. Para que una terapia termine adecuadamente, debe comenzar adecuadamente, esto es, estableciendo el contrato en torno al problema a resolver y descubriendo la situación que lo está generando, la terapia sacará a la luz los problemas y las pautas de relación a modificar.

Una primera entrevista comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema. Por lo común alguien solicita telefónicamente una entrevista, en la cual se obtiene parte de la información. Una vez que se lleva a cabo la primera entrevista esta debe integrar las siguientes fases:

- Etapa social. Esta etapa es utilizada para obtener datos generales como lugar donde viven, ocupación, etc; es importante observar en esta etapa el como se acomoda la familia, cuál es su estado de animo, lo que servirá más adelante para conseguir que cooperen para el cambio.
- Etapa del planteamiento del problema. Se pregunta sobre el motivo por que han asistido, pasando así de una situación social a una terapéutica, existen varias formas de formular la pregunta, es común que la familia llegue al consultorio sin saber porque se ha convocado a todos sus integrantes. Mientras más general y ambigua sea la pregunta, habrá más oportunidad de los miembros de la familia para que expongan su punto de vista y es importante obtener el de todos los integrantes para conocer las diferentes visiones. La pregunta debe realizarse al grupo en general, pero es importante diferenciar quien es la persona que se ha preocupado lo suficiente como para traer a la familia a entrevista, quien desestima la problemática y ha asistido por la fuerza, quien en la familia tiene mayor jerarquía y respetar ésta.

- La etapa de interacción. Para lograr averiguar con más exactitud cual es el problema, la primera etapa consiste en recabar la opinión de todos los presentes, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación, la segunda es lograr que los miembros de la familia dialoguen entre si sobre el problema, aquí el terapeuta debe sólo conducir la entrevista y procurar que los miembros de la familia no se dirijan a él sino entre ellos. Es labor del terapeuta aprovechar esta etapa para descubrir cuales son las secuencias y pautas de conducta de la familia, mediante la observación de cómo se conducen entre si.
- Definición de los cambios deseados. Al concluir la etapa de interacción es importante obtener de todos los miembros de la familia una formulación lo suficientemente clara de los cambios que quiere alcanzar mediante la terapia, esto sirve para fijar las metas de terapia. Mientras más claro sea esto mejor organizada podrá estar la terapia. El problema a resolver debe de ser algo observable, medible y que permita detectar de algún modo la influencia que ejerceremos en él.
- Conclusión de la entrevista. La primera entrevista debe concluir realizando una nueva cita, algunos terapeutas logran tener pensada una directiva al término de la sesión, la cual puede proponer como tarea y se deberá cumplir entre una sesión y otra, es conveniente que en estos momentos la tarea sea sencilla (Haley, 1980)

Técnicas del modelo Estratégico

➤ **Aliento a la resistencia**

Este enfoque es típico de la hipnosis y consiste en aceptar la resistencia de un sujeto e incluso alentarla. El sujeto queda atrapado en una situación donde su intento por resistir queda definido como una conducta cooperativa. Una vez que esta cooperando se le puede desviar hacia una nueva conducta. En este caso se le puede pedir a una familia que siga haciendo lo que ya hace y después solicita un cambio espontáneo, o bien este cambio ocurre como consecuencia de haber alentado la conducta habitual.

➤ **Ofrecimiento de una alternativa peor**

En ocasiones el terapeuta prefiere que el paciente inicie por si mismo una nueva conducta y elija su propia dirección en la vida. Pero al mismo tiempo quiere que cambie dentro del marco referencial del terapeuta. Con esto surge el problema de como lograr que el paciente siga directivas y asimismo, alcance autonomía para tomar sus propias decisiones y establecer sus propios cambios. Esta dificultad puede verse aminorada mediante técnicas como el ofrecimiento de una alternativa peor, en donde se dirige al paciente hacia un sentido, haciéndolo de tal manera que lo guía a ir en otro. De manera explícita en esta clase de directivas se establece un tipo de cosas que ha de hacer el paciente, ofreciéndole luego otra opción que al paciente no le resulte agradable. Provocando así, que encuentre otra actividad correcta. Esto ayuda a motivarlo a que descubra cosas que puede hacer y que son buenas para él, cosas que le agradan y en las cuales puede tener éxito.

➤ **Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas.**

Cuando los pacientes se resisten a las directivas es conveniente enfrentar el problema comunicándose con él en términos de una analogía o metáfora. Si el paciente se resiste a hablar de algo específico, llamémoslo "x", entonces el terapeuta puede hablar de "y", y entonces "x" y "y" son relacionados en forma metafórica, el paciente hará la conexión de manera espontánea y responderá de manera adecuada, la analogía puede ser comunicada de forma verbal o no verbal. En este tipo de intervención es

característica de Erickson debido a que a diferencia de otros terapeutas él no interpretaba el significado de las metáforas y no traduce la comunicación inconsciente a términos concientes.

➤ **Aliento de una recaída**

Cuando los pacientes están mejorando, y en especial cuando lo hacen con mucha rapidez, es conveniente prescribir una recaída. En algunas ocasiones cuando los pacientes son demasiado cooperativos, siguen las indicaciones con demasiada prontitud y en ocasiones se anticipan a ellas. Ante un paciente demasiado cooperativo que mejora con excesiva rapidez es probable que tenga una recaída y manifieste una desilusión ante la terapia. Para evitar esto es recomendable aceptar la mejoría pero prescribir una recaída. Así la única manera en la que el paciente puede resistir es evitar la recaída y seguir mejorando. La prescripción de la recaída, cuando se realiza en forma eficaz, impide la misma recaída.

➤ **Frustración de una respuesta para alentarla.**

Otra técnica típica para enfrentar la resistencia del paciente y alentar a la persona a iniciar una respuesta que signifique una contribución positiva consiste en indicar al paciente una cierta manera de comportarse, y cuando la persona empiece a cumplir con la indicación, se debe cortar la respuesta y pasar a otra cosa. Así cuando se retome la directiva original, el sujeto responderá mejor, porque anteriormente fue frustrado cuando ya había surgido de él la disposición a responder.

➤ **Empleo del espacio y la posición.**

Otro aspecto de importancia es el empleo de la orientación espacial, la gente se orienta en términos de claves visuales y auditivas, la modificación de esas claves puede alterar la orientación de una persona. Cuando se entrevista a una familia se debe estar conciente de cómo puede modificarse la conducta de cada miembro hacia los otros si se cambia su orientación espacial. Se puede desplazar a los miembros de la familia indicándoles que cambien de silla y disponiendo diferentes combinaciones en el consultorio. Con esta técnica el agrupamiento familiar se mantiene, pero su disposición cambia, lo cual es lo que se busca al modificar una familia. Esto incluye el definir primero a la persona en términos de su posición y luego alterar su posición para que con ella cambie la persona.

➤ **Énfasis en lo positivo.**

Se tiende a destacar lo que hay de positivo en la conducta de una persona, partiendo de la base de que cada persona alberga un deseo natural de crecimiento y coopera más si uno destaca lo positivo. Para alentar el cambio se redefine como positivo lo que la gente hace. No se minimizan las dificultades, pero se encuentra en ellas algún aspecto que puede aprovecharse para mejorar el funcionamiento de una persona o de su familia.

➤ **Siembra de ideas.**

Esta siembra de ideas se refiere al establecimiento de ciertas ideas para después construir algo sobre ellas. Al comienzo de la sesión se destacan ciertas ideas para más tarde lograr una determinada respuesta. Cuando se está trabajando con la familia en la etapa de recolección de información se marcan ciertas ideas, más adelante cuando la situación lo permita se podrá construir algo sobre estas ideas.

➤ **Ampliación de una desviación.**

Consiste en tratar primero de alcanzar una pequeña respuesta y luego construir sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta. Es importante ser precavido en no querer lograr demasiado con prontitud, lo conveniente es aceptar solo lo que ofrece el sujeto

y ampliarlo, buscar un cambio pequeño y después ampliarlo, si se produce un cambio en un área importante, lo que en un inicio parecerá poca cosa tal vez modifique todo el sistema.

➤ **Amnesia y control de la información.**

Es común que en terapia se aliente una comunicación fluida entre los miembros de la familia, para que todo lo que esta presente en la mente de uno sea dicho a todos los demás, cuando esto no ocurre y se ve a los miembros en sesiones separadas y después se les reúne es conveniente organizar lo que se va a decir y como se va a decir de modo que los sucesos se orienten hacia objetivos particulares, es importante que el terapeuta intervenga con todos los miembros de la familia, pero se debe tener un control cuidadoso en cómo se distribuye la información.

➤ **Despertar y desenganche.**

Para la mayoría de los terapeutas es importante lograr la autonomía en los miembros de la familia, por tanto cuando se detecta la presencia de una relación diádica intensa, en la que dos personas se responden de forma tan poderosa que bloquean la intervención de cualquier otra persona, es importante lograr que respondan a los estímulos del terapeuta y no a los acostumbrados.

➤ **Evitación de la exploración de si mismo.**

Se trata de evitar que las personas se centren en comprender cómo o por qué es que les ocurre lo que les ocurre, existe una ausencia de interpretaciones sobre las supuestas causas de la conducta, partiendo de la base de que el terapeuta que intenta ayudar a la gente a comprender porque se comporta como lo hace, esta impidiendo un real cambio terapéutico (Haley, 1986)

➤ **Cómo impartir directivas**

Las directivas pueden darse de forma directa o implícita ya sea mediante un ademán, la voz o un silencio oportuno durante la conversación. Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en ese sentido está impartiendo una directiva.

Las directivas o las tareas impartidas a las familias e individuos tienen las siguientes finalidades.

- 1.- El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente y las directivas son una manera de provocar esos cambios.
- 2.- Se utilizan para intensificar la relación entre el paciente y el terapeuta, al decirles lo que deben hacer.
- 3.- Se utilizan para obtener información, la manera en la que reacciona la gente al recibir una directiva aporta información respecto a ellos mismos y a como responderán con los cambios.

Hay dos maneras de impartir directivas la primera es decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan y la segunda es decírselo con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por la vía de la rebelión.

La primera forma comprende dos tipos de directivas

- Ordenarle a alguien que deje de hacer algo: el terapeuta trata de modificar el comportamiento de una familia diciéndole a uno o varios de los integrantes que deje de hacer lo que están haciendo, en este caso es necesario tener un gran prestigio para lograr que alguien abandone su comportamiento habitual con solo pedírselo.
- Pedirle que haga algo diferente: el terapeuta trata de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndole a sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual, que prueben nuevos hábitos. El pedido de cambio de conducta puede hacerse mediante buenos consejos y dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia.

➤ **Como motivar a una familia para que cumpla una directiva.**

Para motivar a alguien de hacer algo se necesita mostrar que extraerá algún beneficio de esa acción. Cuando en terapia se quiere motivar a la familia para hacer algo, se les tiene que convencer de que por este medio alcanzaran los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. El modo para hacer esto depende de la naturaleza de la tarea, de la familia y del tipo de relación establecida con esta.

De manera general podemos hablar de algunos métodos de motivación.

- En el enfoque directo, lo común es que el terapeuta les diga a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema, por lo tanto... y se ofrece la tarea como un medio de alcanzar las metas de la terapia.
- El enfoque indirecto puede emplearse cuando se prevé que la familia no cooperara fácilmente en la tarea. Puede usarse como primer paso para adoptar después una forma más directa. En este caso se pide a la familia que hable sobre sus intentos fallidos de cambiar la situación y el que tanto les desespera esto, con lo cual ellos estarán en disposición de escuchar a alguien que les diga que pueden hacer. En este tipo de intervención el terapeuta tiene oportunidad de marcar los fracasos anteriores. También se puede llevar a cabo la intervención de manera opuesta, dando la razón a la familia sobre lo que están haciendo para resolver la situación y luego se les pide que realicen una tarea que les ayudara a programar aún más, así lo que se ofrece parece como una pequeña adición para ayudarlos en su proceso de mejoría.

Una vez motivada la familia, deben impartirse instrucciones claras, más que sugerirse las directivas deben impartirse abiertamente, cuando esto se ha hecho se deben observar las reacciones de la familia para identificar si se ha comprendido bien la tarea.

El terapeuta debe procurar que participen todos los miembros de la familia en la tarea, el propósito de involucrar a todos en la tarea es hacer hincapié en la unidad familiar total, excepto en casos especiales en que el terapeuta desee encomendar una tarea a una parte de la familia y no a todos.

Revisión de la tarea.

La revisión de la tarea es otro modo de asegurarse que la han comprendido bien y que podrán efectuarla. Se debe prever las dificultades que pueden surgir y tratar de discutir estas.

Informe sobre la tarea.

Cuando se revise la tarea en la siguiente sesión se pueden encontrar tres resultados,

- El primero que la tarea se haya cumplido, en este caso se felicita a la familia y se prosigue con la entrevista.
- En el segundo caso la tarea se ha cumplido parcialmente y se debe averiguar los motivos por los que no se cumplió en su totalidad.
- En el último caso no se ha cumplido la tarea, es importante que se haga la indicación de lo importante que era el cumplimiento de la tarea.

Algunos ejemplos de tareas según Haley (1990) son las siguientes.

TAREAS METAFÓRICAS: El uso de analogías.

No en todas las ocasiones es conveniente que el terapeuta indique de manera directa lo que desea que la familia haga, ya que a veces la gente está más dispuesta a hacer algo si no tiene conciencia de haber recibido la indicación, en este caso la directiva puede ser expresada mediante una metáfora. La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra, es una relación de analogía. Cuando un terapeuta quiere que la familia se comporte de un modo determinado hace que se conduzcan de otro modo que se le asemeje, entonces después se portarán espontáneamente como él quiere. Las metáforas no se expresan sólo con palabras, también con acciones.

TAREAS PARADÓJICAS.

Estas son empleadas cuando el terapeuta quiere que la familia se resista y de ese modo cambie. Resultan paradójicas para el paciente porque al mismo tiempo que se les está diciendo que desean ayudarlos a cambiar, también se les está pidiendo que no cambien.

Este enfoque se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda. Hasta cierto punto todas las familias que se hallan en una situación estable se resisten al cambio. Por lo general la familia se ha estabilizado en torno al hecho de que uno de sus miembros constituye un problema. Al modificar la situación de la persona problema, el terapeuta también desestabiliza a la familia, por lo que oponen resistencia. Las tareas paradójicas tienen la finalidad de encarar a la familia en un sentido global e impartir directivas que involucren sólo una parte de ella.

El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes, cambien, pero no cambien. Cuando la paradoja tiene éxito los miembros de la familia logran alcanzar el objetivo de la terapia, que es demostrar que son tan normales como los demás, cambian espontáneamente. Si se desea dar continuidad al cambio se puede comentar que quizá esto es temporal, y sufrirán una recaída, con lo cual se empeñan en continuar para demostrar que esto no es algo momentáneo.

Etapas de la intervención paradójica.

- Primero debe establecerse una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
- Después se debe definir claramente el problema.
- Se fijan objetivos con claridad, la clara fijación es de gran importancia para emplear técnicas terapéuticas eficaces.
- Se ofrece un plan en donde se da una explicación lógica que haga razonable una directiva paradójica, aunque también puede el terapeuta limitarse a impartir la directiva.
- Se descalifica de manera diplomática a alguien que era considerado autoridad en el tema y que ha estado tratando de ayudar a resolver el problema.
- Se imparte la directiva paradójica.

- Se tiene que observar la reacción del sujeto y se continúa alentando el comportamiento usual.

DISEÑO DE LAS TAREAS.

Sea cual sea la tarea siempre debe ser lo suficientemente simple como para que la familia la pueda cumplir, a menos que se tenga una buena razón para que se fracase. El terapeuta debe ser capaz de decir con seguridad: esto es algo que pueden hacer fácilmente. Este enfoque se basa en respetar y utilizar lo que la familia considera importante, o sea el problema presentado, y lo que el terapeuta considera importante, es decir un cambio en la organización.

Cuando se emplea un enfoque directivo, es esencial negociar una definición del problema presentado. Mientras más ambiguo sea el problema, será más confuso programar una tarea, lo mismo ocurre si el objetivo es poco claro. El terapeuta debe especificar cual es su meta si ha de introducir una directiva para alcanzarla (Haley, 1980).

2.1.4 MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS

A través de los años han existido muchas teorías acerca de la persistencia y del cambio, se ha tratado sobre todo de manera independiente, las teorías de la persistencia o las teorías del cambio, pero no en unión persistencia y cambio. La tendencia general ha sido considerar a la persistencia y la invariabilidad como un estado natural o espontáneo, garantizando que no necesita explicación y al cambio como un problema que había que explicar, o bien se adoptaba la posición inversa. En la actualidad el hecho de que ambas posiciones puedan adoptarse tan fácilmente indica que son complementarias.

Existen dos teorías principales pertenecientes al campo de las matemáticas las cuales nos dan indicios sobre la existencia de dos tipos de cambios.

Teoría de los grupos. De acuerdo con ésta los grupos poseen las siguientes propiedades:

- Esta compuesto por miembros los cuales son iguales en alguna característica común, pueden existir cambios dentro del grupo sin que esto implique que los miembros se sitúen dentro el grupo.
- Se puede combinar a sus miembros en distinto orden y sin embargo el resultado de la combinación permanece siendo el mismo, existe una variación en el proceso pero una invariación en el resultado.
- Contiene un miembro de identidad, es decir un miembro puede actuar sobre otro sin provocar cambio alguno.
- Cada miembro tiene su recíproco o su opuesto, de tal modo que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad.

La teoría de grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema, que en si, permanece invariable.

Teoría de los tipos lógicos.

Esta teoría 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.

Si se acepta esta distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio, uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema que en si permanece inmodificado, cambio tipo 1, y otro cuya aparición cambia el sistema mismo, cambio tipo 2.

En la terapia la finalidad de las intervenciones es promover un cambio de tipo 2, es decir, cambiar la clase de soluciones intentadas.

Sin embargo dentro de la conducta cotidiana se presentan dificultades en la manera de abordar los problemas. Un modo de abordar erróneamente un problema es comportarse como si el problema no existiera. Esta forma de negar su existencia es llamada "terrible simplificación" y de ello se derivan dos consecuencias. a) el reconocimiento del problema es considerado como algo sin razón. b) el problema que exige un cambio se complica cada vez más por los problemas creados con el modo erróneo de abordarlo.

Toda conducta humana intencionada, depende en gran medida de las opiniones o premisas que posean las personas, ya que dichas opiniones son las que rigen su interpretación de las situaciones, los acontecimientos y las relaciones. En terapia esto significa que las ideas o premisas que defiende una persona con respecto a la naturaleza de los problemas y del tratamiento influirán notablemente en el tipo de datos sobre los cuales se centra su atención. Las diferencias de concepción del problema provocan también considerables diferencias en el pronóstico.

Hablando de la terapia sistémica específicamente esta se centra en un paciente no en lo solitario, sino en su contexto social primario, la familia. La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mayor sobre la conducta real, la que tiene lugar de forma observable en el presente, más bien que en el pasado. El no considerar aisladamente la conducta problemática, sino en relación con su contexto inmediato, los demás miembros de la familia, significa algo más que un mero cambio concreto de punto de vista, por importante que este sea, en la práctica esta visión propone que la tarea del terapeuta no se reduzca a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el sistema disfuncional, con objeto de solucionar el problema.

La terapia breve toma como premisa que es posible lograr un cambio en un máximo de 10 sesiones de una hora, concentrando la atención en el principal problema actual, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas para el cambio que se conocen, y buscando cual es el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en vez de pretender reestructurar familias enteras.

El concepto de lo que constituye un problema puede entenderse en la siguiente explicación. Comúnmente un hombre expresa preocupación acerca de una conducta, acciones, sentimiento o pensamientos, desarrollada por él o por alguna otra persona con la que se halla significativamente comprometido. Dicha conducta es descrita como desviada, infrecuente, inadecuada, o incluso anormal, y aflictiva o dañina para el paciente o para los demás. Se informa que el paciente o que los demás han realizado esfuerzos para detener o modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito. En consecuencia el paciente o los otros implicados buscan ayuda de un terapeuta para cambiar la situación que no han sido capaces de cambiar por si solos.

La visión de la terapia breve centrada en problemas y el enfoque general en la práctica son consecuencias de esta concepción de problema teniendo en cuenta los siguientes principios (Fisch, Weakland y Segal, 1994)

- Los problemas consisten en una conducta presente indeseada, por lo que se le atribuye escasa importancia a las posibles causas hipotéticas en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. En cambio se le concede gran importancia a la clara identificación de la conducta problemática; qué es, en qué aspecto es considerada como problema y por quién.
- Para que constituya un problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetido. Un único acontecimiento puede tener consecuencias desafortunadas o incluso desastrosas, pero el acontecimiento en sí mismo no puede ser un problema por que este por definición es una conducta que se prolonga en el tiempo, el preocuparse por la posible reiteración de un acontecimiento desafortunado podría constituir un problema, sobre todo si dicha reiteración es improbable.
- La conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona, y viceversa. Si ambas se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción. Por tanto se concede importancia al contexto formado por otras conductas, dentro del cual ocurre la conducta que se ha identificado como el problema, para esto es importante preguntar ¿cuáles son esas conductas del paciente o de los demás implicados, que puede provocar la conducta problemática y que la hace perdurar mediante la reiteración?

Para que una dificultad se convierta en problema tienen que cumplirse dos condiciones, primero que se haga frente de forma equivocada a la dificultad y que cuando no se solucione la dificultad se aplique una dosis más elevada de la misma solución, entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso.

No es fácil imaginarse que las personas podamos afrontar de modo inadecuado las dificultades de la vida y no sólo que cometamos tales errores, sino que además se persista en ellos. Se cree que las personas persisten por inadvertencia en actividades que mantienen vivos los problemas, y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. En realidad las personas pueden verse aprisionadas en estas conductas repetitivas e incluso cuando son conscientes de que lo que están haciendo no sirve de nada.

El enfoque de la terapia breve centrada en el problema busca lo contrario de esta visión de la naturaleza de los problemas y de su persistencia. Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en que los intentos de solución otorgan continuidad al problema, las alteraciones de tales conductas deben servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema, es decir, la desaparición de la conducta problemática; siempre existe la posibilidad de que un cambio inicialmente pequeño de la interacción del círculo vicioso, dirigido de modo adecuado y estratégico, pueda hacer que se inicie uno beneficioso. En consecuencia el terapeuta se centra en iniciar un proceso de inversión, transformándose en agente activo del cambio, no sólo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla; debe considerar también en qué podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones, y dar pasos que estimulen dichos cambios.

Es importante saber cuál es la mejor manera en la que el terapeuta debe llevar a cabo el tratamiento teniendo la libertad de actuar en la forma que considere más adecuada, es decir, ser capaz de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el

transcurso del tratamiento, a esta libertad se le llama capacidad de maniobra del terapeuta.

La capacidad de maniobra del terapeuta implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten, esta capacidad de maniobra depende de la correspondiente ausencia de capacidad de maniobra en el paciente, el terapeuta necesita conservar sus propias opciones, limitando al mismo tiempo las del paciente. A continuación se presentan algunos medios para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta.

Oportunidad y ritmo.

La capacidad de maniobra depende en parte de que el terapeuta decida retirarse de la postura que haya asumido con un paciente o abandonar la estrategia que haya comenzado a poner en práctica, en vez de aferrarse a ellas contra viento y marea. Por lo regular esto lo hará cuando se encuentre con una resistencia significativa en el paciente. El terapeuta tiene que cambiar de rumbo apenas aparezcan indicios concretos, aunque pequeños de que la estrategia no esta funcionando, puede buscar información por medio de un examen inicial antes de decidirse por un enfoque definitivo. Debe efectuar comprobaciones a lo largo del tiempo, con el fin de evaluar si el paciente acepta o no cada paso que se da.

El tiempo necesario.

La capacidad de maniobra del terapeuta también depende de que no se le presione para que actúe, para que la labor terapéutica avance eficientemente no habrá que acosar al terapeuta para que tome decisiones prematuras en relación con el tratamiento.

El uso de un lenguaje condicional.

Es común que los pacientes formulen preguntas que lleven al terapeuta a comprometerse antes de tiempo, o a asumir una postura que no desea asumir. El terapeuta puede mantener una posición neutral si responde de manera condicionada.

En otros momentos el terapeuta puede querer efectuar una intervención que no sabe si funcionará y no quiere que su credibilidad dependa del éxito o fracaso de la intervención, en tales casos la sugerencia puede realizarse utilizando un lenguaje condicional. En este caso no se pretende que el terapeuta jamás asuma una postura definida, sino que se cuide de no asumir una postura explícita antes de que haya tenido la información y el tiempo suficientes para decidir que postura quiere asumir y cuándo.

El cliente debe concretar.

Es importante ayudar al paciente a que sea claro y concreto en sus comentarios y respuestas. Este aspecto tiene más relevancia en la entrevista inicial cuando el terapeuta debe conseguir la mayor parte de la información para planificar el tratamiento.

Actitud igualitaria.

Algunos pacientes pueden responder positivamente ante una imagen de autoridad o de pericia profesional, en tal caso dicha postura es de utilidad, sin embargo en muchos otros casos la participación del paciente se ve disminuida notablemente si al principio se considera que el terapeuta ocupa una posición de poder. Esto intimida a muchos pacientes, algunos otros interpretan esa posición de superioridad como sabiduría y sagacidad del terapeuta. En ocasiones no darán a éste determinada información o no con claridad porque suponen que el terapeuta lo comprenderá de todos modos. Por tal motivo en ocasiones es conveniente adoptar

una actitud igualitaria, debido a que son pocos los clientes que responden positivamente ante la autoridad y la actitud igualitaria puede conceder mayor capacidad de maniobra.

Sesión individual y conjunta.

La mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas y no con la familia completa, debido a que lo importante es como se encararan los problemas. Cuando se entrevista a los clientes por separado, el terapeuta posee la libertad de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada, pudiendo obtener así con más facilidad la colaboración de todos.

Tácticas con los pacientes difíciles.

Existen dos grandes categorías de pacientes que con frecuencia representan un obstáculo a la capacidad de maniobra del terapeuta e incluso al propio tratamiento: los pacientes que inician el tratamiento por coacción y los pacientes que tratan de imponer restricciones inaceptables a la terapia.

- El comprador fingido (inician el tratamiento por coacción).

Algunos pacientes acuden a la consulta básicamente obligados por otra persona, estos pacientes no se hallan personalmente interesados en obtener ningún cambio en su dolencia. Cuando el terapeuta se da cuenta de que el paciente ha acudido únicamente por coacción, puede utilizar determinadas tácticas que permitan que se inicie el tratamiento y que se logre un resultado final y positivo para lo cual se sugiere: a) negociar un nuevo contrato, entendido esto como darle al paciente la posibilidad de presentar una dolencia diferente que este interesado en cambiar. b) si el cliente no plantea ningún problema sobre el que desee trabajar el terapeuta puede sugerir un problema alternativo. c) lograr que el comprador fingido se decida de veras a comprar.

Si no es factible ninguna de estas intervenciones, o no tienen éxito, entonces no hay razón para mantener al paciente en tratamiento.

- El paciente restrictivo.

Algunos clientes amenazan con sabotear el tratamiento desde el principio, para lo cual suelen establecer condiciones terapéuticas que, si se aceptan, limitarían la libertad del terapeuta para actuar de modo constructivo. Esta clase de dificultades se dan en especial en los pacientes que antes han estado sometidos a un tratamiento a largo plazo y que tratan de imponer condiciones semejantes en el tratamiento actual, a pesar de que resulta evidente que el tratamiento anterior fracasó. (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

La entrevista inicial

El objetivo del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que se consideran esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, como se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, actitud y lenguaje de éste. Por información adecuada se entiende aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conductas, es decir qué hacen y qué dicen los individuos concretos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo. La adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, ya que es el fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. No se concede mucha importancia a la historia de los problemas, pero resulta útil saber algo acerca del tiempo que se lleva afectado por el problema y si se ha estado sometido a tratamiento anteriormente. Ya que esto suele influir sobre las expectativas del paciente con respecto a la terapia actual.

Una vez que se ha definido el problema se deben buscar cuales serían los cambios mínimos para el cambio.

Preguntas para definir el cambio mínimo

¿cuál sería la señal de que las cosas están cambiando para mejorar?

¿Cómo notarían que las cosas empiezan a cambiar?

¿Qué estaría haciendo usted diferente durante el día que le permita saber que esta mejorando?

Una vez que el terapeuta tiene definido lo que le gustaría que el paciente hiciera para solucionar su problema, requiere ganarse su colaboración. Lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque que por lo general considerará alocado o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia.

Para esta tarea es fundamental la postura del paciente, esta postura representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta.

1.- Evaluación de la postura del paciente:

Al inicio de la sesión es importante escuchar lo que dice el paciente, las palabras concretas que emplea y el tono y énfasis con que se expresa.

2.- Tipos de postura:

El paciente puede asumir una de las siguientes posturas.

- El problema es manifiestamente doloroso por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad.
- El estado de las cosas es indeseable pero no incomodo en exceso y no necesita un cambio o por lo menos no con urgencia. Esta postura es la que adoptan comúnmente los pacientes que acuden por coacción.
- Una postura pesimista con respecto a la solución del problema o bien manifiestan que el problema aunque difícil puede ser afrontado.
- Algunas personas adoptan no sólo una postura esperanzada, sino que también una grandilocuente expectación con respecto a lo que se puede y se debe conseguir

Por lo que se refiere a la terapia los pacientes suelen asumir una de estas posturas.

- Se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta.
- Toman a su cargo activamente el tratamiento utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva.
- Buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad reciprocas entre ellos y el terapeuta.

En lo que respecta a la actividad el paciente puede considerar que el proceso terapéutico:

- Requieren debates y una intuición considerables.
- Exige determinada acción de su parte
- Se llega a la solución del problema por una vía racional o a través del sentido común.
- El problema se soluciona por medios mágicos o inesperados.

Finalmente ciertos valores personales afectan directamente el tratamiento y cuando se toman en cuenta pueden ser usados para facilitar el tratamiento.

- Algunos pacientes se ven a sí mismos como algo extraordinario, que se eleva por encima de las circunstancias corrientes, por lo tanto se sienten motivados por un desafío o un riesgo.
- Otros temen destacar y se espantarían ante un riesgo, pero agradecerían una tarea que fuese aparentemente pequeña y discreta.
- Algunos señalan que se consideran responsables y serviciales y se motivarían con tareas que impliquen sacrificio personal siempre que sean constructivas.

Así las posturas acerca del problema pueden solaparse con posturas que hagan referencia al propio proceso terapéutico.

Probablemente la postura principal en relación con el tratamiento consiste en que el individuo se declare cliente efectivo o no, para lo cual debe hacerse una distinción entre cliente y paciente. En este contexto un cliente es un individuo que esta buscando activamente la ayuda de un terapeuta, es alguien que solicita una ayuda. En cambio paciente es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, trátase de él mismo o de otra persona. Así uno mismo puede considerarse como cliente, aunque venga a solicitar ayuda con respecto a la conducta de otro, a quien identifica como paciente.

En esencia la definición de cliente incluye tres elementos: 1) Ha estado luchando contra un problema que le perjudica de modo significativo. 2) No ha logrado solucionarlo únicamente con sus propios esfuerzos. 3) Necesita que le ayuden a solucionarlo.

El que la persona se defina a si misma como cliente o no es algo primordial, puesto que el no cliente (paciente) por su misma esencia, no se halla interesado en cambiar el estado de la situación, aunque advierta una dolencia.

Preguntas para definir al cliente del paciente

- ¿De quién fue la idea de venir a verme?
- ¿Quién tiene control sobre si el problema ocurre o no?
- ¿Quién parece ser el más afectado en esta situación?
- ¿Quién se ha esforzado más por resolver este problema?

3.- La utilización de la postura del paciente.

Una vez que se ha determinado la postura del cliente con respecto a su problema y a la terapia esta puede ser utilizada con dos fines principales: para lograr brevedad en el tratamiento evitando comentarios que provoquen resistencia y para incrementar la disponibilidad del paciente apelando a sugerencias, a continuación describiremos de manera breve cada uno de ellos.

- Evitar Resistencias. Un terapeuta puede provocar resistencia al formular comentarios que irriten al paciente o que reduzcan la credibilidad de las ideas del mismo terapeuta, para evitar que se cree esta resistencia el terapeuta debe aceptar las afirmaciones del cliente, reconocer los valores que posean y evitar los comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad.
- Estimular la colaboración del paciente. El terapeuta puede formular alguna tarea o actividad que si son llevadas por el paciente servirán para incrementar las posibilidades de solución del problema.

Planificación del tratamiento

Es importante dedicar un tiempo a la planificación del caso para evitar que disminuyan las posibilidades de éxito y evitar que el terapeuta termine renunciando o que el paciente pierda interés. A continuación se describirá de manera más detallada la planificación del caso, aunque debe tenerse presente que cualquier plan que se adopte necesitara ser reconsiderado a medida que el tratamiento va avanzando y surgen dificultades imprevistas o cambios positivos que obligan al terapeuta a cambiar los planes.

- Establecer el problema del cliente.

Es importante comenzar con una comprensión clara del motivo que ha traído al cliente a consulta. En la mayoría de los casos el problema puede definirse con claridad, sin embargo en otro número importante de casos el problema puede resultar vago y confuso. Cuando esto ocurre, el terapeuta debe aclararlo antes de seguir avanzando. Puesto que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio el problema que manifiesta el paciente, la claridad en este aspecto resulta decisiva.

Preguntas para definir el problema

¿Qué es lo que los trajo aquí?

¿Cómo es que es un problema esto que mencionan?

Si estuvieras viendo el problema en la tele ¿qué verías que sucede antes, durante y después de que pase?

¿Qué harían y dirían cada uno de los que están presentes?

¿Qué pautas de comportamiento habituales se observan?

¿Con quién aparece el problema, con quién se enmascara y con quién no aparece

- Establecer la solución intentada por el cliente.

Desde este enfoque se considera que el problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, por esta razón es importante obtener una comprensión completa y exacta de que representan tales esfuerzos, en especial los que se estén llevando a cabo en el momento presente. Es común que un cliente pueda mencionar una gran cantidad de cosas que él y otros hayan dicho o hecho, pero es probable que todas esas cosas no sean más que variaciones sobre un mismo tema, que el terapeuta debe llegar a descubrir.

Cuando se ha identificado el impulso básico de los esfuerzos del paciente, el terapeuta puede pasar a la fase siguiente del proceso de planificación.

Preguntas para indagar las soluciones intentadas

¿Qué ha estado intentando para mejorar esta dificultad?

¿Ha hecho algo que parezca que ha mejorado la situación?

¿Qué cosas han hecho que no han funcionado para no repetirlas?

- Decidir que se debe evitar.

Uno de los pasos importantes para el tratamiento es que el terapeuta tenga claro las cosas de las que debe apartarse, generalmente esto que se evita son los esfuerzos ya realizados por el cliente y por otras personas para resolver el problema y que en lugar de eso lo mantienen. Al saber que evitar, por lo menos el terapeuta no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente,

además de tener una mejor orientación para formular actividades apropiadas para el caso.

- **Formular un enfoque estratégico**
Las estrategias básicas son aquellas que se oponen a los impulsos repetidos del paciente, dando así un giro de 180° a la situación.
- **Formular tácticas concretas**
Hasta este momento podemos observar una planificación de orden general, pero se debe pensar también en términos más concretos, para recomendar o sugerir algo al cliente.

El terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al paciente que haga algo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema. Tal alteración se acepta fácilmente porque es vista como un cambio secundario y también porque se integra con facilidad en la práctica cotidiana.

El terapeuta ha de planificar sus intervenciones concretas identificando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada por el paciente, cuáles se incorporan con mayor facilidad a la rutina propia del cliente y que personas desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema.

- **Encuadrar la sugerencia en un contexto “vender la tarea”**
Es importante tener claro que existe una diferencia entre formular una sugerencia o una tarea y conseguir que el paciente la lleve a cabo. Si el terapeuta se limita solamente a decir al paciente que deje de hacer lo que estaba llevando a cabo y emprenda la actividad opuesta el paciente se resistirá mucho y posiblemente abandone el tratamiento, ya que considerará las sugerencias como peligrosas, alocadas o inservibles. Por este motivo es importante que después de plantear la tarea se cuente con un modo de inducir al paciente a realizarla. La postura del paciente es un instrumento muy importante ya que expresa el marco de referencia de la persona y marca las líneas de lo que va a resultar razonable a los ojos del paciente.
- **Formular objetivos y evaluar el resultado.**
En este enfoque terapéutico el objetivo general es el problema del paciente, por tanto se deben considerar los siguientes criterios para tener un buen objetivo.
 - Sobre qué base se elige el objetivo
 - Qué tipos de datos se manejan para determinar el éxito o el fracaso de dicho objetivo o para determinar el avance durante el transcurso del tratamiento.

En cuanto a la evaluación del cambio el indicador más importante de éxito es una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento. Esto puede suceder por dos causas: porque la conducta problema haya cambiado o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta y ya no la considere como un problema significativo.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Como ya se mencionó anteriormente el objetivo de la terapia breve es influir sobre el cliente de modo que su dolencia se solucione a satisfacción de este, se puede conseguir ese objetivo por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema o en otros casos

rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento, para ambos casos es necesario que el terapeuta intervenga. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas.

INTERVENCIONES PRINCIPALES

Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta, este tipo de intervenciones está formado por cinco intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

1.- EL INTENTO DE FORZAR ALGO QUE SOLO PUEDE OCURRIR DE MODO ESPONTÁNEO.

El paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona, pertenece a este grupo la mayoría de problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico

El paciente que presenta problemas en estas áreas toma ciertas medidas de forma voluntaria para corregir y evitar su problema, estas medidas comúnmente implican un esfuerzo deliberado para asegurar un rendimiento normal o efectivo, al realizarlo el paciente se ve atrapado por la dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que solo puede obtenerse de modo espontáneo o irreflexivo, en esta clase de problema es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de coacción y deja de esforzarse demasiado.

La estrategia global que a menudo se utiliza para solucionar problemas de este tipo se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema para lo cual existen dos razones y directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento,

- 1) Puede explicársele al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico.
- 2) Se le dice al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como un paso inicial de su control definitivo.

2.- INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO

Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad. Estas dolencias son también auto referenciales: el paciente experimenta el mismo malestar pero difiere de la anterior porque los estados de terror o de ansiedad pueden surgir y mantenerse sin necesidad de que intervenga nadie más, dentro de su propio sistema cognoscitivo puede sentir pánico y puede conservar dicho estado por su cuenta, el problema puede llegar a niveles fóbicos o limitarse a ser una reacción de ansiedad. Así el paciente aplaza el enfrentarse al problema mediante una constante preparación para tal enfrentamiento.

Se requiere que el terapeuta proporcione directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio o un dominio incompleto de ésta.

3.- INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieran una mutua colaboración, rara

vez se presentan como clientes las dos partes del conflicto, por lo general quien se pone en contacto con el terapeuta es la persona que piensa que la otra parte amenaza. Las personas con este tipo de problemas por lo general sermonean a la otra parte sobre el deber someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y también exigen que la otra parte les trate con respeto y atención.

Un modo de impedir que se siga repitiendo esta conducta es pedir al cliente que se coloque en una actitud de inferioridad, esta modificación suele ser difícil para el cliente por lo que la intervención exige que el terapeuta se preocupe más por la manera de formular o vender la idea, más que de establecer la acción, el cliente necesita una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes en un estilo no autoritario. Un planteamiento útil en el caso de un problema entre padres e hijo adolescente es decirles que su hijo no los escucha porque ya sabe lo que dirán y únicamente se desconecta de su plática, por lo que lo más importante será lograr que escuche y esto podrán conseguirlo volviéndose imprevisibles, otra forma de enfrentar este tipo de problemas es mediante el sabotaje benévolo que consiste en aplicar consecuencias imprevistas de manera real y no sermones, pero mediante una actitud de inferioridad.

4.-INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN A TRAVÉS DE LA LIBRE ACEPTACIÓN.

Es un intento de espontaneidad mediante la premeditación, se requiere que el paciente sea directo, redefinir lo que aparentemente se hace para ayudar como algo destructivo y decir las cosas directas aunque a veces se consideran como destructivas.

5.- LA CONFIRMACIÓN DE LAS SOSPECHAS DEL AUTOACUSADOR MEDIANTE LA AUTODEFENSA.

En esta clase de problemas hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado, el patrón común es que la persona A realice una acusación de la persona B quien a su vez responde mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa, pero en la dinámica la defensa de B confirma las sospechas de A quien continua acusando y se vuelve un círculo, a esto se le denomina juego del acusador y el defensor, puede solucionarse a través de una acción unilateral, cuando una de las partes abandona su papel repetitivo, sin embargo esto es muy difícil debido a que el acusador solo acepta su error si el defensor acepta la acusación.

Otra forma de acabar esta situación es mediante una intervención llamada interferencia la cual esta diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiéndose en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no haber modo de saber si realmente se esta refiriendo a los hechos de los que se habla.

INTERVENCIONES GENERALES

En el proceso terapéutico existen momentos en los que el terapeuta utiliza intervenciones generales para preparar el terreno en una intervención más específica, en otras ocasiones se pueden utilizar estas intervenciones generales para averiguar si es suficiente con esto para solucionar el problema.

1.- NO APRESURARSE

Posiblemente es una de las técnicas que se utiliza con mayor frecuencia y consiste en indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema, se le dan solamente instrucciones vagas y generales, también se deben ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: Todo cambio exige una adaptación, antes de irnos deprisa necesitamos averiguar que porcentaje de cambio sería el adecuado (no tiene que ser el cien por ciento), los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos.

La indicación de no apresurarse debe darse en la primera sesión, en especial con aquellos pacientes que sus soluciones han consistido en esforzarse mucho y en los que presionan al terapeuta en busca de una cura en tanto que ellos permanecen pasivos. Esta táctica ubica al terapeuta como alguien que no pretende forzar los cambios, evita que el paciente tenga una sensación de urgencia y evita que exagere sus esfuerzos por solucionar el problema.

2.- PELIGROS DE LA MEJORÍA

Es una ampliación o variante de la intervención de no apresurarse, pero con objetivos diferentes, en la mayoría de los casos cuando se le pregunta al paciente si logra reconocer los peligros que traerá consigo el solucionar el problema, responden que ninguno y que sería algo benéfico, el terapeuta puede tratar de buscar algún posible inconveniente para el paciente o alguien cercano a él, una vez que esto ocurre puede ser utilizado para que el tratamiento se más breve.

3.- UN CAMBIO DE DIRECCIÓN

En ocasiones alguna parte del tratamiento no ha dado resultado, el paciente puede insistir en rechazar o subestimar el camino que sugiere el terapeuta, o puede acceder a hacer algo pero que más tarde se muestra como no productivo, se realiza una variación de postura, directriz o estrategia por parte del terapeuta, es frecuente que los cambios sean de 180°.

4.- CÓMO EMPEORAR EL PROBLEMA.

Esto puede ponerse en práctica cuando el paciente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, entonces el terapeuta evita las sugerencias de cosas que podrían ser útiles y sugiere algo que el paciente puede llevar a cabo y que garantiza que el problema va empeorar

En ocasiones el terapeuta puede causar mayor impacto si da sugerencias de cómo hacer para que el problema empeore, entonces el terapeuta expone de manera concreta todas las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar el problema pero que en realidad lo empeora, como consecuencia le es más fácil al paciente ver las cosas que el terapeuta espera que haga y lo que ocurrirá si sigue con las acciones anteriores

2.1.5 MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES

Uno de los precursores de estos enfoques fue Milton Erickson, el MRI y el Centro de Terapia Breve Familiar (BFTC). Erickson mencionaba que el terapeuta debía emplear todo lo que el cliente le presentara, incluso las resistencias, síntomas, creencias

rígidas, conducta compulsiva, etc, y estos componentes eran utilizados como parte de la solución. De igual manera consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer. El objetivo del terapeuta era acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas. Para Erickson la terapia se basa en el supuesto de que existe una fuerte tendencia normal a que la personalidad se adapte si se le da una oportunidad. Se debe confiar en la capacidad del cliente para proporcionar las claves y la información necesaria para organizar la terapia.

El BFTC comenzaba a experimentar cambios importantes. Hubo una evolución desde el enfoque en resolución de problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. Los terapeutas dejaron de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, para dedicarse a identificar lo que funcionaba y ampliar estas secuencias de solución.

La atención del cliente ahora se centra en el futuro y crear expectativas de cambio. Se reorienta a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien, lo que produce aun más cosas positivas. Esta visión llevó al desarrollo de dos elementos importantes en el modelo, la pregunta del milagro y la pregunta de excepción, las cuales serán descritas más adelante.

Algunos de los supuestos básicos con los cuales opera esta propuesta de terapia familiar breve centrada en la solución son los siguientes (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1993):

1.- El cambio es inevitable

Se considera que la idea de permanencia es una ilusión, todo está en continuo cambio y movimiento, las situaciones de las personas están siempre cambiando. Si el terapeuta está convencido de ello tal expectativa influirá en su conducta y en el resultado del tratamiento. En este contexto resulta más útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en vez de preguntarse si éste se producirá. Para estimular el cambio una estrategia es fomentar conversaciones que traten sobre la solución y no tanto el problema, las preguntas sobre logros aislados llevan a los miembros de la familia a efectuar acciones que contradicen la descripción saturada de problemas.

2. Sólo se necesita de un pequeño cambio

Se basa en el concepto sistémico que cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de los componentes. En ocasiones los clientes reconocen que hay cosas que pueden hacer para resolver el problema, pero el mismo problema les representa una incapacidad para emprender las acciones, esta tendencia de los pensamientos a entrar en escalada puede actuar también en la dirección opuesta, una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con más confianza para abordar nuevos cambios. Erickson empleo la metáfora de una bola de nieve rodando por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños.

3. Todas las personas cuentan con los recursos necesarios para resolver la situación.

Todas las personas 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. A menudo los clientes pierden de vista sus recursos de solución de problemas. Quizá solo se necesite recordar las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas. Cualquier logro que hayan

tenido en el pasado servirá de modelo para obtenerlos en el presente y el futuro. Hay mayor probabilidad que un paciente coopere en un modelo basado en sus éxitos que en sus errores o en conductas denominadas por otros como enfermas.

4. Los problemas son intentos fallidos de resolver las dificultades

Los miembros de la familia se estancan en una determinada visión del conflicto y se enganchan en pautas repetitivas de interacción, moviéndose en circuitos sin salida. Cuánto más limitada sea la visión de la familia respecto de la situación problemática, más difícil resulta introducir nueva información en el sistema.

5. No se necesita saber mucho sobre el problema para resolverlo

Para los terapeutas centrados en soluciones no resulta útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. Hay horas, días e incluso semanas en los cuales ni el paciente ni su familia son fastidiados por el problema, el terapeuta debe investigar cuidadosamente lo que sucede en esos periodos, cuando se revisan esas excepciones o pautas de conducta no problemáticas, también es importante indagar por las cosas positivas o útiles que están haciendo y diciendo entre sí.

6. Hay muchas maneras de considerar una situación, ninguna es menos correcta que la otra.

No se cree que haya puntos de vista correctos e incorrectos, pero si puntos de vista más o menos útiles. Es decir las opiniones que las personas tengan de sus propios problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución. Por tanto, los significados que las personas atribuyen a su conducta limitan el abanico de alternativas que emplearan para enfrentarse a una situación. Para cada acontecimiento en el mundo existen por lo menos dos o más explicaciones.

7. El terapeuta debe centrarse en el cambio, identificarlo y ampliarlo.

Es importante que el terapeuta se centre en lo que parece funcionar, por pequeño que parezca, calificarlo como valioso y ampliarlo. Si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema.

8. Los clientes definen los objetivos.

No existe una única forma correcta o válida de vivir la propia vida, por tanto son los clientes, no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento. Erickson comentaba que cada persona es un individuo único, por tanto la terapia debe formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo y no de una teoría. Solo en circunstancias poco frecuentes se hacen sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes, como en situaciones no legales y en metas inalcanzables o poco realistas, pero en la mayoría de los casos son los clientes quienes marcan sus propios objetivos (O'Hanlon 1993).

ESTRUCTURA DE LAS INTERVENCIONES CENTRADAS EN SOLUCIONES

En la TCS se considera al proceso de entrevista como una intervención, es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centrada en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. El terapeuta influye mucho durante el proceso de la entrevista sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su

situación, por este motivo es importante tomar las decisiones correctas sobre que preguntas realizar, ya que algunas de estas rectifican al problema como un problema grave; bajo el enfoque de la TCS es importante que las preguntas introduzcan incertidumbre en la definición del problema esta incertidumbre implica que hay días en los que el problema no existe y las cosas pueden ser diferentes.

1.- UNIÓN.

En esta etapa se saluda al cliente y se pasa algunos minutos charlando sobre cualquier cosa distinta de lo que podría considerarse la razón por la que están en el consultorio. El objetivo durante este periodo de unión es mostrar un genuino interés por la familia y ayudarles a que se sientan cómodos.

2.- UNA BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Después de haber realizado la unión, lo habitual es realizar la siguiente pregunta ¿qué los trae por aquí? En este caso se debe permitir una breve exposición del problema, haciendo una serie de preguntas para extraer las excepciones al problema, las ocasiones en las que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, las fuerzas y recursos ante con los que cuenta la gente.

3.- DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.

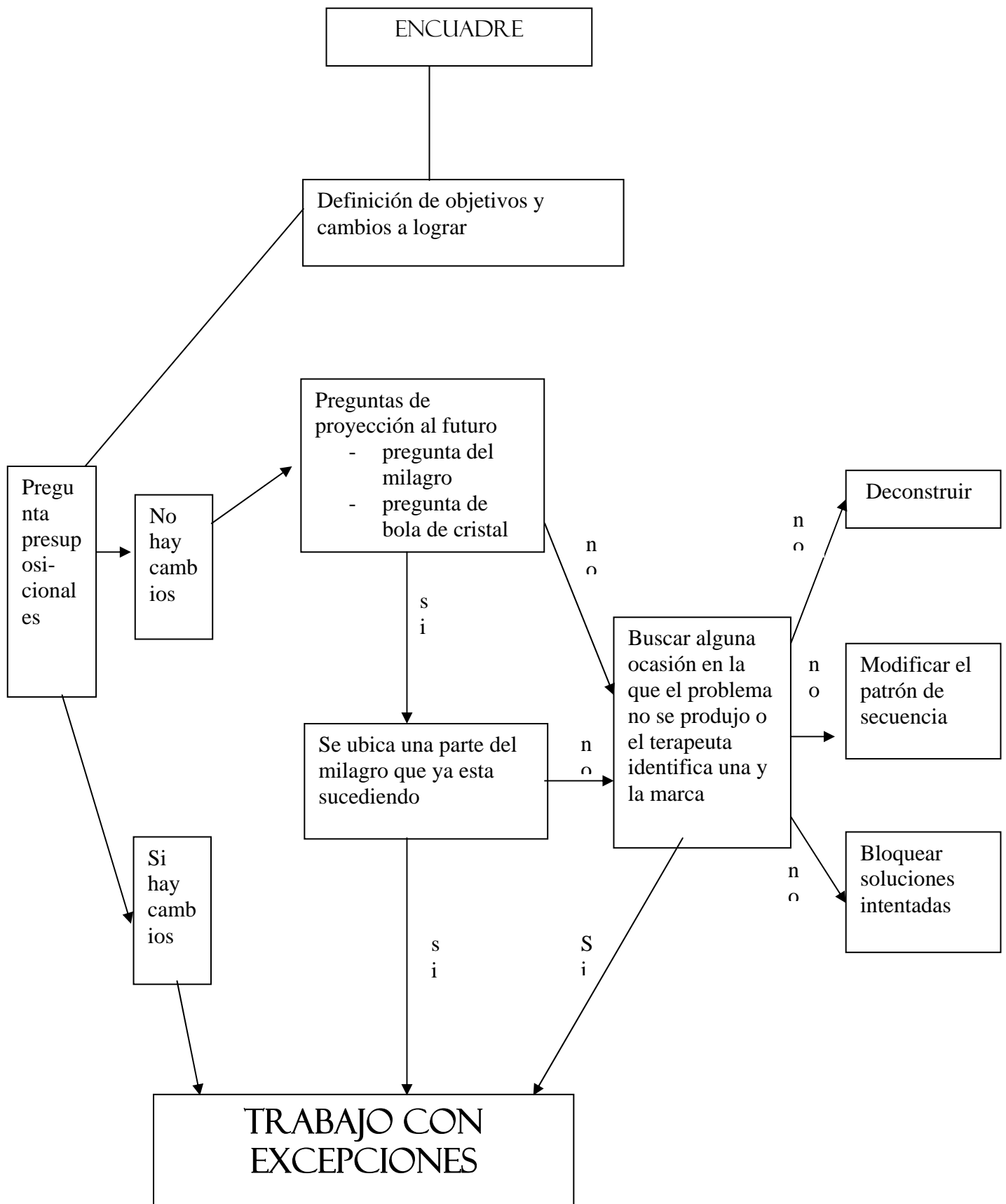
Es necesario que el terapeuta adopte un papel activo para asegurarse de que los objetivos de la familia sean alcanzables y concretos, para saber cuándo se han alcanzado. Una de las reglas para definir los objetivos es definir cosas pequeñas, se pueden realizar preguntas como ¿cuál será la primer señal de que las cosas van por buen camino?, otra parte importante de los objetivos es que estos deben ser concretos, el trabajo se puede ver dificultado si se aceptan objetivos ambiguos.

4.- PAUSA.

Cuando se trabaja con equipos y espejo unidireccional es importante hacer una pausa dentro de la sesión para consultar al equipo. Esto permite que el terapeuta y el equipo reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. Aunque esta pausa puede llevarse a cabo aún cuando no se cuente con el equipo o el espejo. Al separarlo de la sesión el mensaje que se da a los clientes es visto como algo importante y concluyente. Al regreso de esta pausa, puede ser un buen momento para destacar tendencias positivas del cliente.

En la mayoría de las ocasiones la primera sesión se utiliza para saber cuáles serán los objetivos planteados, cómo va a ser la situación a futuro una vez que el problema se haya solucionado; se empieza a realizar el trabajo con excepciones desde esta sesión mediante la ayuda de diversas técnicas

El siguiente diagrama representa la secuencia de las intervenciones basadas en la TCS



TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TCS

PREGUNTA PRESUPOSICIONAL.

Una de las formas más rápidas para trabajar con los recursos del cliente es preguntar por los avances producidos entre la petición de consulta y la primera sesión. Se debe identificar cualquier mejoría relacionada con la demanda que los clientes han hecho, que se haya producido en el intervalo antes mencionado.

Una manera de realizar la pregunta presuposicional es la siguiente.

“En mi experiencia me he encontrado que algunas cosas cambian entre el día que solicitaron el servicio y la cita ¿qué cosas han empezado ya a ir mejor en su caso?”

TÉCNICAS DE PROYECCIÓN AL FUTURO.

Entre estas encontramos la pregunta del milagro y la técnica de bola de cristal.

1.- Pregunta del milagro.

En algunas otras ocasiones no se detectan cambios ante la pregunta presuposicional, el siguiente paso consistirá en el adecuado establecimiento de objetivos y negociar los mismos. Es muy importante este momento debido a que si los objetivos están bien definidos la terapia tiene mayores probabilidades de terminar exitosamente.

Estos objetivos deben ser:

- Relevantes para los clientes, deben ser propuestos por ellos.
- Deben ser concretos, mientras más operacionalizados en conductas mejor, para ayudar a que sean concretos se pueden realizar preguntas como ¿qué va a ser diferente?, ¿en qué lo va a notar la demás gente?
- Deben ser alcanzables, el terapeuta no sugiere los objetivos, pero si se asegura de que estos sean alcanzables.
- Deben estar formuladas en positivo esto es como algo que va a empezar a ocurrir o a continuar ocurriendo y no que va a dejar de ocurrir.
- Que estén descritos interaccionalmente, es decir que no sean simplemente listas de indicadores de mejoría, sino secuencias que indiquen como van a ser las cosas cuando el problema este resuelto.

La pregunta del milagro en realidad es una serie de preguntas que ayudan a definir los objetivos y la manera más común de realizarla es diciendo al cliente.

“Imaginen que esta noche mientras duermen sucede un milagro y que todos los problemas que los han traído aquí se resuelven de repente, ¿qué cosas diferentes van a notar mañana que les indiquen que el milagro ya ocurrió?”

Es importante una vez que el cliente responda, se le pregunte ¿y qué de todo esto ya esta pasando? Esta pregunta ayuda a buscar excepciones basándonos en los objetivos del cliente y una vez que esta sea encontrada debe ampliarse.

Es importante tomar en cuenta las siguientes sugerencias al elaborar la pregunta del milagro.

| Si el cliente responde | El terapeuta pregunta |
|-------------------------------|--|
| En términos de queja | Cómo vas a cambiar eso |
| En términos negativos | Qué es lo que harán en vez de... en qué lo van a notar |
| En términos poco concretos | En qué lo van notar, cuál será la primera cosa que... |
| En términos individuales | Cómo va a reaccionar usted cuando él ..., cómo va a reaccionar él cuando ... |

Después de elaborar la pregunta del milagro es importante

- Construir la mañana después del milagro ¿en qué sería diferente su vida?
- Aumentar el alcance después del día del milagro ¿quién sería el primero en darse cuenta de esto?, ¿quién después?

2.- Técnica de la bola de cristal

Esta técnica inicialmente se realizaba utilizando la hipnosis formal, actualmente puede llevarse a cabo sin esta; el terapeuta y el cliente deben planear juntos cómo es que el cliente llegará a la solución y se realiza sobre la predicción de las reacciones.

Los pasos a seguir en esta técnica son:

- Pedir al cliente que experimente un recuerdo agradable y que haya olvidado hace mucho tiempo. Esto produce una mirada distanciada que le ayuda a observar y pensar que hay cosas olvidadas que pueden recordarse y recuerdos que pueden olvidarse.
- Orientar este éxito hacia el futuro para encontrar soluciones.
- Recordar la manera en la que han sido solucionados los problemas

TRABAJO CON EXCEPCIONES

Este trabajo debe realizarse desde la primera sesión. Se llama excepción a cualquier cosa diferente que ocurre en vez del problema. Esto incluye cualquier cambio ocurrido antes de llegar a la terapia y/o los cambios que aparecen una vez iniciada la terapia.

El procedimiento habitual para trabajar con las excepciones se divide en varias fases.

1.- Hacer que aparezcan:

Como ya se mencionó anteriormente la primer forma de lograr que estas excepciones aparezcan es mediante las preguntas presuposicionales, la segunda posibilidad es mediante el establecimiento de objetivos, con la ayuda de la pregunta del milagro. Es fácil que en esta situación los clientes se den cuenta de que alguna de esas cosas diferentes ya están pasando o han pasado en alguna ocasión.

2.- Marcarlas.

En varias ocasiones los clientes no se logran percatar de estas excepciones y es necesario marcarlas, ayudarles a que distingan que es algo diferente de lo que venía ocurriendo.

3.- Ampliar la excepción.

Se transmite al cliente que ese acontecimiento que esta relatando tiene importancia para nosotros, una vez que el cliente describe de manera detallada qué fue lo que ocurrió, qué hizo de diferente, cómo reaccionó la otra persona, etc. Se pregunta ¿en qué otros casos se ha presentado algo similar? ¿Cómo le hizo en esa situación? ¿Quién más se dio cuenta? ¿Qué te dice el haber hecho algo diferente? ¿Qué dijeron los otros?

4.- Atribuir el control.

El terapeuta debe ayudar al cliente a descubrir qué fue lo que hizo diferente y marcar que algo se logró porque él lo hizo, las personas deben atribuir sus avances a causas internas.

5.- Buscar más excepciones y mantener las anteriores.

Es importante que estas excepciones que surgieron sean retomadas constantemente en sesión.

PRESCRIPCIONES PARA EL CAMBIO.

En la TCS se intentan realizar tres cosas.

- La forma de actuar en la situación problema: cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando a los clientes la libertad para usar otras acciones que tengan más probabilidad de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito.
- Cambiar la forma de ver la situación percibida como problema, modificando los marcos de referencia del cliente dentro y fuera de las sesiones.
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación problema

INTERVENCIÓN SOBRE PATRONES

Estas son intervenciones más directivas en donde se trata de alterar las pautas individuales y sociales introduciendo en ellas un pequeño cambio.

Entre las intervenciones al patrón de queja se encuentran las siguientes opciones:

- Cambiar la frecuencia o tasa de queja.
- Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.
- Cambiar la duración de la queja.
- Cambiar el lugar en 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 de la queja en elementos más pequeños.
- Unir la realización de la queja a una actividad gravosa.

Intervenciones sobre el patrón de contexto.

Cuando se aborda el problema a través de la intervención en el patrón de queja y esto no produce el resultado esperado se pueden alterar las pautas personales e interpersonales que acompañan a la queja. Consiste en modificar patrones que no

tienen que ver directamente con la realización de la queja, pero que al alterarse se puede producir un cambio en el contexto de la queja resolviéndola, en este modelo es irrelevante el cómo y el por qué se construyeron los patrones, la tarea principal es descubrir las pautas de acción e interacción que rodean a la queja y modificarlas, para lo cual resulta importante saber: quiénes está presentes, lo que los otros hacen o dicen de la queja, las personas incluidas en la queja.

TAREAS

El objetivo de las tareas es mantener en marcha las soluciones y/o generar más excepciones para trabajar en las siguientes sesiones.

Tarea de formula.

En esta tarea se pide a la familia que se fijen en los aspectos positivos que están ocurriendo y que les gustaría que siguieran ocurriendo, se fomenta que el cliente se ponga unas “gafas en búsqueda de cosas positivas”.

Tarea de la sorpresa

Se pide al cliente o a la familia que sorprendan a otros miembros de la misma con alguna acción positiva, sin decirles que es lo que harán y la otra persona debe adivinar en que consiste la sorpresa, esto se hace hacia los dos sentidos y dentro de la sesión se compara lo que planearon hacer y lo que el otro observo.

Tarea genérica.

Se utiliza para ayudar a los clientes a concretar su objetivo, mediante la utilización del lenguaje se crea una expectativa de cambio, se pide a los clientes observar lo que los llevaría a sentir que se esta cumpliendo su objetivo.

PREGUNTAS DE ESCALA

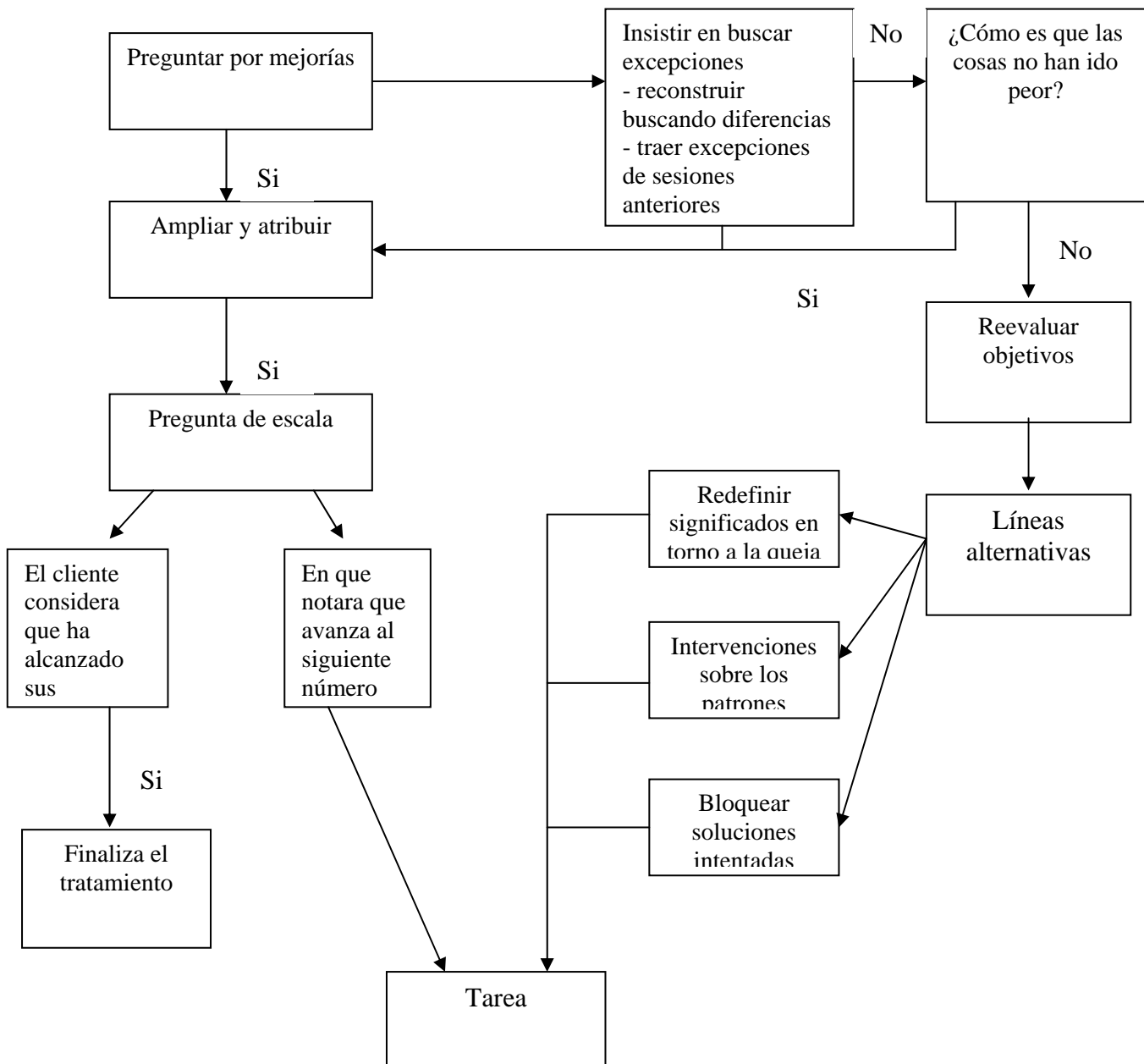
Después de trabajar los avances se pueden manejar preguntas de escala en las cuales el terapeuta pide a los clientes que evalúen el estado actual del problema en una escala del 1 al 10, siendo 1 el peor momento en el que han estado las cosas y 10 el momento en el que todos los problemas por los que han asistido se han resuelto, la pregunta va dirigida a cada una de las personas presentes y dependiendo de la respuesta se estructurará la siguiente intervención. Posteriormente se indaga a que número les gustaría llegar y que se tendría que hacer para que se alcanzara éste y se trabaja nuevamente con técnicas, tareas, etc.

En caso de que los clientes no reporten cambios se puede insistir en la búsqueda de excepciones de varias formas:

- Reconstruir buscando diferencias
- Recordando ocasiones anteriores en las que el problema no se dio y estas no fueron investigadas a fondo
- Indagando como realizaron las tareas anteriores
- Buscando áreas de recursos para ampliar y atribuir.

Si esto no funciona entonces se puede indagar ¿cómo es que hay hecho para que las cosas no vayan peor? y se trabaja con las excepciones.

A continuación se presenta un segundo diagrama en el que se muestra el desarrollo que pueden seguir las futuras sesiones.



TERMINO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento se considera finalizado una vez que se han cumplido los objetivos establecidos en el contrato inicial con el cliente, que en general esto se presenta cuando se logran mantener y ampliar las excepciones al problema, se da un cambio de interacción y por consecuencia la queja o el problema presentado deja de manifestarse, lo que trae por consecuencia una mejoría en las interacciones personales y esto hace que se mantengan a futuro los cambios.

Por lo general una vez que el terapeuta observa estos cambios y se reportan los objetivos como cumplidos se realizan algunas llamadas de seguimiento al cliente para confirmar que estos cambios se han mantenido.

2.1.6. MODELO DE TERAPIA DEL GRUPO DEMILÁN

En 1967, Boscolo y Cecchin se incorporaron a grupo de ocho psiquiatras, organizado por Mara Selvini Palazzoli en Milán. El grupo se proponía tratar niños gravemente perturbado, junto con sus familias, con una orientación psicoanalítica.

En 1972, sus ideas se vieron influenciadas por las investigaciones realizadas con familias en los Estados Unidos por Gregory Bateson y por lo desarrollado en el MRI, por Don Jackson, Paúl Watzlawick y Janet Beavin. Estos últimos consideraban que el enfoque psicodinámico era incorrecto porque se centraba en el individuo como “contenedor” de la patología; este enfoque pasaba por alto los aportes del contexto vincular en que se producían las conductas problema. Y el principal contexto era la familia. Su tesis era que si conseguían modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente.

El debate entre el modelo psicoanalítico y el modelo de los sistemas familiares se trasladó a Milán, donde se estudió seriamente si ambos eran o no compatibles. En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin, que los juzgaban incompatibles, se escindieron del grupo original, con el propósito de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar o sistémico. El nuevo grupo fundó en Milán el Centro per il Studio della Famiglia. En sus comienzos tuvo como consultor a Watzlawick, del MRI (Selvini, M; Boscolo, L; Cecchin, G y Prata, 1988).

El comienzo del experimento fue organizado por Mara Selvini Palazzoli. A partir de 1972, después de un período de enfrentar diversos obstáculos, las familias comenzaron a acudir de manera creciente, lo cual les permitió la programación de investigaciones especiales como una dedicada a familias con pacientes afectados de anorexia nerviosa, publicada por Mara Selvini.

Empleaban una pareja heterosexual para el trabajo terapéutico con las familias, secundada por una pareja de colegas detrás de la cámara de observación. El hecho de que fuera una pareja heterosexual permitía alcanzar un mayor equilibrio “fisiológico” en la interacción entre los dos coterapeutas; además evitaba caer en estereotipos culturales sobre los dos sexos. Las parejas terapéuticas no eran fijas sino que se intercambiaban con cada nueva familia en diversas combinaciones.

El proceso terapéutico se iniciaba con la llamada telefónica, en la cual se solicitan algunos datos generales de la familia y su motivo de consulta; esta información era concentrada en una ficha de identificación. Las sesiones posteriores se realizaban en una habitación con micrófono, grabador y espejo unidireccional. Cada sesión se desarrolla en 5 partes:

- I. **Presesión.** El equipo formulaba una hipótesis preliminar acerca del problema queja de la familia y daba lectura a la ficha o el acta de la sesión anterior.
- II. **Sesión.** Durante la entrevista los integrantes del equipo confirmaban, modificaban o sustituían la hipótesis. La sesión tenía una duración variable, generalmente cerca de una hora; los terapeutas se interesan no sólo por los datos concretos sino por el modo, el estilo interaccional de la familia

(secuencias, comportamientos verbales y no verbales, las redundancias indicativas de reglas secretas).

- III. **Discusión de la sesión.** Los terapeutas discuten la sesión y deciden cómo concluirla.
- IV. **Conclusión de la sesión.** Los terapeutas que entrevistaban a la familia regresaban con ella y pronunciaban la intervención, que podía consistir en una connotación positiva de la situación problema o en un ritual que la familia debía cumplir; este último retomaba la situación problema y tenía como fin introducir un cambio en ella. Se acuerdan los honorarios y se fija el número de sesiones que regularmente es de 10, con un intervalo de cerca de un mes; pues consideran que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces. En caso de no ser suficiente, se establece un nuevo contrato para otras 10.
- V. **Acta de la sesión.** Se analizan las reacciones observadas al cierre de la sesión y se redacta el acta, donde se sintetizan sus elementos esenciales.

Cuando empezaron a trabajar juntos, los integrantes del equipo estaban de acuerdo en varias ideas. Su teoría de la patología derivaba del proyecto de Bateson centrado en la comunicación de doble vínculo; también lo seguían en describir la cuestión central, para el caso de las familias con un miembro esquizofrénico, como una “epistemología equivocada”.

Aunque el proyecto del MRI recogió muchas de las ideas propuestas en el de Bateson, los dos se basaban en filosofías diferentes. El modelo de terapia elaborado durante los primeros años del MRI adoptó una posición “estratégica”, en tanto que Bateson experimentaba profunda desconfianza por el empleo manipulador de cualquier tecnología, física, social o psicológica. Este último también discrepó con Haley, quien sostuvo que en el fondo del proceso psicoterapéutico había una lucha por el control, por obra de este desacuerdo, en los primeros trabajos del grupo de Milán hay una contradicción implícita entre la influencia del MRI, con su enfoque terapéutico abiertamente manipulador, y el respeto de Bateson por la “sabiduría sistémica”, o sea, por la comprensión de las consecuencias no intencionales del propósito humano conciente en sus impensados entrelazamientos con el mundo natural, pese a esta confusión, el grupo de Milán elaboró sus propias formulaciones:

1. Las familias en transacción esquizofrénica participan en juegos familiares no reconocidos.
2. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.
3. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

En sus técnicas terapéuticas, el grupo de Milán tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI. El doble vínculo terapéutico o, como lo llamó el grupo de Milán, la “Contraparadoja”, se convirtió en el núcleo de su terapia; por ejemplo, se connotaría positivamente toda la situación problema y se prevendría a la familia contra cualquier cambio prematuro. Las tareas estratégicas sugeridas por los investigadores del MRI al término de una entrevista, tuvieron su contraparte en el uso de los rituales por el grupo de Milán. Este formalizó la práctica de la observación de las sesiones por terapeutas ubicados detrás de una pantalla de visión unilateral como parte del tratamiento (Selvini, M; Boscoso, L; Cecchin, G y Prata, 1988).

La invención más eficaz del grupo de Milán fue la **Connotación Positiva**, se la suele considerar similar a la estrategia del reencuadramiento positivo pero, en realidad, se acerca mucho más a una reestructuración de la conciencia del terapeuta. El grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente designado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia, la función primordial de ésta es permitir el acceso de los terapeutas al modo sistémico. Esta va dirigida a todo el sistema y no sólo a un miembro; se dirige a las tendencias de automantenimiento del sistema global. La idea de la connotación positiva fue testimonio de la conciencia sistémica y no lineal que distinguiría al método de Milán de los anteriores abordajes de terapia familiar (Selvini, M; Boscoso, L; Cecchin, G y Prata, 1988).

El principio terapéutico de connotación positiva surgió debido a la necesidad de una intervención terapéutica paradójica, para prescribir el síntoma al paciente, pero sin contradicciones ya que no puede prescribirse algo que se critica.

Es importante que la connotación positiva se haga tanto al síntoma del paciente designado como a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia. Si la connotación se hiciera en sentido negativo se estaría definiendo al sistema como equivocado y se indicaría de manera implícita que se debe cambiar, esto contradice las características fundamentales de los sistemas de tendencia homeostática y capacidad de transformación y se traduciría en que la primera característica es mala y la segunda buena; cuando en realidad son características funcionales del sistema, no son ni mejor ni peor, pero en un sistema viviente no puede existir la una sin la otra. Cuando calificamos como positivos los comportamientos sintomáticos motivados por la tendencia homeostática, lo que de hecho connotamos como positivo es la tendencia homeostática del sistema y no las personas. Así los terapeutas no sólo se definen como aliados de la tendencia homeostática, sino que incluso la prescriben.

Dentro de la comunicación de las familias con interacciones esquizofrénicas presenta como regla la prohibición de definir la relación, es como si metacomunicaran que sólo se pudieran mantener juntos si no definen jamás la relación. El paciente designado obedece esta regla, pero al mismo tiempo amenaza con violar la regla, desencadenando así la aparición de un estado de alarma en la familia frente al peligro de la ruptura. Los terapeutas deben hacer lo contrario de lo que hace la familia, ignorar deliberadamente el aspecto alusivo y amenazador del síntoma.

La connotación positiva tiene dos funciones terapéuticas:

- I. Definir claramente la relación sin peligro de recibir una descalificación
- II. Hacer una definición en un contexto terapéutico.

En la familia con interacciones esquizofrénicas cada miembro rehúsa ser aquel que define la relación y rehúsa también la posibilidad de que otros puedan definir la relación. Por tal motivo descalifican con frecuencia todos los componentes del mensaje. Al respecto Haley (1986) agrega que ningún miembro acepta la existencia de un liderazgo en la familia ni la responsabilidad de lo que va mal.

Al utilizar la connotación positiva los terapeutas definen la relación de los miembros de la familia como complementaria, encontrándose todos en idéntica posición y también definen la relación familia-terapeuta como complementaria en cuanto ellos declaran su propio liderazgo. Esto lo hacen mediante una metacomunicación que tiene el carácter de confirmación. Provocando que el contenido no pueda ser ni desechado ni

descalificado, ya que esta de acuerdo con la tendencia dominante del sistema, la tendencia homeostática.

La connotación positiva sitúa a los miembros de la familia en un plano complementario en relación con el sistema, permite acceder al sistema mediante la confirmación de la línea homeostática, provoca paradójicamente la capacidad de transformación, define claramente la relación en el vínculo familia-terapeuta y define el contexto como terapéutico. Al connotar positivamente debe tenerse especial cuidado de no hacer una puntuación arbitraria, así como también el verificar que no sea recibida en la retroalimentación como negativa.

La siguiente etapa en el desarrollo del método de Milán fue el redescubrimiento de Bateson por los miembros del grupo en donde retomaron la noción de circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos. El modelo de Boscolo y Cecchin que comenzaron a enseñar en 1977, se estaba volviendo opuesto en algunos aspectos a su herencia estratégica. La principal influencia que condujo a este cambio fue el desarrollo del Interrogatorio Circular.

Inicialmente la entrevista era libre y no seguía ninguna orientación en particular, hacia fines de la década de los 70's Boscolo y Cecchin descubrieron que en vez de interesarse por las complejas prescripciones paradójicas los terapeutas en formación estaban interesados en saber sobre las conductas del terapeuta. Este desplazamiento del centro de atención de la conducta familiar al terapeuta dio lugar a la técnica de interrogatorio Circular. El grupo de Milán publicó su artículo "hypothesizing-circularity-neutrality". Las tres categorías tratadas en el artículo representaban un intento brillante de trasladar las connotaciones del concepto de Bateson de la circularidad cibernética al trabajo diario de la consulta con seres humanos y familias. Se plantea la "elaboración de hipótesis" como un proceso de evaluación, el "interrogatorio circular" como una técnica de entrevista y la "neutralidad" como una postura terapéutica básica.

La "**elaboración de las hipótesis**" implica la idea de que la terapia es una operación de investigación emprendida junto con la familia. No existiría la verdad como tal, sólo el intento del observador de construir una hipótesis que infunda sentido al problema dentro de su contexto. La hipótesis debe ser "sistémica", debe explicar todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí. Lo importante es que demuestre ser útil, en el sentido que conduzca a una nueva información que haga avanzar a la familia.

El grupo de Milán creó una técnica de entrevista destinada a buscar diferencias: entendía por "**circularidad**" la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la realimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculos, de diferencias y cambios. El "interrogatorio circular" se funda en la creencia de que los sistemas vivos se caracterizan por presentar las formaciones en lazo más que secuencias lineales de causa y efecto. Las preguntas más comúnmente utilizadas se dividen en varias categorías: preguntas acerca de diferencias en la percepción de los vínculos, diferencias de grado, diferencias entre entonces y ahora, diferencias hipotéticas o concernientes al futuro. Estas preguntas abarcan una serie de cadenas de realimentación mutuamente causales, de modo que se engendran circuitos de trazado complejo y no lineal. Como indicador contextual que ayuda a determinar la orientación del interrogatorio circular, los asociados de Milán utilizan la idea de "aperturas", señales que la familia deja caer en el curso de la entrevista y que marcan una ruta fructífera hacia el desarrollo de una hipótesis.

El concepto de "**neutralidad**", se refiere adoptar varias posiciones más que no adoptar ninguna. Afirman que si un terapeuta logra mantenerse neutral los miembros

de la familia entrevistada no podrán decir que se puso de parte de uno de ellos, esto excluye la adopción de una postura moral. El interrogatorio circular permite al terapeuta pasar de una persona a otra en forma equivalente. Mantener la neutralidad significa ser capaz de moverse en medio de estos reclamos antagónicos como una persona mágica que no se deja atrapar por ellos, ser neutral se convierte en sinónimo de esforzarse en no ser inducido por el sistema familiar y ser capaz de actuar libremente dentro de la terapia (Boscolo, 1996).

Hacia finales de la década de 1970, el grupo de Milán reconoció que el campo de la terapia incluía a todo profesional que estuviera ligado con la familia. Tras no obtener mejoría alguna en varios casos, los miembros del grupo se pusieron a investigar y descubrieron que cada una de esas familias estaba apegada primordialmente al profesional que la había derivado y no se sentía motivada para trabajar con los nuevos terapeutas, la cuestión de la lealtad prevalecía. La situación de una familia solía aliviarse cuando sus miembros veían que el equipo honraba a “su” terapeuta. En casos en que su apego a la persona que la había derivado era intenso, el equipo les hacía esta advertencia: si renunciaban a su problema, tal vez esa persona no tendría razones para seguir viendo a los que le tenían particular afecto o el equipo connotaba positivamente el trabajo de otro profesional, calificándolo de necesario para retardar el proceso del cambio.

En lo sucesivo, el grupo de Milán incorporó a su repertorio lo que se denomina “sistema de observación” los mismos miembros del equipo de terapia no quedaban exentos de que otros integrantes del equipo, ubicados detrás de la pantalla de visión unilateral, connotaran positivamente su atascamiento. Esta innovación obligaba al terapeuta a incluirse a sí mismo en el campo global de la terapia, pasando a un metanivel, lo cual se convirtió en un modo de indicar la neutralidad terapéutica.

En 1980 el Centro de Milán experimentó un cambio en su organización, Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata, se dieron la denominación de “Asociados de Milán” y continuaron formando terapeutas, en tanto que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación.

Otras de las modificaciones que se dieron en el equipo de Milán fueron las siguientes, antes se prescribía paradójicamente el síntoma a la familia, posteriormente en vez de poner al hijo al servicio de la felicidad de los padres, consideraron que sería más neutral poner todas las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor o mito compartidos. Se ha modificado el uso de la técnica de impartir rituales paradójicos, prefieren formular dos opiniones o mensajes contradictorios e imparten la directiva de días pares / impares. El incumplimiento de una directiva ya no se interpreta como una maniobra tendiente a derrotar el equipo de terapia sino como un nuevo testimonio del modo en que funciona el sistema familiar y una prueba de que el terapeuta no los está comprendiendo. El advenimiento del interrogatorio circular cuestionó la necesidad de impartir una prescripción o una connotación positiva al final de la entrevista. Este interrogatorio muestra la arquitectura del problema, el interrogatorio en sí constituye la intervención, en vez de explicar la lógica del problema en un comentario final. Boscolo y Cecchin concuerdan en que no puede haber una interacción instructiva sino sólo una perturbación de un sistema que reaccionará conforme su propia estructura.

Desde el principio el grupo de Milán tomó las construcciones mentales tan en serio como las conductas. Su filosofía del cambio estaba ligada a la noción de que las familias llegan al consultorio del terapeuta trayendo “mapas” de lo que les sucede, el

terapeuta por su parte trata de modificarlos o cuestionarlos. Los miembros del grupo de Milán buscan un “mito” o una “premisa” que parezca mantener en su sitio las conductas vinculadas a un problema, después tratan de enunciarlo en sus mensajes a la familia. Tienen la esperanza de que si la premisa varía o se transmuta, este cambio afectará las principales áreas de conducta familiar y producirá lo que los investigadores del MRI consideran un cambio de segundo orden. Es imposible separar ideas de conductas, unas son aspectos de las otras (Boscoso, 1996).

1 LOS RITUALES FAMILIARES

Una táctica terapéutica muy eficaz del equipo de Milán es la de prescribir rituales a la familia.

El grupo de Milán fue uno de los primeros en hablar de la utilidad de los rituales para lograr una intervención rápida y decisiva con familias disfuncionales, en 1977 Palazzoli y sus colegas definieron el ritual como el punto en el que las acciones se prescriben detalladamente (tiempo, lugar, orden, etc.) y algunas veces se ejecutan acompañadas de mensajes verbales. Destacaron que el poder del ritual reside en el hecho de que está más cerca del código analógico no verbal que del digital. Otro cambio producido en la definición del ritual por el grupo de Milán se publicó en 1978, presentaron la prescripción ritualizada de los días pares/días impares, donde se recomendaban sólo los aspectos formales del ritual, pero no se hacía referencia a las interacciones reales. Este tipo de intervención podía utilizarse con una cantidad de familias diversas en las que se tuviera la sensación de que los padres no tenían aptitudes simétricas para ocuparse de la conducta del niño; destacaron la importancia de presentar el ritual en el marco más amplio de una connotación positiva del dilema familiar. Posteriormente, se dan cuenta que es mejor utilizar partes abiertas del ritual y no sumamente prescriptivas.

Cada rito se impone por su carácter normativo, es decir, por la exigencia de normatividad inherente a una acción colectiva donde el comportamiento de todos tiende a un único fin. La prescripción de un ritual apunta a evitar el comentario verbal sobre las normas que perpetúan el juego en acción. El ritual familiar es la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes. La invención de un ritual requiere un esfuerzo de observación y creatividad. Es específico para cada familia, así como ciertas reglas son peculiares de cada familia.

Van der Hart (1978 citado en Imber-Black y Whiting, 1997) define los rituales como “actos simbólicos prescritos que deben ejecutarse de un modo determinado y en cierto orden, y pueden o no estar acompañados por fórmulas verbales”. Van der Hart marca que los rituales deben estar acompañado de compromiso ya que de no ser así se trataría de rituales vacíos. También analizó la importancia de las partes abiertas y cerradas del ritual. Las partes abiertas proporcionan la suficiente flexibilidad como para que los participantes puedan dotar a la experiencia de su propio significado evolutivo e idiosincrásico, las partes cerradas proporcionan la suficiente estructura como para dar seguridad a fuertes componentes emocionales, transmitir importante información cultural nueva y dar forma a las acciones.

El ritual tiene variadas funciones empezando por el proporcionar “marcos de expectación” (Douglas, 1966) en los cuales, por medio del uso de la repetición, la familiaridad y la transformación de lo que ya se sabe pueden producirse nuevas conductas, acciones y significados.

Las funciones de los rituales tienen consecuencias importantes en la terapia familiar porque ofrecen la capacidad de mantener la dualidad, es un medio para conectar la estructura y el significado. Por otro lado, mantiene las contradicciones y los dilemas como por ejemplo el de cambio/no cambio. El ritual permite que se experimenten emociones fuertes en un marco de seguridad al mismo tiempo que se producen conexiones interpersonales. El uso del ritual en el tratamiento puede propiciar la conexión entre el pasado, el presente y el futuro, vincular los aspectos analógicos y digitales de la comunicación, ofrece posibilidades de expresar y experimentar aquello que no puede ponerse en palabras, el ritual combina el acto y la creencia. Los acontecimientos se incorporan no porque se habla de ellos sino porque se les experimenta un mundo en el que el hacer y creer están interconectados.

Los rituales terapéuticos se diferencian de los que se producen en la vida cotidiana porque no están consolidados en la historia corriente de la familia. Al planificar los rituales terapéuticos hay que considerar los modos de unir a la familia con el poder de los símbolos, crear tradiciones en los preparativos, comprometer a la familia y documentar el ritual implicando testigos.

Es importante considerar los siguientes aspectos dentro de los rituales familiares:

- 1) **Evaluación de la conducta ritualizada de la familia fuera de la terapia:** esta puede ser de bajo nivel de ritualización, ritualización rígida, ritualización sesgada, ritual vacío como acontecimiento y no como proceso, proceso ritual interrumpido o imposible de ser experimentado abiertamente y flexibilidad para adaptar rituales.
- 2) **La conducta sintomática como ritual:** El síntoma puede estar sostenido por interacciones rígidas que son metáforas de las relaciones familiares. En ocasiones tal conducta funciona para legitimar el fracaso de los cambios culturalmente adecuados en el ciclo vital. Tanto los rituales como las conductas sintomáticas ayudan a mantener sus respectivos sistemas, pero como los rituales trabajan con múltiples niveles de significado y organización y partes abiertas se hace posible el cambio. Los rituales trabajan con mensajes paradójicos simultáneamente con lo cual se estimula el cambio.
- 3) **Ritualización del proceso de la terapia:** La terapia misma puede verse como un ritual ya que en la terapia se habla acerca de la vida cotidiana pero no estamos en la vida cotidiana. Los mismos modelos de la terapia parecen haber desarrollado sus propios rituales o bien puede haber tipos comunes de rituales que el terapeuta utiliza con la familia para comprometerlos con el tratamiento y separarlos de la vida cotidiana, también para reintegrarlos y para finalizar la terapia.
- 4) **Rituales terapéuticos:** Al trabajar con los tres aspectos arriba mencionados el clínico está en condiciones de considerar los motivos rituales adecuados para cada familia en tratamiento así como planear determinados elementos.

Algunos de los tipos de rituales que se pueden emplear son los siguientes

- 1) **Los miembros:** Todos los sistemas se enfrentan a la cuestión de la pertenencia. Con frecuencia estas cuestiones resultan difíciles para las familias, puesto que exigen un complicado trabajo de reelaboración de pautas familiares, reglas, opciones disponibles de relación y acuerdo sobre los roles. El motivo de la pertenencia acompaña muchas transiciones del ciclo vital familiar que están señaladas por rituales normativos como las bodas. Tales rituales normativos pueden señalar cambios que han estado en proceso o facilitar los necesarios en las definiciones de las relaciones o marcar el camino hacia cambios que todavía no

se han producido. Los rituales de pertenencia terapéutica pueden crearse para facilitar la ampliación o reducción de los miembros para definir el significado de la pertenencia, para facilitar las entradas y salidas y para delimitar las fronteras tanto dentro de la familia como con el mundo externo. El motivo de pertenencia es efectivo en las cuestiones tales como familias de nueva formación, familias divorciadas, familias formadas por adopción, familias en las que la pertenencia sea ambigua y familias que carecen de sistemas de ayuda externa.

- 2) **Curación:** Los rituales para lograr la curación se pueden encontrar en los ritos funerarios, existen rituales curativos para manejar la pérdida. Estos rituales pueden estar destinados a comenzar a manejar tales pérdidas, especialmente si los rituales normativos de curación o no se han producido o han sido insuficientes para manejar los complejos procesos personales e interpersonales relacionados con la muerte. Las pérdidas en la familia incluyendo pérdida del embarazo, suicidio, muerte súbita, violenta o inesperada, pueden requerir el uso de rituales curativos terapéuticos: Tales rituales deben respetar la magnitud de la pérdida y tienen que tener la sensibilidad suficiente como para comprometer al paciente en la cocreación. El alivio también puede ser necesario en el caso de pérdidas que resultan de una ruptura irreparable en una relación, como la separación y el divorcio o la finalización de relaciones no conyugales. En todos estos casos los rituales curativos empiezan por la afirmación de la pérdida y luego se pasa a un proceso gradual de alivio que respeta el ritmo del paciente. A veces se alternan simbólicamente períodos de contención con períodos de liberación. La acción simbólica con las metáforas del entierro o la quema de la antigua relación puede utilizarse para simbolizar la finalización cuando el paciente indica que está preparado. Los rituales curativos también pueden utilizarse para la pérdida de partes y funciones del cuerpo debido a enfermedades. Estos rituales incorporan elementos que permitan lamentar la pérdida al mismo tiempo que comienza a apuntar hacia las posibilidades futuras. También pueden servir para las pérdidas culturales, como las ocasionadas por la migración. Por otro lado los rituales curativos pueden ser usados para reconciliación y cuestiones del perdón. Engaños extramaritales, relaciones matrimoniales o entre padres e hijos en las que se han establecido años de resentimiento y revelación de secretos son oportunidades para utilizar estos rituales.
- 3) **Rituales de Identidad:** Las familias pueden llegar a cosificar la identidad de sus miembros. El funcionamiento de los rituales de identidad permiten eliminar los rótulos que constituyen un estigma y permiten también el surgimiento de nuevas identidades. Estos rituales resultan útiles para familias e individuos con enfermedades graves, crónicas o con discapacidades. También pueden utilizarse después de que un miembro de la familia se recupera de una enfermedad y se requiere que la identidad de esa persona sea redefinida.
- 4) **Rituales para expresión y negociación de creencias:** Resultan útiles cuando los pacientes manifiestan creencias conflictivas acerca de una cuestión concreta. Pueden ponerse de relieve esas creencias por medio de su conducta. Estos rituales proporcionan la oportunidad de escucharse y experimentar mutuamente sus posiciones sin censurarse ni culparse, con lo cual se logra crear un nuevo contexto para las relaciones. Es muy conocido el ritual de los días pares/días impares, este ritual se puede hacer con sus variaciones y es útil para interrumpir disputas simétricas interminables.
- 5) **Rituales de Celebración:** El análisis de las celebraciones dentro de la familia puede darle al terapeuta mucha información con respecto a la participación, toma de decisiones, conexiones y alejamientos en las relaciones y se pueden poner al

descubierto los problemas de la familia de origen. Los rituales terapéuticos pueden ser útiles para marcar nuevas etapas como el nuevo comienzo de un matrimonio; generalmente este tipo de rituales con frecuencia señala un giro clave en la vida de un individuo. Con estos rituales se pueden trabajar las pérdidas que se asocian de una u otra forma con celebraciones. Por otro lado, los obsequios pueden ser parte de estos rituales. También llegan a utilizarse los rituales de celebración para la finalización de la terapia.

Estos cinco motivos rituales son aspectos claves de los rituales normativos y proporcionan al terapeuta una orientación tanto para analizar los rituales con las familias como para el diseño de rituales terapéuticos. Puede hacerse uso de uno o más de estos. Sólo la familia determinará los significados de los motivos, mediante una puesta en práctica única y singular de sus rituales.

Elementos de elaboración comunes a todos los rituales:

Las ideas para el ritual deben adecuarse a las cuestiones y problemas emergentes que se le presentan a la familia, para su elaboración existen los siguientes elementos:

- 1) Los **símbolos** seleccionados deben incluir los objetos o las palabras que representan la posibilidad de modificar las creencias, relaciones o significado de los acontecimientos. La selección de los símbolos se logra de tres maneras: por medio del lenguaje explícito del paciente, a elección del terapeuta basada en problemas y motivos o a elección de los mismos pacientes.
- 2) **Aspectos abiertos y cerrados:** Todos los rituales deben incluir ciertos aspectos abiertos y cerrados, cuál de ellos debe destacarse dependerá del modo en que los pacientes enfocan la terapia y de sus estilos personales.
- 3) **Tiempo y espacio:** El modo de destacar el momento y el lugar está relacionado con el modo en que se equilibran los ingredientes abiertos y cerrados. La frontera temporal sirve para destacar la experiencia como tiempo ritual y esto ofrece seguridad para la expresión emocional. El lugar donde se realice el ritual es un elemento importante y pueden ser dentro de la sesión y fuera de ella o bien alternados.

Técnicas Rituales y Acciones Simbólicas:

Todo ritual debe incluir en su diseño alguna acción simbólica. Por medio del lenguaje del paciente, metáforas y problemas se crean las acciones simbólicas típicas que han de incorporarse al diseño del ritual. Hay varios tipos de técnicas/acciones simbólicas para el diseño de rituales:

- 1) **Liberación:** Se utilizan en rituales de curación y de identidad, ya que facilitan el proceso de depuración y curación. Se le pide a la gente que queme, congele, entierre, vierta o envíe en un globo una variedad de elementos simbólicos. Estas acciones ayudan a la gente a superar acontecimientos y significados traumáticos que interfieran en su vida presente. En algunos casos la actividad de liberación tiene que combinarse con algún tipo de acción de mantenimiento. Esta acción combina la necesidad de liberar con la necesidad de retener de modo que se contemple el ritmo y la posibilidad de toma de decisiones del paciente.
- 2) **Utilización de las diferencias:** Se utilizan en rituales de negociación de creencias, ya que abordan creencias opuestas y escalada simétrica de los conflictos. La técnica de días impares/días pares se puede usar eficazmente en la negociación.

Las **inversiones** también son muy útiles en situaciones donde se negocian diferencias. Éstas se emplean cuando se intenta ampliar un repertorio de roles y de opciones de conducta, y consiste en pedirle a la persona que piense y actúe como la otra durante períodos específicos lo cual puede dar lugar a que vayan surgiendo las semejanzas frente las diferencias.

- 3) **Dar y recibir:** Se utiliza de varias formas el intercambio de regalos: intercambio mutuo entre los miembros de la familia, los miembros de la familia le entregan elementos simbólicos otro miembro, e intercambio de regalos entre el terapeuta y los miembros de la familia.
- 4) **Ritualizar el juego/ prescribir el síntoma:** Esta acción intenta modificar un esquema de conducta sintomático o rígido mediante la recomendación de la conducta pautada en una forma explícita. Pedirles a las personas que realicen la conducta dentro de un ritual prescrito introduce un elemento de confusión, absurdo y humor que modifica el esquema y su significado, una vez alterado el esquema y su significado surgen nuevas opciones para la resolución del problema.
- 5) **Documentación:** El proceso de documentación señala a los acontecimientos como oficiales y a menudo como legales. La documentación puede ser una acción ritual utilizada en el diseño de los rituales terapéuticos. Se pueden usar para aumentar el compromiso y acuerdos con respecto a las conductas. También se pueden usar para modificar esquemas de interacción y para consolidar el cambio.

Otras consideraciones para la elaboración:

- **Alternancia:** Para los rituales en los que se combinan las acciones de liberarse y las de retener o sugerencias para comportarse de determinados modos en días específicos y en forma diferente en los días restantes o también en los rituales de identidad que incluyen una celebración, debe considerarse la alternancia debido a que los sistemas tienden a la homeostasis y al cambio de forma simultánea. La planificación de algunos rituales tendrá que incorporar esta dicotomía dejando cierto espacio para pensamientos y/o acciones alternativos. También la alternancia ayuda a comunicar que el cambio es un proceso que ocurre en el tiempo y se respeta la oportunidad y el ritmo del proceso de cada paciente.
- **Repetición:** En la mayoría de los rituales terapéuticos no existe la expectativa de la repetición, sin embargo, en algunos rituales se requiere de la repetición. Se utiliza la repetición en las acciones para facilitar la aparición de nuevas conductas para la resolución del problema. También se utiliza la repetición en el contenido que puede ser vía el lenguaje, cartas o acciones lúdicas, y se usan para trabajar con el lenguaje y las creencias del paciente. Anotar afirmaciones o creencias en ropa, globos o tarjetas comerciales es un recurso que puede emplearse para introducir el humor y la diversión en ciertas relaciones caracterizadas por la seriedad y el enojo.
- **Combinación de motivos y acciones:** Con frecuencia los rituales pueden estar basados en acciones y conceptos simbólicos provenientes de dos o más motivos rituales.
- **Uso de equipos:** Proporcionan ideas y trascienden la propia experiencia.

- **La familia como un equipo:** La colaboración de la familia para el diseño del ritual proporciona una realimentación inmediata para el rechazo o la aceptación de las hipótesis sistémicas existentes.

2.1.7 FUNDAMENTOS DE LOS MODELOS POSMODERNOS

La modernidad como corriente de pensamiento se fundamenta en el racionalismo de Descartes, la racionalización de la existencia al extremo de llamar a la razón "la diosa". Comenzó a tener influencia a finales del siglo XIX y logró alcanzar su máxima expresión a lo largo de la primera mitad del siglo XX, durante esta época se resalta el poder de la razón y de la observación como la base última del conocimiento verdadero (Limón, 2005).

Este pensamiento moderno fue marcado por el surgimiento de grandes utopías sociales, políticas, económicas, culturales, tecnológicas, industriales, etc, así tenemos que el hombre moderno era un hombre comprometido con la humanidad, porque confiaba en ella, en sus posibilidades y en su virtual avance. El hombre moderno creía en la razón universal y en la posibilidad de llegar a la verdad absoluta.

La idea modernista considera que hay aun mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. El saber del terapeuta esta basado en teorías, prejuicios y experiencias profesionales y personales, actúa como una estructura a priori que predetermina el conocimiento que un terapeuta trae a la sesión y se impone al conocimiento del cliente. Bajo esta postura el lenguaje no es más que un medio para el conocimiento; es decir, el conocimiento se comunica a través del lenguaje. La función del lenguaje (palabras y símbolos verbales y no verbales), igual que la del conocimiento es ofrecer un cuadro correcto que represente el mundo y nuestras experiencias en el mundo, referido a lo que es real. Los seres humanos utilizan el lenguaje como un medio para transmitir pensamientos y sentimientos o como una expresión. (Heidegger, en Palamer, 1985, citado en: Anderson, 1999).

Con la incorporación de nuevas ideas y postulados se inició una crítica que se centró en el cuestionamiento del realismo científico como fundamento de la teoría de la conducta humana y de los métodos para abordarla. Generándose una revolución en la psicoterapia. Kuhn fue uno de los que rechazó la idea de que la ciencia descubría en algún momento la verdad. Consideraba que la ciencia no consistía en la continua adquisición del conocimiento acumulativo, sino en una serie de revoluciones. El paradigma del conocimiento requería la existencia de una comunidad que compartiera creencias básicas, representaciones simbólicas de esas creencias, preguntas para formular, etc, sugirió que todas las ciencias siguen un proceso común en la creación y el reemplazo de paradigmas, y en la introducción de cambios en la misión, el lenguaje y los valores profesionales (McName y Gergen, 1996).

Se generó una tendencia que consistía en múltiples perspectiva, otras perspectivas acerca de la realidad y otras verdades. Estas nuevas visiones cuestionaban de manera implícita o explícita la supuesta obviedad y solidez de las creencias más arraigadas del modernismo.

El intento por respetar el lugar de las personas y su manera de ver las cosas se convirtió en una advertencia permanente de que los participantes de la terapia tenían su propia experiencia y expertos. Entonces se empezó a valorar la experiencia participativa, validada por la expresión de muchas voces y no sólo por la confianza en la voz del experto.

A partir de la segunda mitad de los años ochenta se empezaron a cristalizar las nuevas tendencias y perspectivas que irían gradualmente abarcando los diferentes ámbitos y escenarios de la vida contemporánea, tendencias y perspectivas que darían un giro impresionante a las tradicionales concepciones del mundo y de la realidad y que permitirían vislumbrar un amplio horizonte de posibilidades. Es en estas tendencias en donde podemos ubicar el surgimiento del posmodernismo.

En estos ámbitos podemos localizar también la teoría del construccionismo social o socioconstruccionismo. Estas nuevas tendencias mantienen un estrecho vínculo con el campo de la sociología del conocimiento, tratando desde el inicio de distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología, además de estar en contra de las posturas positivistas dominantes (Limón, 2005).

La posmodernidad cree que las ideas, los recuerdos y los conceptos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente.

Dentro de sus principales influencias se encuentra la hermenéutica, la que destaca que el saber descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre las preinterpretaciones inherentes al lenguaje. Considera que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio-históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que lo articulan (Limón, 2005).

Los supuestos posmodernos destacan ante todo la creación o contextualización social o relacional de la realidad por ejemplo, sentidos, pautas, categorías diagnósticas y narraciones son producto de relaciones humanas e interacciones comunicativas. El énfasis puesto en lo social y lo relacional lleva a repensar la noción del individuo o del propio ser, la construcción de sí, la identidad, el propio ser en relación y la conectividad. El replanteo de la noción del individuo en relación consigo, con otros, y con el propio mundo histórico, cultural, político y ambiental, trasciende las dicotomías entre lo individual y lo relacional (Anderson, 1999).

En resumen el postmodernismo rechaza el dualismo fundamental entre un mundo real externo y un mundo mental interno, se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido. 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 este.

El pensamiento posmoderno va hacia el conocimiento como práctica discursiva, hacia la 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, la historia, etc. Va al conocimiento como una construcción social, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión. 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.

Para el postmodernismo a diferencia del modernismo, el lenguaje desempeña un papel central, creencias y prácticas se vinculan con, se crean en, y ocurren en el lenguaje. Los significados del lenguaje, es decir los significados que atribuimos a las cosas, los acontecimientos, la gente y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos; del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente. Es importante aclarar que el postmodernismo no significa que nada exista; por el contrario, el postmodernismo alienta la crítica social.

ESTRUCTURALISMO Y POSTESTRUCTURALISMO

A mediados de siglo XX un antropólogo francés Claude Levi-Strauss desarrolla esta teoría derivada de la lingüística estructural. Propone observar cómo la sociedad está estructurada y en base a qué está estructurada.

Para conocer una sociedad hay que fijarse en las estructuras mentales de los individuos de esa sociedad. Por tanto, la estructura de la sociedad empieza en el pensamiento del individuo.

En el estructuralismo se considera que todo fenómeno deriva de una estructura profunda; este es asociado con la construcción de sistemas de análisis y de clasificación (Herrero, 2002).

El pensamiento estructuralista presenta las siguientes características mencionadas en un seminario por Espinosa (2005):

- Todo fenómeno deriva de una estructura profunda
- El estructuralismo se asocia con la construcción de sistemas de análisis y de clasificación.
- Las expresiones de la vida son manifestaciones superficiales de esencias, las cuales pueden ser encontradas en el centro de la personalidad o "self"

En lo que respecta al postestructuralismo este ha sido objeto de un intenso debate y podría definirse como derivado del estructuralismo o como su antítesis. Algunos críticos incluyen a estos teóricos en dos campos diferenciados, el estructuralista y el postestructuralista. El postestructuralismo trata de superar la tendencia, aparentemente endémica en el pensamiento humano, de contemplar la realidad como la unión de dos opuestos, pero ambas corrientes comparten otras coincidencias: ambas rechazan la primacía del sujeto humano, como pone de manifiesto el humanismo filosófico, y aceptan las consecuencias del "desdoblamiento" del sujeto efectuado por Karl Marx, Friedrich Nietzsche y Sigmund Freud, entre otros. Al sujeto se le considera como un producto, un punto focal de fuerzas, más que un agente creativo

En el posestructuralismo la identidad es un logro público y social, y esta es negociable dentro del marco social, no hay una sola identidad o "self" y esta es conformada por fuerzas culturales e históricas.

Bajo esta visión el discurso está gobernado por estructuras que mueven al lenguaje, no por la estructura interna de los objetos. Una visión posestructuralista cuestiona todo marco de trabajo que plantee algún tipo de estructura interna para el ente en cuestión (Gergen, 1995 en: Anderson, 1999).

2.1.8 MODELO DE TERAPIA NARRATIVA

Los principales representantes de la terapia narrativa son Michael White y David Epston, este modelo sostiene que el terapeuta debe buscar conjuntamente con los pacientes la reconstrucción de las verdades que están separadas de su condición y de los contextos de su producción. Es un modelo que busca las fuentes de lo imaginario, que evocan nuevos relatos con una actitud optimista.

La manera de narrar la vida depende de los acuerdos sociales; estos pueden presentar un hecho como verdadero o falso, pero es el significado que le atribuyen las personas a los hechos lo que determina el comportamiento que se tenga. Los relatos

contienen espacios que las personas tienen que llenar para representarlos, con cada nuevo relato surge otro diferente que contiene al anterior y lo supera. (Suárez, 2004)

La terapia narrativa ve a los clientes como expertos de sus propias vidas e intentan construir más útiles o posibilitadas, afirmando que hay múltiples realidades y que tal realidad es construida socialmente y validada consensualmente (Espinosa, 2005)

Los seres humanos somos seres que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas, y es el relato o historia propia lo que determina la forma de la expresión de nuestra experiencia, en nuestra cultura hay un relato dominante, el cual puede verse modificado a través de la co-construcción en y a través del lenguaje, apoyándonos de algunas herramientas.

Michael White (1989) desarrolló una técnica denominada **Externalización del Problema**, esta propone la separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente, abriendo un espacio conceptual que les permite a los clientes tomar iniciativas más efectivas, a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas. Las iniciativas curativas del paciente se movilizan a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica.

Esta técnica es propuesta por White a partir de observaciones realizadas con niños en donde el proceso clínico se aceleraba cuando se le daba al paciente la posibilidad de hablar del problema como algo distinto y separado de sí. Aunque este método fue desarrollado en un inicio para el trabajo con niños que sufrían encopresis, White lo aplicó para tratar múltiples problemas en adultos, parejas o familias. Este proceso es particularmente curativo, porque constituye un eficaz antídoto contra el proceso patologizante. La persona que tiene el problema es el problema, por tanto externalizarlo es una técnica muy útil que abre un espacio que permite deshacer parte de los efectos negativos de la rotulación social (White, 1989).

Dentro de la terapia narrativa existe una parte del proceso que es llamado **deconstrucción** White (1989), comenta que ésta técnica tiene que ver con el cuestionamiento que se hace sobre aquellas “verdades” que están divorciadas de las condiciones y del contexto, además de provocar prejuicios. Este proceso puede darse en diversos aspectos como son: la deconstrucción de prácticas del yo y de su relación, prácticas que son predominantemente culturales, y deconstrucción de prácticas discursivas de nuestra cultura.

La deconstrucción se realiza sobre el relato, las prácticas modernas de poder y las prácticas discursivas.

1. Deconstrucción del relato.

Se da una objetivación de los problemas que llevan a las personas a terapia, esto lleva a externalizar las vivencias relativas a aquello que consideran problemático. Para facilitar este proceso el terapeuta puede realizar preguntas relativas a:

- *Panorama de acción* las cuales hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo. Pueden referirse al pasado, presente y futuro y dan nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal.
- *Panorama de conciencia* y estas hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción, invitan a la realización de preferencias alternativas.

- *Preguntas sobre experiencias de experiencias* Facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones, incitan a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas.
2. Deconstrucción de las prácticas de poder
Cuando las prácticas de poder quedan desenmascaradas, las personas pueden asumir una posición respecto a ellas y contrarrestar la influencia que tienen en sus vidas y relaciones.
 3. Deconstrucción de las prácticas del saber.
Las disciplinas profesionales han logrado desarrollar prácticas y técnicas del lenguaje, según las cuales estas disciplinas tienen acceso a la verdad del mundo, fomentando la creencia de que los miembros de esas disciplinas tienen acceso a una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y la naturaleza humana. Los terapeutas pueden ayudar a reconstruir el saber de los expertos al considerarse ellos mismos coautores de lo que ocurre en el proceso.

De igual manera se ha dado una clasificación para los distintos tipos de preguntas que el terapeuta puede realizar y que facilitan la apertura de nuevas posibilidades, White (1989) expone la siguiente clasificación.

- Preguntas de influencia relativa: Ayudan a los clientes a dar dos descripciones diferentes de su relación con el problema, la primera habla de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia, mientras que la segunda es una descripción de la influencia que tienen los miembros de la familia en la persistencia del problema.
- Preguntas que incitan a la selección directa de logros aislados.
- Preguntas que incitan a la selección indirecta de logros aislados.
- Que incitan a revisar y reevaluar la relación que uno mantiene con uno mismo.
- Incitan a revisar y reevaluar la relación que uno tiene con los demás

La mayoría de las personas disponemos de **relatos alternativos** acerca de nosotros mismos, de los demás y de nuestras relaciones, por tanto el relato que prevalezca a la hora de asignar significados a los sucesos de nuestra vida, determinará en gran medida la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones.

Las **cartas o documentos escritos** son instrumentos útiles de trabajo, entre estas encontramos: las cartas de invitación para miembros ausentes, exhortos para los miembros resistentes, cartas de predicción, de recomendación, de despido, de felicitación y algunas otras notas breves.

White (1989) menciona como parte importante del proceso la **agencia personal** esta se lleva a cabo una vez que se ha externalizado el problema y sus componentes, es entonces cuando los pacientes pueden ver las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado. Se deben realizar preguntas que siembren la idea de que el paciente puede decidir, puede elegir y es un agente activo del curso de su propia vida.

2.1.9 ENFOQUE COLABORATIVO

A fines de la década de 1980 y al inicio de 1990 algunos terapeutas iniciaron con nuevas ideas e inquietudes, se empezó a hablar de un giro interpretativo que se caracterizó por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia y modificaciones en las formas de interactuar con los clientes. Surgiendo así el enfoque colaborativo y el equipo reflexivo (Beltrán, 2004).

Entre los principales representantes del Enfoque Colaborativo se encuentran Harlen Anderson y Harold Goolishian. El trabajo de estos dos representantes inicio en 1970 al trabajar con la terapia de Impacto Múltiple, como una forma de terapia breve centrada en familias con hijos adolescentes. Esta terapia era realizada por un equipo multidisciplinario que trabajaba intensivamente con una familia e involucraba profesionales. La forma en la que se presentaba el equipo con la familia, mostraba un concepto diferente al de terapeutas tras el espejo, movilizandolos recursos de la familia, evaluaba y analizaba abiertamente los puntos de vista de sus miembros, en presencia de la familia, existía un entrenamiento en vivo y una supervisión en equipo organizado sin jerarquías. Posteriormente fueron incorporando varias ideas de distintos terapeutas, continuaron su trabajo en la fundación Galveston; dejaron de considerar al lenguaje como una función o herramienta y se considero generativo, la esencia del dialogo y por lo tanto la esencia del proceso terapéutico.

Las implicaciones de asumir una propuesta colaborativa, se asocia con la forma en la que en terapeuta, se definen las relaciones con sus clientes. Se incluye y se valida el saber cotidiano y la experiencia del paciente en la conversación terapéutica, se recupera la idiosincrasia y se reconoce la característica relacional y discursiva del encuentro entre los participantes del proceso terapéutico.

La palabra conversación destaca el significado que los individuos crean y experimentan en la acción con otros y con ellos mismos.

Anderson (1999) identifica las siguientes premisas filosóficas del modelo.

- 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 la 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; esta inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, en las que también se genera.

El proceso conversacional se logra por medio de la pericia del terapeuta para crear un espacio para el relato del paciente, manteniendo una posición de no saber, sin asumir una posición de liderazgo y formulando preguntas conversacionales (Beltrán, 2004)

Espinosa (2001) menciona que en el enfoque colaborativo se resaltan las conversaciones a través del lenguaje que genera significados. El lenguaje no es sólo signos y estructura, es la relación que mantenemos con nuestro contexto y este se encuentra presente en todos los actos comunicacionales generando significados.

Generar nuevos significados es convencer al otro con historias propias o inventadas, el discurso de las personas es sólo una muestra de un mundo de significados o de múltiples significados que las personas le atribuyen al evento. Detrás de lo dicho hay una gama de cosas, sentimientos, acciones, sensaciones no dichas respecto a eso que si se dijo, es importante hablar de lo no dicho, ya que ahí se puede generar el cambio.

La labor del terapeuta consiste en resignificar las historias que están alrededor-en-entre-con el problema y encontrar nuevas donde significa algo diferente.

Entre las diversas técnicas del enfoque colaborativo tenemos: los medios escritos, verbalizar, hablar de los diálogos sobre los diálogos

2.1.10 MODELO BASADO EN EL EQUIPO REFLEXIVO

El principal representante del equipo reflexivo es Tom Andersen, la palabra “reflexivo” para Andersen implicaba una equidad en la participación, aun cuando las partes puedan tener posiciones o características diferentes. Los procedimientos alrededor del equipo reflexivo, el empleo de conversaciones reflexivas y de interrogatorios reflexivos están enfocados a un proceso de influencia mutua entre consultante e investigador, en vez de un proceso jerárquico y unidireccional, cuestionando sobre todo el elevado estatus profesional (Hoffman en: McNamee y Gergen, 1996). Hasta antes de 1984, Andersen se caracterizaba por decir a los clientes lo que tenían que hacer o como debían ver y comprender el problema. Las entrevistas a los clientes se hacían con ideas preconcebidas a cerca de cómo podían explicarse sus problemas, de modo que se confirmara o invalidara la idea que tenía el equipo respecto a los patrones de relación.

El trabajo de equipo reflexivo surgió después de 1984, cuando después de trabajar varios años con la modalidad de equipo terapéutico, comenzó a sentir incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto, esto lo llevó a cuestionarse el ocultar las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos (Beltrán, 2004).

Los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente de tal manera que el cliente siempre pueda oírlo, Andersen (1999) menciona algunas normas que considera importantes para realizar conversaciones reflexivas.

- Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes.
- Los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones negativas
- Se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí y no a los clientes
- No es necesario instruir al equipo sobre como expresar sus reflexiones

Por otro lado Espinosa (2001) escribe en algunas notas, derivadas de su práctica docente, varias características sobre el equipo reflexivo.

La manera de llegar a las historias de los clientes es a través de la reflexividad, esta es entendida como reflejar en el otro, algo que es pensado y que únicamente tiene razón de ser cuando se habla. Los equipos reflexivos destacan la importancia del lenguaje en la construcción de diversas versiones de la realidad, se valoran las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces, por tanto no se refleja la realidad, sino se comparte a partir de lo que se oye. Las nuevas narraciones tienen que ser familiares para las personas en su contexto.

El proceso del equipo reflexivo puede ser entendido de la siguiente manera:

A – Se escucha algo

B – Se reflexiona (detenerse a pensar) antes de responder

C - Se hace una apropiación de lo que se escucha y desde ahí se habla

En este modelo el cambio se obtiene a través de un comentario inusual, pero no en exceso, ya que debe tener sentido para los otros.

2.1.11 REFLEXIONES SOBRE LOS DIFERENTES MODELOS TEÓRICOS

Como puede observarse existen diferentes modelos sistémicos para el abordaje de la problemática, es importante mencionar que a pesar de que se presentan varias características entre ellos todos parten de una misma base, todos miran al individuo como un sistema de relación con su contexto y no como individuos aislados, esto permite ampliar la visión y entendimiento de las conductas, permite observar las cosas con otros lentes en donde el individuo se ve influenciado por su medio y a su vez influye en él.

En cuanto a la utilización y eficacia de los diferentes modelos aplicados en la práctica clínica surgen las siguientes consideraciones:

Los modelos de corte estratégico (terapia breve centrada en problemas, Milán, estratégico) resultan particularmente importantes para atender los trastornos alimentarios, ya que sus propuestas de intervención son útiles para familias con rigidez, evitación de conflicto y sobreenvolucradas, que son algunas de las características de este tipo de familias. Como sabemos estos modelos tienen como matriz las principales ideas de Milton Erickson (González, S 2004: citado en Eguiluz, 2004) donde utilizamos el lenguaje de las familias, analizamos su postura, nos apoyamos en el uso de las paradojas y se trabajó sobre la ampliación de los pequeños cambios.

Por otro lado el modelo estructural resultó eficaz con aquellas familias que presentan disfunciones jerárquicas y limítrofes, por tanto se proponen estas estrategias para la intervención terapéutica en casos similares.

Los modelos posmodernos entre los que se encuentran la terapia narrativa, el equipo reflexivo y el enfoque colaborativo, buscan la co-construcción de historias funcionales para el paciente a través del diálogo, afirma que hay múltiples realidades y que estas son construidas socialmente y validadas consensualmente.

El modelo basado en soluciones es un modelo puente en cuanto al cambio epistemológico, por tanto se puede utilizar en terapia junto con los llamados modelos posmodernos ya mencionados.

En los casos en que las personas están muy centradas en su situación con una visión de problema, no es recomendable hacer uso del modelo centrado en soluciones, ya que su discurso tiene a seguir hablando del problema y difícilmente perciben los cambios mínimos o excepciones.

Todos los modelos analizados anteriormente son válidos en la práctica terapéutica, aunque considero que el uso de estos debe depender de la temática a abordar y del tipo de paciente.



CAPÍTULO TRES

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

3.1.1 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DEL TRABAJO CLÍNICO DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS

Resumen del trabajo clínico que realicé como terapeuta a cargo de familias, en las sedes y en los distintos semestres.

| SEDE Y SEMESTRE | FAMILIA | MOTIVO DE CONSULTA | MODELO UTILIZADO | NÚMERO DE SESIONES | SITUACIÓN FINAL |
|-----------------------|---------|---|--------------------------------------|--------------------|--|
| ISSSTE 2° Semestre | A | La señora asiste debido a una depresión que presenta, quiere entender mejor lo que esta pasando y encontrar otras alternativas, desea estar más tranquila y sentirse mejor. | Terapia Breve Centrada en Soluciones | 3 | Dentro de la sesión se alcanzaron los siguientes objetivos terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> - Que Silvia tuviera más tiempo para si misma, sintiéndose contenta. - Que se permitiera la expresión de sentimientos lo cual le dio tranquilidad y la ayudó a no deprimirse. - Plantearse nuevas formas de vida, con lo cual decidió cambiar de residencia a Mérida. Se dio por concluida la terapia con los cambios presentados. |
| CCH-A 2° Semestre | B | El servicio es solicitado por Yadira de 18 años estudiante de CCH quien vive con su papá, sus dos hermanos, sus abuelos paternos y un tío. Comenta que sus padres actualmente están separados y no sabe enfrentar la situación porque se siente chantajeada por su mamá, además le es difícil convivir con ella porque tiene una nueva pareja de la edad de Yadira que en un inicio la pretendía. | Estructural | 7 | Se logró el cumplimiento de los siguientes objetivos terapéuticos. <ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de límites claros hacia el resto de las personas y en especial hacia su mamá. - Avances en el proceso de individuación que corresponde a su etapa de vida. - Encontró una forma distinta de convivencia con su mamá haciendo respetar los límites. - Realizó actividades propias de su edad, como la integración con sus amigas y el continuar estudiando. En las nuevas actividades de Yadira se incorporó a otras clases que no coincidían con el |

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|--|
| | | | | | horario de sus citas, dando así cierre al proceso terapéutico. |
| FESI 3° Semestre | C | La señora Rebeca y la psicóloga de la escuela de su hijo Manuel reportan que dice mentiras, no cumple con sus cosas, y "se esta volviendo cínico". En la escuela dicen que es muy solitario y sienten que esta muy preocupado por su mamá. | Terapia Breve Centrada en Soluciones | 9 | Se concluyo con el cumplimiento de los objetivos terapéuticos: - Establecimiento de límites claros entre los padres y el menor. - Incremento en el cumplimiento de actividades escolares y del hogar. - Se finaliza el proceso terapéutico con la conclusión de las metas esperadas por la familia y planteadas en la sesión inicial. |
| FESI 3° Semestre | D | Alma solicita el servicio debido a que hace 1 año aproximadamente ha reportado periodos de "atracones" de comida, esto le preocupa y la pone ansiosa, en algunos periodos se incrementan y luego disminuyen actualmente se siente mejor, sin embargo desea saber que es lo que los esta provocando y como controlarlos. | Terapia Estratégica | 9 | El objetivo de la paciente se logra concluir y consistía en la eliminación del trastorno de alimentación y la regularización de la ingesta de alimento. |
| ISSSTE 4° Semestre | E | Los padres del menor solicitan el servicio debido a que Omar come de manera compulsiva y presenta sobrepeso (52 Kg). | Modelo de Terapia breve Centrada en Problemas | 3 | Se concluye el objetivo terapéutico que consistía en la modificación de los hábitos alimentarios de Omar. Se presenta un cambio en la conducta de los padres incrementando la comunicación con el hijo . Se finalizando así el proceso terapéutico. |

A continuación se presenta un breve resumen del trabajo clínico realizado con las familias, así como el análisis teórico-metodológico de las mismas. Es importante mencionar que los nombres y datos de las familias han sido modificados para mantener la confidencialidad de las personas.

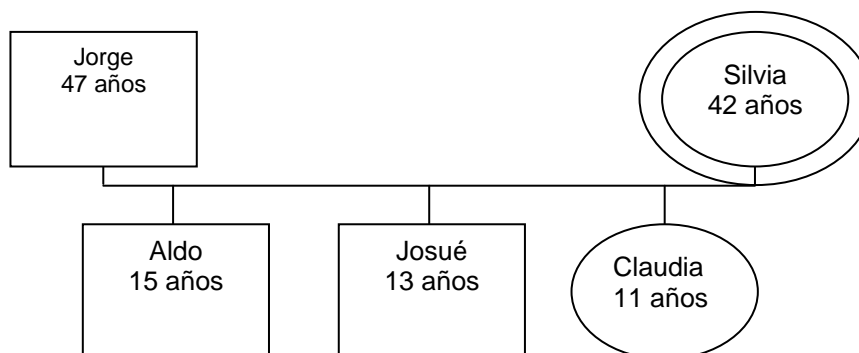
3.1.2. FAMILIA "A" LA DEPRESIÓN

SEDE: ISSSTE TLALNEPANTLA

MOTIVO DE CONSULTA

La señora Silvia asiste al servicio Psicológico debido a una depresión que presenta, quiere entender mejor porque le pasa esto y encontrar solución, desea estar más tranquila y sentirse mejor.

FAMILIOGRAMA



SESIÓN UNO

Desarrollo de la Sesión

La señora Silvia considera que puede tener depresión, comenta que desde niña se ha sentido triste, ella es hija de padres divorciados, su madre es sordomuda y sus hermanos mayores se fueron de casa desde el divorcio, ella tuvo que hacerse cargo de sus cuatro hermanas menores teniendo que sacar adelante a la familia trabajando. Actualmente tiene muchas actividades que la agotan y la estresan, trabaja en una primaria y tiene dos turnos, atiende su casa, a sus hijos adolescentes y hasta hace poco estudiaba los fines de semana, con respecto a esto se comentó que era entendible su estrés y cansancio ante tantas actividades.

Se abordó el tema de su infancia y las ocasiones en las que tenía que ser fuerte para sacar adelante a los demás, siente que no es feliz y que únicamente lo aparenta, nunca llora frente a su familia por mantener esta fortaleza. Dice estar deprimida con manifestaciones físicas como nerviosismo, hormigueo en el cuerpo, dolores de cabeza, faringitis crónica.

Se preguntó sobre el recordar aquellos momentos en los que esto no se presentara y que se sintiera mejor, comentó que esto sí llega a ocurrir pero que en muy pocas ocasiones, solo cuando tiene oportunidad de estar realmente con su familia y el trabajo no la satura, o cuando ha tenido un espacio para poder salir a hacer algo que le agrade.

Esta información fue retomada para resaltar el hecho de que esta situación no ocurre en todas las ocasiones y tener la posibilidad de posteriormente trabajar hacia la construcción de excepciones, se sondeó cuando fue la última vez que algo de esto que la hace sentir bien ocurrió.

La sesión finalizó dejando una tarea en la que la señora tenía que pensar sobre cómo fue que en algunas ocasiones logró hacer cosas diferentes que le permitían sentirse bien.

Modelo y Técnicas utilizadas

- Se inició el trabajo con el modelo de terapia breve centrada en problemas debido a que a lo largo de la sesión se pudieron observar momentos en los que no se presentaba la problemática antes mencionada, es decir las excepciones y esto posibilitaba el ir trabajando sobre ellas para ampliarlas.
- Búsqueda de excepciones: en el momento en que se pregunta si han existido ocasiones en las que ese malestar no se presente.
- Marcar las excepciones: se hace referencia a las que ella logra tener conductas diferentes a las reportadas como problema.

SESIÓN DOS

Desarrollo de la sesión.

Al inicio de la sesión se le pregunta sobre la tarea que se dejó, en donde comenta que no sabe cómo es que ha logrado en algunos momentos tener conductas diferentes, se pregunto también sobre los cambios que habían ocurrido a partir de la última sesión, en un inicio comenta que ninguno, sin embargo mientras relata lo ocurrido se da cuenta que ha empezado a experimentar nuevas formas de expresarse y de relacionarse, en algunos momentos se permitió no ser siempre la fuerte, se le preguntó sobre el aprendizaje que pudo obtener de esta nueva forma de mostrarse ante los demás, comentó que logro sentirse mejor y que esto le ayudaba nuevamente a ver que aunque fueran pocos si existían si hubo momentos en los que se sentía bien, también estuvo realizando algunas cosas para liberar sus emociones como el hablar con la gente sobre las cosas que no le gustan, irse a divertir con sus amigas, lo cual no acostumbra, ante esta situación se consideró pertinente marcar esas excepciones, se siguieron trabajando y ampliando.

Se resaltaron los cambios realizados y cómo éstos podrían ser una nueva forma de relacionarse con los demás que no sea exclusivamente para resolver problemas. Pudo hacer varios cambios que la hacían sentir alegre.

Identificó muchas cosas diferentes a lo que hacía y que la ayudaron a estar mejor. Se fueron marcando estas excepciones para favorecer que la persona las tenga presentes y las identifique como conductas que ya ha puesto en práctica y que puede seguir haciendo, favoreciendo así la agencia personal de los cambios.

Las excepciones encontradas se ampliaron en base a un proceso de preguntas que aportaban información sobre los cambios ocurridos y quienes se dieron cuenta de éstos, encontrando que su esposo y sus hijos la habían notado más tranquila que en días anteriores.

Como tarea se le pidió que pensara qué otras cosas tiene que hacer para continuar dándose tiempo para ella, permitiéndose expresar sentimientos y considerando que no siempre tiene que ser fuerte.

Técnicas Utilizadas

- A partir esta sesión Silvia comenzó a reportar cambios en su conducta que estaban relacionados con la demanda, de igual manera se pudieron ubicar excepciones de la conducta que reporta como problema
- Pregunta presuposicional para inducir cambios, en el momento en que se indaga sobre los cambios que ya se habían presentado después de la primera sesión.
- Búsqueda y ampliación de excepciones

SESIÓN TRES

Desarrollo de la sesión.

Se pregunta sobre los cambios ocurridos después de la sesión anterior, comenta que ha podido hablar más con su esposo sin necesidad de ser la fuerte, también ha decidido no ser ella quien siempre busque a su familia de origen, ya que anteriormente siempre lo hacía así y optó por esperar a ver si ellos se acercaban y efectivamente ocurrió, esto la hizo sentir mejor, aunque no los vea debido a que todos son de Mérida, también pudo convivir más con su esposo, que también se había percatando de estos cambios eso lo nota a partir de que esta en terapia.

Se realizó la pregunta del milagro, en donde comenta que el milagro sería permitirse recibir de los otros, y entonces se sentiría bien, ella estaría viviendo en Mérida con su familia, su esposo ya estaría jubilado, se sentiría feliz si estuviera con todos allá, pondría un negocio, llevaría una vida más tranquila..

Técnicas Utilizadas

- Se siguió trabajando sobre la ampliación de las excepciones
- Se uso la pregunta del milagro como técnica de proyección al futuro
- Se construyó alrededor de las acciones que se llevarían a cabo el día después del milagro.

Cierre.

En la siguiente cita Silvia no asistió y dejó un recado solicitando que se le hablara por teléfono, en esta llamada comentó que se puso a realizar las cosas que había comentado en el milagro, entre ellas obtuvo un permiso de su trabajo, su esposo pudo adelantar los trámites de su jubilación y ya estaban preparando las cosas para irse a vivir a Mérida con toda su familia, dijo estar mejor en general y ya no sentía la necesidad de estar actuando como la fuerte y ayudando a todos, logró alcanzar varias de los objetivos establecidos en sesión, agradeció mucho el servicio que recibió en psicología, ya que le ayudo a tomar decisiones y se sentía tranquila, con esto se dio por concluido el servicio.

Posteriormente Silvia acudió al servicio de psicología para dejar una carta en la cual agradecía a la terapeuta y al equipo el trabajo realizado en sesión, ya que esto le permitió cambiar en poco tiempo una situación que le afectaba desde hace tiempo, como una muestra de su agradecimiento dejó la dirección de su nueva casa en Mérida y una invitación abierta a todo el equipo para visitarla.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO.

La problemática principal que podemos detectar en este caso es la confusión y tristeza que presenta la señora Silvia, a la cual denomina depresión. La familia se encuentra en la etapa del ciclo de vida con hijos adolescentes, es decir las demandas de tiempo y de actividades de sus hijos se han visto modificadas, están adquiriendo una mayor independencia, cuestionando más las reglas de casa y requiriendo de espacios propios.

El trabajo terapéutico se llevó a cabo bajo el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, el cual en sus inicios surge como un modelo puente, dentro de los modelos posmodernos, a partir de la segunda sesión Silvia fue observando cambios, dejó de hablar del problema y ahora comentaba sobre las cosas nuevas que estaban ocurriendo,

Si bien se tuvieron pocas sesiones, estas fueron suficientes para que Silvia definiera cual era la decisión que debía tomar ella y su familia, esto nos muestra el efecto que puede tener este tipo de modelos breves, facilitó que se lograran ubicar de manera rápida los cambios, marcándolos y construyendo sobre ellos, alcanzando situaciones esperadas y tal como se manejan las premisas de este modelo, los cambios se llevaron a cabo dentro

de un tiempo corto, las situaciones ocurridas no fueron consideradas como una patología, sino como una consecuencia de varias características unidas. Se observó que Silvia contaba con recursos para salir adelante y en las sesiones solamente se fueron descubriendo, por lo que se concluyó en poco tiempo el proceso de manera exitosa.

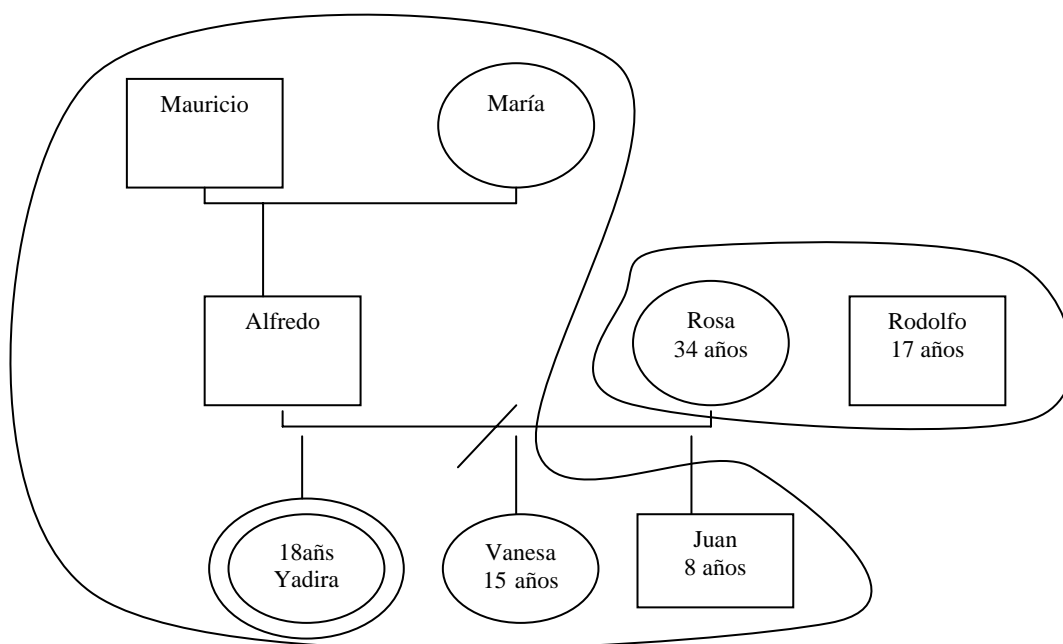
3.1.3 FAMILIA. "B" LA FALTA DE LÍMITES

SEDE: C.C.H Azcapotzalco

MOTIVO DE CONSULTA

El servicio es solicitado por Yadira de 18 años estudiante de CCH quien vive con su papá, sus dos hermanos, sus abuelos paternos y un tío. Comenta que sus padres actualmente están separados y no sabe enfrentar la situación porque se siente chantajeada por su mamá, además de que le es difícil convivir con ella porque tiene una nueva pareja de la edad de Yadira quien en un inicio pretendía a esta última.

FAMILIOGRAMA



SESIÓN UNO

Desarrollo de la sesión

Durante esta sesión Yadira comenta los antecedentes de lo que ha estado ocurriendo en la familia, hace más de un año sus papas se separaron, desde esta fecha su madre le habla por teléfono diciendo que esta enferma del corazón, que se puede morir en cualquier momento, le pide dinero para que la ayude. Yadira no sabe que hacer con esta situación, ya que desearía poder estar cerca de su mamá y apoyarla, pero le duele mucho que continúe con su relación de pareja y le mienta sobre una enfermedad que pareciera amenazar su vida y que no se ha confirmado por los médicos.

Modelo y Técnicas utilizadas

- Se trabajó con el modelo estructural ya que desde esta sesión se observó que el sistema estaba presentando dificultades en la estructura, de manera específica en lo que se refiere a los límites y las jerarquías.
- Se realizó un análisis de la estructura del sistema, donde se detectó a una hija parental que tenía límites difusos, por lo tanto la mamá no ocupaba su lugar en la jerarquía,
- Se realizaron cuestionamientos sobre la organización estructural y la realidad familiar, y los límites en el subsistema parental se mostraban difusos con alteraciones jerárquicas

SESIÓN DOS

Desarrollo de la sesión

Comentó Yadira que su mamá le había hablado por teléfono y le dijo que ya no quería vivir con su pareja, que quería estar cerca de ellos y que le pedía que pudiera buscarle algún departamento para vivir cerca. Se trabajó con los múltiples roles que tiene en su familia, el hecho de que ella tenga que estar actuando por su mamá, por sus hermanos, por su papá, etc. Se trabaja sobre la identificación de jerarquías. Se retoma el cuestionamiento con respecto a la realidad y algunas verdades familiares, ya que se encontraron similitudes entre su historia de vida y la de su mamá, porque a su mamá también la abandonó su madre cuando era chica y pareciera que esto se estaba repitiendo, dentro de esta familia, las madres se alejan de sus hijos abandonándolos. Se trabajo sobre la fijación de límites en constructos cognitivos, por ejemplo al pedirle que pensara en los costos de mantener la relación cercana con su mamá.

Técnicas utilizadas

- Se cuestionó la estructura familiar a través de fronteras y complementariedad para que posteriormente se pudieran establecer de manera adecuada, generando así una distancia sana con respecto a la situación de sus papas y la supuesta enfermedad de su mamá.
- Se cuestionó la realidad de la familia a través de las verdades familiares como por ejemplo se habló sobre cuál es el papel que las madres tiene ante sus hijas en ese sistema.

SESIÓN TRES

Desarrollo de la Sesión

Se investigó sobre los cambios en donde Yadira comenzó a establecer algunos límites con respecto a lo que puede y no puede hacer por su mamá, en la últimas llamadas que recibió donde le pedía dinero, Yadira comentó que no haría eso, que solo podía escucharla y apoyarla. Estos cambios trajeron como consecuencia que la madre se acercara un poco más sin pedir cosas a cambio, es decir sin sobreinvolucrarse con la mamá y sin perder el contacto con ella, ahora debía buscar un nuevo lugar que fuera intermedio y que no produjera dolor. También se logro trabajar con los límites hacia los otros subsistemas, con su padre, con sus hermanos, etc.

Técnicas utilizadas

- Establecimiento de límites claros con los diferentes subsistemas, a través del uso de foco, intensidad; un ejemplo de esto fue cuando Yadira comenzó a convivir con su mamá desde su lugar de hija, sin tratar de resolver sus problemas, lo mismo ocurrió con su papá y hermanos, estos límites permitieron
- Establecimiento de jerarquías funcionales
- Cuestionamiento del síntoma a través del uso de intensidad.

SESIÓN CUATRO

Desarrollo de la Sesión

A lo largo de la sesión se estuvo trabajando en la identificación y señalamiento de lados fuertes de Yadira, con el propósito de afrontar futuras demandas de parte de su familia, especialmente las relacionadas con su mamá, se pudo dar cuenta que era capaz de estar cerca de su mamá sin la necesidad de proporcionar algo material, logro reestablecer sus relaciones con el grupo de pares, incorporándose así a actividades de recreación propias de su edad.

Técnicas utilizadas

- Continuó el trabajo de límites claros
- Búsqueda y uso de lados fuertes como alternativas de interacción con su familia y con el grupo de iguales, entre los lados fuertes se encontró la buena relación que podía llevar con sus compañeros y la facilidad de socializar con estos.
- Se jugaron diferentes roles entre la terapeuta y la paciente ejemplificando situaciones reales.

SESIÓN CINCO

Desarrollo de la Sesión

Al inicio de la sesión Yadira platicó sobre el último incidente en donde la mamá ya se había ido a vivir con una hermana, pero después se salio de esa casa y durante algunos días no supieron de ella, se enteraron que había regresado con su pareja. La señora les comentó a algunos familiares que se había ido porque sus hijas no la querían y ella se sentía bien con su pareja porque la atendía. En la sesión se habló sobre los sentimientos de Yadira ante este acontecimiento y se cuestionó la realidad a través de lo que son las verdades universales, en donde por cultura, en especial la de nuestro país hemos aprendido que las madres anteponen a sus hijos sobre cualquier cosa y por tanto un hijo debe ser leal bajo cualquier circunstancia. El cuestionamiento de esta realidad la llevo a pensar en que quizá no sería posible que su mamá adoptara ese papel de madre que tanto añoró buscando así la posibilidad de que se despida de esa idea de madre que procura a sus hijos, debido a que su mamá no puede proporcionarle eso. Se trabajó la expresión de emociones con respecto a sus creencias y el que su mamá no pueda responder de esa manera.

Técnicas utilizadas

- Cuestionamiento de la realidad a través de los símbolos universales y consejo especializado.

SESIÓN SEIS

Desarrollo de la Sesión

Asistió la madre por primera ocasión, se realizó el encuadre y joining con ella, posteriormente se realizaron preguntas circulares sobre ¿qué es lo que piensa que le preocupa a Yadira?, comenta que le preocupa su salud porque esta enferma del corazón y el doctor le dijo que en cualquier momento le pude dar un infarto, se vuelve a preguntar sobre cómo se sentirá Yadira de ver a su mamá que se desmorona y entonces ella tiene que actuar en su lugar. Con este tipo de pregunta se trabajó la definición de límites y jerarquías. Se pregunta sobre la historia de vida de la señora y comenta que cuando ella era chica su madre los abandonó y hasta la fecha ella no la conoce. Se le pregunta cómo le afectó esto a ella y cómo cree que le este afectando ahora a su hija el que ella este repitiendo la misma historia que su madre, comenta que para ella fue muy difícil porque tuvo que crecer con poco afecto de la gente que estaba a su alrededor, crecer rápidamente para criar a su hija y atender al esposo. Se realiza una analogía de su

historia con la de la hija, quien también ha tenido que crecer para poder cuidar y proteger a su mamá. Se cuestionó la estructura formando una alianza con la mamá para romper las posibles coaliciones entre la madre y la hija, fortaleciendo así la alianza.

Técnicas utilizadas

- Encuadre y joining con la mamá de Yadira
- Definición de límites y jerarquías
- Cuestionamiento de la estructura a través de desequilibramiento con la ayuda de una alianza temporal que se hace con la madre
- Cuestionamiento del síntoma a través de intensidad
- Interacciones provocadas

SESIÓN SIETE

Desarrollo de la Sesión

Asisten Yadira y su mamá, la señora pidió a Yadira el poder entrar sola y preguntó a la terapeuta y al equipo si esto era posible porque se sentía muy incomoda platicando de algunas cosas frente a su hija, no sentía la libertad de hablar bien, esto refleja el avance hacia los límites claros y una jerarquía funcional. Comento que se encontraba viviendo nuevamente con una hermana, pero sentía miedo de llegar a enfermarse algún día y encontrarse sola, por tal motivo le seguía hablando por teléfono a su pareja. Se buscaron y ampliaron soluciones que la apoyaran en la parte física. Se cuestionó el síntoma, donde al parecer el motivo por el cual no se aleja de su pareja es porque teme a estar sola. Posteriormente se trabajaron lados fuertes para apoyar a disminuir la dependencia que tiene hacia las personas

Técnicas utilizadas

- Cuestionamiento del síntoma a través de intensidad con la repetición de mensajes, el cambio de distancia y la resistencia a la presión de la familia.
- Se trabajó con constructos cognitivos orientados hacia los límites.
- Búsqueda de lados fuertes

Cierre.

En la fecha de la cita no se presentó Yadira, así que se le habló por teléfono y comentó que su horario en la escuela había cambiado, por lo que se le dificultaba ir, reporta que en casa las cosas han mejorado, se percibían límites claros y flexibles: en la dinámica familiar, la paciente comenta que existe mejoría en la relación con su mamá debido a que ahora ella ocupa el lugar de hija y no trata de resolver los problemas que no le corresponden, estaba haciendo cosas propias de su edad, como la convivencia con sus amigas, el regreso a la escuela, el establecimiento de límites claros con las personas y en especial con su mamá.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO

La familia se encontraba en etapa de estrés, definido como estrés por transición, debido a la situación del divorcio, a pesar de que ya tenía un año de haber ocurrido aún no se lograban acomodar las situaciones debido a las constantes llegadas y ausencias de la mamá, dificultando que la familia y en especial Yadira llegara a un equilibrio homeostático de acuerdo a sus nuevas demandas.

Al inicio la paciente comentó que desde la ausencia de su madre, era ella quien había estado más pendiente de todas las cosas que ocurren en casa, a pesar de que vive con su papá y en casa de sus abuelos ella se siente responsable de sus hermanos, porque es la mayor, aunado a esto a tenido que estar cumpliendo funciones parentales

con su propia madre, ya que en muchas ocasiones le tiene que dar dinero para los camiones, para las medicinas, para que coma. Esto la hace sentir muy estresada, pero le resultaba muy difícil evitarlo ya que esta ha sido una de las pocas formas de relacionarse con su mamá al no vivir juntas.

De acuerdo a las características de la familia se decidió trabajar con el Modelo Estructural para el establecimiento de límites claros hacia su mamá y su familia en general. Esto fue a lo largo de todo el proceso terapéutico, ya que le resultaba difícil la claridad y definición de los mismos. Con el paso del tiempo logró hablar con su mamá, poniendo límites a las cosas que podía y no podía hacer, dejando de actuar por ella en varias ocasiones, mostrando así una jerarquía funcional, un ejemplo de esto fue cuando su mamá le habló por teléfono para pedirle dinero y le decía que estaba muy enferma y que quizá ya se moriría, como respuesta a esto Yadira le comentó que ya no podría conseguirle más dinero, pero que si quería podía acompañarla al médico y apoyarla; en este caso la madre disminuyó este tipo de llamadas y le pedía dinero a su pareja.

Se dejó la invitación abierta a la madre para asistir a las sesiones y se le indicó la importancia de asistir a un médico especialista para que revisara su problema del corazón, ya que ella lo refería como algo grave pero aun no visitaba a un especialista. La señora no continuó asistiendo a terapia debido a que estaba buscando trabajo, pero las cosas habían mejorado entre ella y sus hijos, Yadira reportó mantenerse al margen de la relación entre su madre y su pareja, ya no buscaba enterarse de lo que ocurría con ellos y se enfocaba más a convivir de una manera diferente platicando de otras cosas, con respecto a sus hermanos Yadira empezó a solicitar a su papá que se hiciera cargo de algunas cosas y ella se dedicó más a su escuela y tratar de convivir con sus amigos, tomando un papel funcional de acuerdo a su edad.

Las últimas dos sesiones no asistió porque ya había concluido sus estudios en el CCH-A, solo tenía que pagar una materia, pero su papá la inscribió a una escuela de computación y estaba buscando un trabajo de medio tiempo, así que se le dificultaba el horario, se realizó un seguimiento vía telefónica al mes y comentó que las cosas seguían mejor, su mamá aun le pedía que hiciera cosas por ella en algunas ocasiones, sin embargo le respondía que no le era posible apoyarla económicamente ni interceder por ella con su papá; los límites claros se mantenían y la jerarquía apuntaba hacia lo funcional, cada quien se encontraba cumpliendo roles y funciones que les correspondían. Se concluye que lograron avances importantes con respecto al motivo por el que solicitó el apoyo.

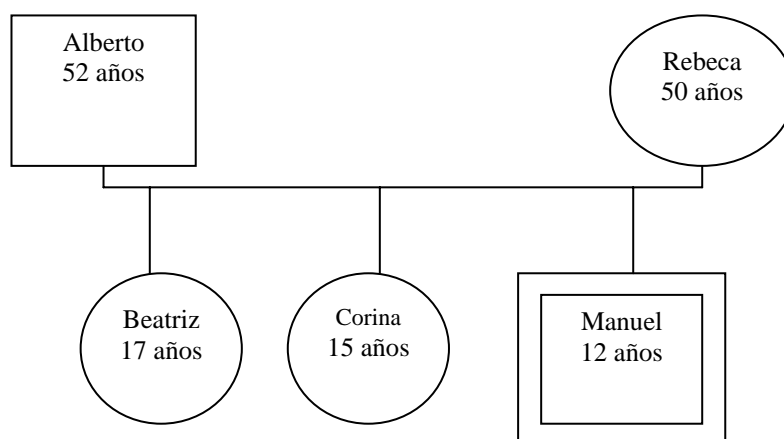
3.1.4 FAMILIA “C” PROBLEMAS DE CONDUCTA SEDE FES IZTACALA

MOTIVO DE CONSULTA.

La señora Rebeca y la psicóloga de la escuela de su hijo, Manuel, reportan que dice mentiras, no cumple con sus cosas, que es muy solitario, anteriormente Manuel se preocupaba mucho porque en una temporada había días en que el padre no llegaba a dormir y preguntaba donde estaba, también trata de que sus papás estén juntos, hace cosas para que se abracen y se besen, cuando esto ocurre él se muestra contento.

La madre habló con su esposo diciéndole que necesita pasar más tiempo con su hijo, el señor intento acompañar a Manuel al fútbol, pero solo ocurrió pocas veces. El papá siente que no es para tanto lo de Manuel, él no esta de acuerdo con ir al psicólogo ya que no cree en ellos, últimamente dijo que “él ya estaba cansado y desanimado, que a él no lo educaron así y no lo atendían tanto”, considera que la mamá es muy consecuente con Manuel.

FAMILIOGRAMA.



SESIÓN UNO

Desarrollo de la Sesión

Se explora el motivo de consulta de la familia a través de la utilización de preguntas lineales y circulares. La señora Rebeca comenta que de dos años a la fecha han ocurrido algunas cosas con Manuel, ha tomado dinero, miente, no le da los recados de la escuela, lo observan ansioso y dice estar muy preocupado por su madre.

Se le pregunta a Manuel sobre el motivo por el que él piensa que asisten, en un inicio dice no saber porqué, pero que va mal en la escuela, y que en casa es desobediente exclusivamente con la mamá, a su papá si lo obedece en todo. Cuando se pregunta por qué existe esa diferencia entre uno y otro dice que es porque su papá es más duro y su mamá más tranquila. Cuando no obedece a su mamá solo se enoja y entonces él obedece. Se hace notar la excepción de que si existen momentos en los que Manuel logra obedecer y ser ordenado.

Se preguntó que diría de lo que pasa, el señor Alberto si hubiera asistido, la señora comenta que hasta hace poco él no consideraba necesario asistir a un psicólogo, actualmente cree que posiblemente podría ser de utilidad.

Modelo y Técnicas utilizadas

- Terapia Breve Centrada en Soluciones. Se inició el trabajo con este modelo ya que después de que comentaron la situación por la que asisten y después de realizar algunas preguntas para elicitación de excepciones, éstas empezaron a aparecer.
- Definición de los objetivos terapéuticos
- Se detectaron algunas excepciones y se marcaron para trabajar después con ellas.

SESIÓN DOS

Desarrollo de la Sesión

Al inicio se realizó el encuadre con el padre que asiste por primera vez, se pregunta su opinión sobre el motivo de asistencia y comenta que su hijo es muy desobediente, no hace las cosas y en la escuela va mal, dice que es flojo, es sucio, no estudia, etc. Se pregunta sobre cómo establecen las reglas y los límites en casa y se provoca una interacción, para percibir cómo lo llevan a cabo, se encuentra que en realidad es el esposo quien pone las reglas descalificando las opiniones de su esposa, en este

momento se realiza una intervención sobre el patrón de la queja ya que el padre se estaba dirigiendo más a decir todas las cosas que no hacía su hijo.

Se preguntó al señor cuales han sido sus soluciones con respecto a esa situación y comenta que han hablado con él sobre lo que hace, por el tipo de infancia que tuvo el papá, considera que al ser ellos los hombres de la casa si el papá no esta es el hijo quien tiene que cuidar de su mamá y de sus hermanas, a pesar de que ellas son mayores.

Se buscaron excepciones sobre la conducta de Manuel, los padres mencionaron que si había momentos en los que obedecía, cuando observaba que se ponían de acuerdo al darle indicaciones; frecuentemente existe una diferencia de opiniones en cuanto al trato hacia Manuel, la señora Rebeca considera que el padre exagera y que es duro con él, situación por la que en muchas ocasiones difieren en las reglas.

Técnicas utilizadas

- Intervención sobre el patrón de queja
- Búsqueda de excepciones
- Marcación y ampliación de la excepción

SESIÓN TRES

Desarrollo de la Sesión

Se pregunta acerca de los cambios que se han presentado, Manuel ha estado obedeciendo más, se muestra más dispuesto, los cambios los ha percibido también su mamá.

Se realizan preguntas de escala con respecto a la obediencia y el cumplimiento de órdenes paternas, indicándoles que pensarán en cada uno de estos aspectos y que otorgaran una calificación entre el 0 hasta el 10, donde 0 significaba lo más bajo que pudiera encontrarse Manuel con respecto a la obediencia y las órdenes, y 10 lo mejor que podría estar, se pidió que pensarán en que número estaba la primera vez que asistieron y en cuál estaría en esa sesión. La pregunta se realizó a los padres y al hijo, la madre contestó que actualmente se estaba en un 3 y antes 0, su esposo otorgó las mismas calificaciones y el hijo comentó que antes estaba en 0 y ahora en 3.5, se refuerzan los cambios y se indica que son muchos para quince días. El padre comenta que falta que estos se mantengan.

Se hacen preguntas encaminadas que Manuel se atribuyera el control de los cambios, sin embargo en este momento aun no podía reconocerse como capaz de los cambios que estaban ocurriendo. Se pregunta a los padres a que se deben los cambios. La señora Rebeca dice que quizá porque ellos han estado tratando de establecer más acuerdos y platicar las cosas que pasan, esto refleja una mejoría en la relación de pareja.

Se deja como tarea a Manuel que piense en otras cosas pudieron haber provocado los cambios positivos.

Se retoma el tema de que Manuel este preocupado por las ausencia de su papá y se descubre un temor al divorcio, ya que en diversas ocasiones el hijo los ha visto peleando y les ha preguntado si van a divorciarse, esto es algo que evidencia los temores y angustias del hijo que posiblemente están reflejándose en su conducta.

Técnicas utilizadas

- Construcción sobre los cambios ya logrados
- Preguntas de escala
- Atribución del control de los cambios presentados
- Ampliar los pequeños cambios.

SESIÓN CUATRO

Desarrollo de la Sesión

Asiste únicamente la señora Rebeca y comenta que su esposo y su hijo vienen en camino, sin embargo no alcanzaron a llegar a la sesión. Ella reporta cambios en Manuel en el área académica, sus calificaciones han aumentado, esta acreditando las materias que había reprobado, es un poco más cooperativo. Siente que ahora es más fácil ayudarlo porque obedece más, trata de negociar. Reporta que también su esposo se ha dado cuenta de cambios.

Anteriormente Rebeca se sentía muy sobrecargada porque hacía las cosas que no hacían los hijos o su esposo, ha evitado continuar con esto, les dice a sus hijos que tienen obligaciones y espera hasta que lo hagan, eso la hace sentir mejor “en la parte operativa”, pero ella quiere que junto con su esposo continúen poniéndose de acuerdo para las reglas y educación de sus hijos.

Rebeca comienza a platicar sobre sus problemas de pareja, cree que su esposo pudiera tener otra relación, porque hay varias conductas que la hacen dudar. La plática se dirige nuevamente hacia las cosas que tengan que ver con la relación como padres y con su hijo y se le pide que en un segundo momento se pueda comentar con su esposo si le interesa abordar el tema, esto se realiza para evitar la triangulación de la información y de la terapeuta. Se le escucha con respeto y se vuelve al tema del motivo original de consulta, la conducta del hijo. Se le invita a que platique con su esposo para evaluar la posibilidad de tomar una terapia de pareja.

Técnicas utilizadas

- Ampliación de la excepción.
- Construcción alrededor de la excepción

SESIÓN CINCO

Desarrollo de la Sesión

Comentan los padres que Manuel nuevamente ha estado desobedeciendo, que de la tarea sobre avanzar en la escala no se observaron muchos cambios, se ha mostrado muy rebelde, se enoja con facilidad y llora cuando se enoja, hace berrinches.

Se dio un giro a la sesión lanzando un reto terapéutico al adolescente, en este se comentó sobre las distintas conductas, donde en algunas ocasiones es un adolescente de 12 años que es su edad y en otras un niño de 3 años que demanda la atención de los padres mediante los berrinches y el llanto, Manuel dice que es porque no lo dejan tranquilo y le exigen mucho, esto se refuerza nuevamente con la idea de que efectivamente es ese adolescente de 12 años el que esta pidiendo libertad y que le permitan tomar sus decisiones, mientras que el niño de 3 años es el que quiere dormir en la cama de sus padres, llora y se enoja cuando se le pide que cumpla con sus responsabilidades.

Se pide a Manuel que defina si desea ser un adolescente de 12 años o un niño chiquito de 3 años, para que entonces sus padres sepan como deberán actuar con él, según su decisión.

Técnicas utilizadas

- Cuestionamiento del síntoma a través de un reto
- Trabajo sobre las excepciones anteriores
- Cuestionamiento sobre la percepción que Manuel tenía con respecto a sus cambios.

SESIÓN SEIS

Desarrollo de la Sesión

Acude por primera vez y por una situación circunstancial su hija Corina, quien al inicio se resiste a entrar a terapia y posteriormente se incorpora.

Se han logrado algunos acuerdos sobre reglas y labores del hogar, pero el hijo hace las cosas sin ganas, la señora considera que en una escala del 1 al 10 Manuel se encuentra en un 6. Se pregunta que cosas diferentes se hicieron, comentan que Manuel la esta obedeciendo y se encuentra que es una especie de negociación de padre a hijo y no de iguales.

Se realiza la pregunta del milagro a cada integrante, y se detallaron las metas que la familia quería alcanzar, observando que parte de esto ya se estaba dando en algunos casos.

En el milagro, el papá tendría la capacidad de poder entender mejor a su familia y a sus hijos para ser mejor padre y mejor esposo, tener mejores canales de comunicación.

La mamá, en un inicio pone el milagro en el cambio de su hijo Manuel, se le pide que lo observe en ella y define que estar ella tranquila, su familia conocería lo que le preocupa, cuales son sus sueños.

Corina dice que sería más tolerante, más paciente, dice que hay algunas cosas que tiene que cambiar pero no las quiere comentar. Manuel expresa que él sería más responsable y obediente. Posteriormente se les pregunta que de esto ya esta pasando y quienes se han dado cuenta.

El papá ya ha estado trabajando para lograr tener más comunicación, los ha tratado de escuchar más; en esto su hija Beatriz y su esposa se han dado cuenta de sus esfuerzos, se le pregunta que tendría que pasar para que el resto de la familia se diera cuenta del cambio y dice que este debe ser más evidente y más tangible.

Rebeca comenta que con su esposo ya ha estado platicando más y se ponen de acuerdo en las reglas para los hijos, ahora sus estilos se complementan para tener un frente común. Ella tendría que ser más consistente en las reglas, permitir que ellos asuman sus responsabilidades en lugar de hacer ella las cosas, con esto evitaría enojarse y entonces podría ser más cercana a ellos y afectuosa. Lo que tendría que hacer para que los otros percibieran este cambio sería en lugar de solo hablarlo llevarlo a cabo.

Corina hace lo que tiene que hacer para estar bien con sus padres, siente que eso no afecta la comunicación con ellos porque si ella esta bien puede hablar con ellos.

Manuel siente que ha hecho cambios siendo un poco más responsable y obediente, ahora tendría que continuar haciendo más de esto.

Se comenta sobre los logros y sus posibilidades actuales, se observa que la familia se encuentra ya muy avanzada en lograr los cambios que esperaban de este milagro.

Técnicas utilizadas

- Preguntas de Escalas
- Pregunta del milagro
- Preguntas de excepciones

SESIÓN SIETE

Desarrollo de la Sesión

El papá de Manuel comenta que se han presentado cambios, sin embargo no han sido constantes, ha buscado convivir más con su hijo y fueron a UNIVERSUM juntos. Considera que posiblemente parte de los cambios que no se han mantenido se deben a que él tampoco ha sido firme en lo que quería cambiar. Se detecta una mayor conciencia del padre sobre su papel en los cambios del hijo

En la escuela Manuel fue condicionado, se indaga en los padres como viven ellos esta situación, la señora Rebeca ha pensado en que necesita dejar todo para ponerle atención a Manuel y que salga adelante, también siente que siguen faltando muchos acuerdos como padres.

El equipo sospecha que existen pocos acuerdos parentales en cuanto al establecimiento de reglas hacia el hijo, por lo que piden a los padres establezcan una regla a Manuel y que se la hagan saber, así como las posibles consecuencias de llevarla o no a cabo. En esta ocasión el padre dice “yo ya la tengo pensada” y con base en eso se pone a platicar con su esposa, acordando que se tienen que sentar a platicar sobre las cosas que debe cambiar el hijo. Algunos de los acuerdos que los padres desean establecer son cosas muy generales como “el compromiso, la responsabilidad, la honestidad”. Se detecta que los acuerdos de los padres exigen metas muy altas y poco claras. Se les pide que planteen metas concretas y claras que pueda observar Manuel y cumplirlas. Se rescatan las metas que señalaron en la pregunta del milagro como apoyo para la tarea.

Técnicas utilizadas

- Trabajo de cambios después del milagro
- Tarea genérica: se hace uso del lenguaje para crear expectativas de cambio en el momento en que se pide que establezcan cosas más claras que puedan ser fácilmente identificadas

SESIÓN OCHO

Desarrollo de la Sesión

Asiste Manuel y la señora Rebeca comentando que su esposo llegara después, sin embargo por cuestiones de trabajo no llegó. Reportan que se han presentado avances en la conducta de Manuel y se indaga sobre los cambios. Rebeca dice que en la escuela ha estado mejorando y en casa se ha vuelto más responsable.

Manuel dice sentirse bien en casa y en la escuela, se pregunta sobre el cómo logró los cambios y dice que tiene pensamientos positivos de creer que si puede hacer las cosas, considera que también su familia le ha ayudado, su mamá le dice que debe hacer las cosas porque tiene que superarse y eso lo ayuda a que se esfuerce, con sus hermanas ya no pelea y prefiere dedicarse a lo suyo y en el caso de su papá aun no detecta alguna forma en que su papá pueda ayudarlo, ya que no percibe cambios en él. Pero en esta ocasión pudo atribuirse cambios a si mismo. A diferencia de él, su mamá si percibe cambios en su esposo, le habla de manera diferente, ya no le grita, no lo humilla, y siente que se llevan mejor, sin embargo Manuel aun no.

Se pregunta sobre la dinámica de la familia, Manuel siente más tranquila a su mamá y con sus hermanas se siente mejor, en general siente una mejoría. Se le pregunta ¿quién cree qué esté actuando en estos momentos el de tres o el de doce años? y responde que es el de doce y que así le gusta más. Lo que refleja el efecto de la intervención anterior, donde se le cuestiona sobre los cambios que presenta.

Posteriormente se trabaja sobre los cambios el día después del milagro. Se ampliaron las reflexiones, se realizaron preguntas de escala. Rebeca comenta que ha estado avanzando en evitar enojarse y hacer corajes, ella misma se ubica en el número 6 de la escala, considerando que antes estaba en el 2. Con Manuel en especial esta permitiendo que él asuma la responsabilidad de sus actos. La madre se siente más libre con sus propios cambios, menos saturada y no le produce culpa porque sabe que sus hijos tienen edad de responsabilizarse por algunas cosas, esto facilita que pueda hacer sus propias actividades y terminarlas. Se le reconocen los avances connotando positivamente su nueva visión.

Se pregunta en la escala a que número le gustaría llegar y Rebeca dice que le gustaría verse mínimo en el 9, pero lo indicado es el 10. Se habla sobre como sería la conducta de cada uno si de verdad estuvieran en el 10 y finalmente concluye que ese no podría ser el ese número ya que implicaría la perfección y esto no es posible en nadie, así que el 9 se vuelve un buen número para llegar.

Manuel comenta que antes se encontraba en el 5 la sesión anterior y ahora esta en el 7, le gustaría llegar a algún otro número que fuera superior a 7, para lo cual necesita continuar y mejorar en las actividades que ahora esta realizando. Se indaga sobre los cambios que lo ayudaron a avanzar en la escala.

Se da a Manuel una felicitación por haber hecho cambios en tan poco tiempo, incluso en la voz que ya no se escucha como de niño.

Técnicas utilizadas

- Preguntas de escala
- Ampliación de los cambios del día después del milagro
- Preguntas de proyección al futuro

SESIÓN NUEVE

Desarrollo de la Sesión

El señor Alberto no pudo asistir por motivos de trabajo.

Se pregunta acerca de los cambios que se han presentado, la señora Rebeca comenta que estos continúan.

Algo que ha facilitado los cambios es que ella ha tenido confianza en que su hijo haga las cosas y esto ha funcionado, para especificar que en general ha estado respondiendo. Manuel coincide en que ha sido más responsable.

Se pregunta a la señora Rebeca los cambios que ha habido en ella y dice que se siente más tranquila, tiene apoyo de su familia y esto la hace sentir bien. Considera que antes se encontraba en una escala de 6 y ahora esta en el 8, este avance se realizó después de que ella pensó en que tenía que cambiar para poder ayudar a los cambios de todos. Manuel dice que actualmente se encuentra en el 8.6, diciendo que puede subir más

La familia comenta que ya se sienten bien y han observado muchos avances, se comienza a recapitular los cambios que han presentado cada uno de ellos y el motivo inicial por el que asistieron, coinciden en que se ha cumplido y la señora comenta que esto es algo que también ha platicado con su esposo, que él también coincide en que han obtenido los cambios que querían, y esto es algo que les toca a ellos mantener. La señora comenta que su esposo no podrá asistir porque debe ir a un curso, así que se llega al acuerdo de siguiente ocasión se hablará por teléfono con ellos para indagar si los

cambios se han mantenido y si se requiere de una sesión más, Manuel siguió actuando como un chico de 12 años y no de 3.

Técnicas utilizadas

- Preguntas de escala
- Ampliación y Mantenimiento de los cambios

Cierre

En esta ocasión se hace la llamada por teléfono, primero con la señora Rebeca, quien comenta que las cosas se han mantenido bien, cada uno está trabajando para cumplir las cosas que les tocan, ella se siente bien, menos estresada y con tiempo para disfrutar a sus hijos en lugar de regañarlos. También ha tenido un poco más de acuerdos con su esposo, en esa misma llamada se habló con Manuel y su papá; el primero comenta que está bien y ya hace caso a lo que sus padres le solicitan.

En cuanto al señor Alberto, dice tener un gran trabajo por delante, ya que no debe regresar a la mala comunicación que tenía antes con su hijo y en general con toda su familia, pero que ahora se siente más seguro, porque el camino que ha tomado para lograr esto le ha estado funcionando.

Se concluye que esta llamada será la última sesión y se acuerda dar de alta a la familia puesto que cada uno de ellos sabe las cosas que tienen que continuar haciendo para mantener los cambios alcanzados.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO

El trabajo se llevó a cabo bajo el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, durante el proceso terapéutico se inició definiendo cuál es el motivo por el que asisten, así como lo esperado del servicio y de los cambios, a pesar de que también se reportaban algunas otras situaciones como las dificultades entre la pareja, la familia definió como motivo de consulta la situación de Manuel, debido a que no estaba cumpliendo con sus obligaciones en la escuela y en la casa.

Durante la primera sesión se trabajó sobre la definición del motivo de consulta de la familia, se realizaron preguntas circulares con relación a cómo influía esto en el resto de la familia y que pensaban los demás sobre la situación.

Se definió trabajar con este modelo debido a que en el discurso de la familia era fácil la búsqueda e identificación de excepciones, cuando se empezaron a encontrar se marcaban y se sondeaba que era lo que había provocado que esta situación fuera diferente, esto ocurría cuando los padres se ponían de acuerdo, cuando el señor no descalificaba las indicaciones de su esposa y cuando ella se mostraba firme en las reglas.

Como parte del proceso terapéutico y de manera congruente con el modelo que se estaba trabajando se realizó la pregunta del milagro, esta fue necesaria debido a que en algún momento de la terapia dieron un giro las demandas de los padres, acusándose uno al otro de la situación y de la falta de interés en la educación de Manuel. En este caso la elaboración de la pregunta del milagro sirvió también para hacer una intervención sobre los patrones de queja. Esto ubicó a la familia hacia sus demandas iniciales, comentando que en realidad les interesaba el que su hijo pudiera ser más responsable, así como el lograr que en la familia hubiera una mejor comunicación para expresar como se sentían y que los padres lograran platicar y hacer acuerdos sobre los aspectos relacionados con la educación.

Durante las dos sesiones posteriores a la pregunta del milagro se trabajó sobre la construcción del día después del milagro, lo que ya estaba ocurriendo, y lo que hacía falta realizar por parte de cada integrante de la familia para lograr que ese milagro se cumpliera en su totalidad.

En diversos momentos de las sesiones se realizó la pregunta de escala, que fue particularmente útil para resaltar los avances, por ejemplo en el caso de Manuel la conducta de desobediencia ante las reglas de los padres fue avanzando de encontrarse al inicio en un 0 hasta llegar a un 8.6 al final del proceso terapéutico y el caso de los padres ellos identificaban que con respecto a los acuerdos que tenían que establecer estaban primero en un 3 de la escala y actualmente podían calificarse con un 8. Después de algunas sesiones los cambios también fueron vistos por los demás integrantes de la familia, incluyendo a Manuel, quien antes no identificaba cómo había logrado llegar a esos cambios y después era capaz de atribuirse los cambios al control de su conducta mencionando las acciones que le habían permitido llegar a donde estaba. Lo que refleja un crecimiento emocional en él.

Con estos avances se da por concluido el proceso terapéutico debido a las mejoras en la familia en general y el reporte verbal de haber alcanzado las metas que se habían establecido.

En conclusión, considero que fue acertado el manejo del modelo TBCS, ya que impidió que la familia siguiera centrándose en el problema sin tener avances significativos, la familia también esperaba que se realizara un trabajo que ellos pudieran ver reflejado su avance de forma rápida.

Las últimas dos familias “D y E” se analizarán en el siguiente apartado, ya que forman parte del tema principal de este trabajo por compartir la característica de tener a un integrante con trastornos de alimentación.

3.2 TERAPIA FAMILIAR Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

3.2.1 DEFINICIÓN

Una persona tiene un trastorno alimentario cuando su cuerpo no recibe los nutrientes que necesita para funcionar adecuadamente, así como para estar sana de acuerdo con su edad, estatura y ritmo de vida. Dichos trastornos son, entre otros, la Anorexia y la Bulimia.

La Anorexia y la Bulimia son padecimientos que, aunque cada vez se mencionan más, no se conocen bien sus características y el peligro que representan para la salud. Las personas con anorexia o bulimia están muy preocupadas por bajar de peso o por no subir. Cuando alguien tiene anorexia deja de comer lo que necesita, pero no por falta de apetito sino porque está muy preocupada por estar delgada y todo el tiempo piensa en cuánto y cómo come: “me comí una manzana en todo el día”. Alguien con bulimia se da un atracón de comida sin disfrutarla y luego se siente mal y culpable por haber comido tanto que hace algo para compensarlo: se provoca el vómito, se pone a hacer ejercicio hasta no poder moverse más, se toman pastillas que han oído que a otros les ayuda a ir al baño o deja de comer algunos días.

Una misma persona puede presentar conductas anoréxicas y bulímicas, si obligan a comer a alguien con anorexia, van a hacer algo para sacarse eso que “los va a engordar” y se va a provocar el vómito o se va a laxar; una persona bulímica puede pasarse varios

días sin comer antes de darse un atracón y luego ponerse a hacer ejercicio sin parar. Esa gran preocupación de la persona por el peso, por no engordar o por estar todavía más delgada hace que pierda el control sobre su alimentación y luego ya no pueda comer aunque quiera. La imagen que tiene de sí misma, de su cuerpo, está distorsionada y no corresponde a la realidad porque por más delgada que esté, cuando se mira en el espejo no puede evitar pensar que esta muy gorda (Dunker y Slade, 1995).

Los trastornos alimentarios son provocados por la combinación de factores psicológicos, familiares y personales, fuertemente influidos por el contexto social. El entorno social define que un hombre debe ser delgado pero musculoso, y que la mujer delgada es bonita, atractiva, aceptada y exitosa. Se ve en las revistas, el cine y la televisión y se vive todos los días en las familias, la escuela y el trabajo. Además, se vende la idea de que todos podemos tener un cuerpo de modelo si hacemos ejercicio, si nos operamos, si compramos determinados productos o si nos ponemos a dieta. Los trastornos alimentarios también ocultan problemas familiares y personales como conflictos afectivos, malas relaciones con los demás, dificultades familiares, experiencias de invalidez o de violencia, temor a crecer, sensación de falta de desarrollo personal, de vacío y de no tener un lugar en el mundo, entre otros. Así, por ejemplo, si los papás de una chica se pelean, ella se encierra en la cocina y se pone a comer para no escuchar la discusión y luego vomita; o bien, otra chica puede creer que su valor sólo depende de el cómo se ve, y si bajó dos kilos y le dicen que se ve flaca siente que tiene éxito. También puede suceder que un chico sienta que sus papás o hermanos no lo dejan hablar, ni decidir por sí mismo, que le faltan al respeto y que no puede tener control sobre lo que ellos responden por él cuando le preguntan algo, pero en cambio, sí hay algo que él puede controlar: lo que come o incluso lo que decide dejar de comer (Duker y Slade, 1995).

Hay señales que se ven a simple vista. La persona anoréxica baja mucho de peso, se ve flaca y desnutrida: tiene la piel reseca y de color grisáceo o amarillento, se le quiebran fácilmente las uñas, se le cae el cabello y siempre tiene frío.



La bulimia es más difícil de notar porque los atracones y las compensaciones de ayuno y vómito se hacen en secreto, a solas y no siempre derivan en una pérdida de peso. Los constantes vómitos provocan pérdida del esmalte en los dientes, que se ven amarillos y a veces aparecen callos en los nudillos de los dedos de las manos.



Es común que las personas con trastornos de alimentación se aíslen socialmente y se pongan de mal humor con facilidad, sobre todo en las horas de comida en las que se ponen muy nerviosas y prefieren hacerlo a solas; se muestran ansiosos, irritables y padecen tristeza o depresión. La preocupación por su imagen y por la delgadez se extiende a su alrededor y preguntan mucho a los demás cómo se ven, se comparan con otras personas y critican mucho a las personas gordas.

Clasificar un fenómeno es por lo general el primer paso para decidir que hacer al respecto, es necesario determinar que tipo de ayuda requiere, por lo general esto se resuelve en la medida en que se define y se distingue si se trata de una enfermedad física o de una acción deliberada, ya que ambas generan una respuesta muy diferente en la persona. Cuando se considera que algo es consecuencia de algún acto de la persona, tiende a haber ideas relacionadas con la responsabilidad personal, y en ocasiones con la culpa; pero si se juzga que algo es una enfermedad física, sale sobrando lo referente a la responsabilidad y culpa. La dificultad con la anorexia nerviosa y con la bulimia es que no encajan propiamente en ninguna de las dos categorías anteriores, más bien son una combinación de ambas, en este sentido son semejantes al alcoholismo y la farmacodependencia. Pertenecerían a una tercera categoría en la cual los actos de la persona han sido en cierto modo restringidos y cada vez lo están más como consecuencia de cambios psicológicos autoinducidos.

La imposibilidad de clasificar la anorexia nerviosa o la bulimia como una enfermedad física o como un acto deliberado rebasa los límites de la teoría, es algo que vive en carne propia la familia de la persona enferma. La mayoría de los progenitores que encaran este problema se sienten atrapados constantemente entre el enojo y la ansiedad. Por una parte pueden disgustarse con los hijos por su negativa a comer o por comer desaforadamente, o bien les asalta el temor de que en realidad estén enfermos, y como de eso ellos no tienen la culpa deben mostrarse más comprensivos (Duker y Sladed, 1995).

La anorexia y la bulimia como principales trastornos de alimentación han tenido muchos intentos de definición entre los que podemos encontrar los siguientes.

Bulimia

La bulimia nerviosa ha sido definida hace no más de diez años como un síndrome con rasgos propios, se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos (Herscovici y Bay, 1990).

Estos episodios periódicos de sobrealimentación descontrolada han sido denominados en lengua sajona como *binge eating* que no tiene una traducción literal, pero se denominará

como *atración*. La presencia de este atración es justamente lo que define a la enfermedad.

La bulimia se divide en dos tipos:

- La **bulimia clásica**. Las personas predominantemente empiezan a tener ingestas de grandes cantidades de alimentos en períodos muy breves y primordialmente compensan a través de autoinducirse el vómito y esto con frecuencia lo acompañan también con laxantes, diuréticos, anorexigénicos que son medicamentos que disminuyen el apetito o anfetaminas y muchas veces también hacen ejercicio.
- La **bulimia no purgativa**. Las personas tratan de compensar la comida excesiva que están ingiriendo a través de hacer ejercicio. Esto siendo también un tipo de bulimia no conlleva el vomitar o el tomar otro tipo de métodos compensatorios.

Anorexia

La anorexia consiste en una pérdida voluntaria de peso por un deseo patológico de adelgazar y un intenso temor a la obesidad, la pérdida de peso es conseguida por la persona enferma mediante uno o más de los siguientes procedimientos:

- Reducción de la alimentación, especialmente de los alimentos que contienen más calorías.
- Ejercicio físico excesivo.
- Utilización de medicamentos reductores del apetito, laxantes o diuréticos.
- Vómitos provocados.

De esta manera, se produce una desnutrición progresiva y trastornos físicos y mentales que pueden ser muy graves e incluso conducir a la muerte (Herscovici y Bay 1990).

Consecuencias físicas

- Una de las consecuencias físicas más frecuentes es la alteración en la frecuencia cardíaca, baja presión sanguínea, dolores de cabeza y disminución de oxígeno en el cerebro.
- Son muy evidentes las fluctuaciones en el peso corporal por episodios de conductas compensatorias, aunque la persona bulímica no presenta una pérdida de peso tan notoria como la persona anoréxica.
- Presentan malestares estomacales o dolor abdominal, así como úlceras o laceraciones en el esófago y gastritis por los ácidos del vómito, que a su vez causan daños en el esmalte dental, así como la hinchazón de las glándulas parótidas y el rompimiento de vasos sanguíneos en los ojos por el esfuerzo de vomitar.
- Pueden presentar intolerancia al frío por la baja de nutrientes como la glucosa, grasas y vitaminas que son vitales para el buen funcionamiento del organismo. Por ello, son frecuentes los desmayos, deshidratación, sensación de fatiga constante, debilidad, mareos, temblores de piernas y brazos, así como la descalcificación de los huesos.
- Debido al desbalance nutricional y déficit de nutrientes, el cuerpo sufre alteraciones hormonales como defensa, por lo que hay ausencia o retraso en el desarrollo de la pubertad y la menstruación, lo cual en un futuro podría ocasionar infertilidad.

Consecuencias psicológicas

- Usualmente se presentan problemas de ansiedad, depresión e impulsividad.
- Desarrollan comportamientos compulsivos como pesar la comida, cortarla en pedazos diminutos o ponerla en envases pequeños. Aunque pueden reconocer que estos pensamientos obsesivos no tienen sentido, que son excesivos y hasta peligrosos no pueden detenerlos a pesar de sus esfuerzos por ignorarlo o suprimir esas ideas y acciones. esto es precisamente la compulsión.
- Es frecuente que se aíslen, se escondan, mientan o eviten situaciones o personas.
- Presentan trastornos en el sueño y en la percepción.
- Tienen una sensación constante de culpa y su autoestima es poco saludable.
- Están irritables, volubles, con sentimientos de inutilidad, vacío, temor a perder control, estrés y pánico a subir de peso.
- En cuanto a las funciones mentales, se ven alteradas la percepción, que se vuelve parcial, como la concentración, la memoria, el aprendizaje y el proceso de comprensión que disminuyen significativamente.

La causa de esa afección aun es un enigma. En la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales, radica probablemente la etiología y los factores de mantenimiento de la bulimia.

Al hablar de trastornos alimentarios, no se sostienen teorías exclusivamente psicológicas, porque sería dejar de lado las pruebas de trastornos psicológicos secundarios como la desnutrición, o la restricción alimentaria.

Actualmente los trastornos alimentarios también son vistos como adicciones sociales. Alonso-Fernández (2001) menciona que estas son un impulso cuya expresión explícita se concreta en un acto de comportamiento que no se puede controlar y que, además se repite a intervalos temporales más o menos espaciados, que originan o se acompañan de trastornos y alteraciones funcionales o somáticas del sujeto que las padece, con una clara repercusión en el contexto o entorno en que desarrolla su vida, siendo muy importantes los efectos sobre la estabilidad familiar y laboral del sujeto activo. Este tipo de adicciones parten de la base de que la conducta adictiva del sujeto esta compuesta por dos secuencias: Una tensión ansiogénica ya expresada y el placer o la sensación agradable cuya cuantificación es ilimitada, estas dos fases convergen en un común denominador que es el alimento adictivo, haciendo que el sujeto adicto pierda su capacidad volitiva.

Gómez y Alonso (2001) resumen este proceso de adicción de la siguiente manera. El hecho de comer, en un inicio parte de la selección de preferencias alimentarias que están dadas por nuestras características genéticas básicas en la percepción gustativa, generando la siguiente dinámica:

- El individuo tiene un impulso apetitivo con un ansia por conseguir un objeto, esta acción se subordina a un deseo.
- Cuando existe una tensión creciente y una ansiedad generalizada aparece una conducta consumatoria que define la adicción.
- Se inicia una fase de recompensa y refuerzo que se liga a la fase anterior, se instaura movilizando mecanismos nerviosos.
- Posteriormente se presenta un sentimiento de culpa y de remordimiento y podría coincidir con un descenso que se da en la liberación de dopamina en el mecanismo de refuerzo.

- Reaparece el impulso adictivo en función del tiempo, a partir de entonces las siguientes fases son la aparición de los efectos nocivos.

3.2.2 LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y SU TRATAMIENTO

La medicina psicosomática se ha movido con frecuencia bajo la insignia de la ambivalencia, una ambivalencia que caracteriza también su objeto de observación: un trastorno que a pesar de expresarse a través del cuerpo, con las manifestaciones somáticas, implica algo más allá que lo biológico.

Al hablar de lo psicosomático se perfila el problema de la composición entre psique y soma. En este caso se debe considerar a ambos como una unidad indivisible. En este sentido el cuerpo se vuelve utensilio que nos permite apoyar, subrayar o incluso contradecir lo que expresamos verbalmente.

Desde este punto de vista la enfermedad psicosomática se producirá cuando exista una ruptura o separación entre el cuerpo y la mente, es decir, cuando el cuerpo esta expresando algo que la mente desconoce (la persona no es consciente de lo que subyace al síntoma psicosomático).

En este caso la labor terapéutica es recomponer la unidad perdida entre los dos, haciendo consciente el malestar y permitiendo que éste se exprese de una forma más adecuada, que posibilite comprenderlo y posteriormente atenderlo, de esta manera se está hablando “el lenguaje del cuerpo” (García, Salvanés, Álamo, 2002).

La exigencia de una visión unitaria de la enfermedad psicosomática requiere la utilización de diversas metodologías que reflejen la complejidad de los fenómenos observados, la participación de los múltiples componentes y la correlación de los mismos.

Dentro de algunas de las formas de abordar los trastornos de la alimentación se han desarrollado diversos tratamientos, entre ellos los siguientes:

- **Enfoque Cognitivo Conductual.**

Fairburn (citado en Garcia, Salvanes, Alamo, 2002) desarrolló un programa de tratamiento dividido en tres etapas, cada una de ocho entrevistas que se realizan dos veces por semana.

1. La primera etapa consiste en que el paciente pueda controlar su ingesta, esto se hace a través de un programa alimentario fijo y técnicas conductuales para que pueda controlar su estrés o contextos de tentación que pueden desencadenar atracones.
2. Se hace una reestructuración cognitiva que consiste en intentar modificar las creencias desajustadas e irracionales que mantienen y refuerzan las conductas dañinas.
3. Se centra en mantener los logros de las etapas anteriores y prevenir las recaídas por medio de la anticipación y preparación para enfrentar esto.

Se toman en cuenta las creencias y pensamientos que tienen con respecto a su peso y forma de cuerpo, por lo que se busca su modificación.

- **Modelo Conductual**

Se desarrolla un tratamiento que se basa en la exposición y prevención, afirmando que si las bulímicas registraran su ingesta no tendrían atracones de comida, ni siquiera comerían cantidades normales de alimentos con alto contenido calórico sino tuvieran la certeza de vomitar después, por lo que vomitar es la conducta reductora de ansiedad y la

que mantiene el atracón y no a la inversa. Basándose en esto llevan a cabo los siguientes pasos:

1. Exponen al paciente al estímulo temido (alimento) en presencia del terapeuta
2. Previenen la respuesta habitual de fuga que es el vómito.

Así al bloquear la posibilidad de vomitar, el paciente se verá forzado enfrentar la ansiedad vinculada con la ingesta y se dará cuenta que las consecuencias temidas no ocurren, controlándose poco a poco sin el recurso de vomitar.

- **Abordaje Grupal**

Este es un trabajo desarrollado en la Universidad de Minnesota, quienes retoman como modelo el tratamiento de Alcohólicos Anónimos centrándose en la conducta de usar la presión grupal y la confrontación para reforzar la abstinencia, parten del supuesto de que los otros problemas serán más fácilmente abordados una vez que se haya corregido el problema alimentario. Otra forma de abordaje es en sesiones de grupo con una duración de dos meses que se van distanciando según el grado de avance. En la primera etapa de la sesión se realizan clases y en la segunda se discuten temas vinculados con el trastorno, el tratamiento, se destacan tres aspectos: 1) mantener un peso estable para regularizar los patrones alimentarios, 2) comer tres comidas balanceadas cada día 3) planear con anticipación las comidas.

- **Enfoque Psicoeducacional**

Sostiene que el tratamiento eficaz debe enfatizar la interdependencia entre aspectos mentales y biológicos de la experiencia, el punto de la recuperación es la comprensión de los factores biológicos y culturales que contribuyen a los patrones alimentarios alterados.

3.2.3 LA TERAPIA SISTÉMICA COMO UNA ALTERNATIVA: CASOS PRÁCTICOS

Para el estudio de lo psicossomático, entendida como aquella patología somática que está condicionada por la existencia de estados emocionales particulares, han sido propuestos numerosos modelos patogenéticos, la mayoría de estos estudios se centran en el fenómeno enfermedad y en las causas que lo provocan, como si fuera posible separarlas del sujeto afectado para someterlas a un análisis detallado. Con el paso del tiempo fue necesaria la transición a otras metodologías que explicaran la multiplicidad de los componentes que están en juego en el fenómeno, estableciendo entre ellos correlaciones circulares y simultaneidades temporales.

La terapia sistémica ha sido un espacio para la inclusión de las historias familiares e individuales; renovando el interés por las motivaciones internas que guían de manera consciente e inconsciente, volviendo a poner en escena al individuo con sus vivencias y sus emociones.

Onnis (1990) ha identificado cuatro fases presentes en la dinámica de familias con pacientes psicossomáticos.

Primera Fase: El estudio de los modelos interactivos.

Esta primera fase ha sido caracterizada por el estudio de las modalidades de interacción de los estilos comunicativos y más aun de la estructura organizativa de las familias con un miembro psicossomático.

En esta fase se habla de sistemas familiares que son muy complicados con una delimitación muy inestable en las fronteras entre las generaciones y los miembros de la familia y con una tendencia inconstante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también psicoemocionales de los individuos.

Además, estos sistemas presentan un grado particularmente bajo de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, impidiendo toda manifestación de desacuerdo y la posibilidad de una definición clara de las relaciones. En estas familias se muestra una falsa imagen de armonía, negando la existencia de cualquier otro problema que no haga referencia al trastorno alimentario, se canalizan todas las tensiones y preocupaciones hacia el síntoma.

Las consecuencias de este tipo de sistemas familiares generan en los individuos vínculos complicados que retrasan los procesos de individuación y autonomía, imposibilitando la expresión de desacuerdos y favoreciendo la persistencia y evolución crónica del trastorno.

Segunda Fase: La influencia de la intervención terapéutica.

Hace referencia a la cronicidad del problema, generalmente esta cronicidad es considerada intrínseca a la naturaleza de la enfermedad, bajo esta interpretación se considera que el terapeuta es alguien externo y extraño a la evolución del trastorno y que su intervención no tiene influencia.

Sin embargo se ha encontrado una correlación no solo entre el síntoma psicossomático y la dinámica familiar, sino también entre estos y el terapeuta. Resulta necesario ampliar el campo de observación, comprendiendo no sólo al paciente y su familia, sino también al terapeuta, poniendo especial atención en la influencia circular que se establece entre la intervención del terapeuta y la posible evolución del trastorno.

Tercera Fase: La exploración de los mitos familiares y de las vivencias individuales.

Se caracteriza por buscar las motivaciones, las intenciones, los significados que los individuos atribuyen a sus comportamientos, se comienza a explorar en un nivel más profundo que las interacciones observables que es definido como el nivel mítico.

Se hace referencia al mito de la "Unidad Familiar", la cual se debe mantener a cualquier precio, se vive con el miedo de que cada manifestación de conflicto o cada movimiento de separación puedan significar una pérdida, en lugar de una transformación evolutiva de los vínculos afectivos. La existencia de este mito en los individuos permite entender la fuerza que tienen los vínculos que unen a la familia y a los sentimientos de culpa respecto a la posibilidad de trasgresión, estas son las lealtades invisibles.

Cuarta Fase: El retorno del pasado y el intento de correlacionar una pluralidad de niveles sistémicos.

En esta última fase se busca dar respuesta al cómo se construyen y cuál es la historia de los mitos mencionados en la fase anterior. Se intenta reconstruir de manera detallada el proceso histórico de las familias con síntomas de trastornos de alimentación. En muchas ocasiones esto nos conduce a las familias de origen, volviéndolo una situación generacional, remitiéndose al pasado que sigue vivo en el presente. De manera repetitiva se ha encontrado que en estas familias han ocurrido acontecimientos pasados que los unen con el tema de la pérdida y la separación. Generándose la hipótesis de que los mitos de la unidad familiar a cualquier costo generan conductas defensivas como los trastornos de la alimentación en donde se busca hacer cualquier cosa que ayude a que el sistema se mantenga unido.

Es así como este enfoque sistémico planea ampliar el foco de atención hacia una orientación metodológica que permite encontrar las conexiones entre los múltiples niveles sistémicos, asumiendo que los trastornos psicosomáticos son el resultado de la correlación de múltiples componentes biológicos, psicoemocionales, relacionales, familiares, pero que cada uno de ellos conserva una propia especificidad y autonomía; por tanto puede requerir de modalidades específicas de intervención.

Las familias que presentan problemas psicosomáticos se caracterizan por presentar dos aspectos: por un lado la detención del proceso evolutivo y por otro lado un malestar que se manifiesta somáticamente, es decir asumiendo la modalidad de comunicación no verbal. Entendiendo entonces, que la dificultad para verbalizar las emociones, no es una consecuencia de una ausencia de emociones, sino una minuciosa selección de estas, para evitar cualquier tensión o conflicto y con ello mantener la aparente armonía del sistema, protegiendo la unidad familiar. Es entonces cuando el lenguaje del síntoma, expresado somáticamente por el paciente no es sólo el lenguaje del cuerpo del paciente, sino el entero cuerpo familiar.

Es por ello que la terapia sistémica ha buscado un lenguaje terapéutico alternativo, utilizando los significados implícitos y metafóricos del cuerpo, se trata de expresar lo no dicho, aquello que habitualmente la familia no rebela de sí misma.

Por otra parte Minuchin y Selvini (citado en Onnis, 1990) hacen un análisis de las características de estructura de las familias, mencionando que a través de las investigaciones se han encontrado cuatro elementos presentes en las familias psicosomáticas.

- **Aglutinamiento:** Los miembros de la familia están muy involucrados recíprocamente se manifiestan tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros, la privacidad y la autonomía son escasas, los límites son débiles y por tanto existe confusión en los roles y funciones.
- **Sobreprotección:** Los miembros pueden mostrar un alto grado de interés recíproco, constantemente tienen respuestas de tipo protector, generalmente la familia se mueve a proteger a quien presenta el síntoma, encubriendo así muchos conflictos familiares, teniendo en la enfermedad una función protectora con la familia.
- **Rigidez:** Es el aspecto que aparece de manera más frecuente en este tipo de dinámicas, la familia se vuelve resistente al cambio, en ocasiones suelen mostrarse como una familia unida, en la que no existe otro problema diferente a la enfermedad del paciente, por lo tanto no hay una necesidad de cambio. Las relaciones con el exterior son escasas y la familia busca la conservación de la propia homeostasis.
- **Evitación del conflicto:** Presentan muy poca tolerancia al conflicto, accionándose así una serie de movimientos para evitar el desacuerdo ocultándolo, en este proceso el paciente juega un papel muy importante dando un motivo diferente en el cual centrar la atención.

Nardone (2004) comenta que pocas formas de patología psicológica parecen tan perturbadoras como los trastornos alimentarios, ya que cuando estos se manifiestan, parecen eventos que van en dirección opuesta a cualquier forma de lógica y sentido común.

El trastorno alimentario más frecuente en sus diversas formas es la bulimia, una patología caracterizada prioritariamente, por la compulsión irrefrenable por comer, debida más que al hambre, al deseo desenfrenado de consumir comida.

Al respecto Nardone (2004) ha identificado algunas tipologías específicas de bulimia, caracterizadas por modalidades repetitivas de percepción y reacción respecto a la comida y al propio cuerpo, este autor puede distinguir la patología bulímica en tres áreas.

- La bulimia boteriana: representados por hombres y mujeres tan gordos que parecen las famosas imágenes de Botero. Estas personas están tan bien adaptadas a su problema, que a menudo llegan a terapia únicamente por un problema de salud. En este caso el trastorno se acompaña de típicas disfunciones orgánicas y psicológicas de la obesidad.
- La bulimia por efecto alcachofa: representada por aquellas personas que al tener un sobre peso y, por tanto no ser lo estéticamente agradables que podrían ser si estuvieran más delgadas, supone una protección para la problemática afectivo relacional que sufren.
- La bulimia yoyó: representada por personas que alternan periodos de dieta en los que pierden muchos kilos, con periodos de alimentación desenfrenada en los que vuelven a ganarlos todos. Es una alteración perpetuante entre control y pérdida de control.

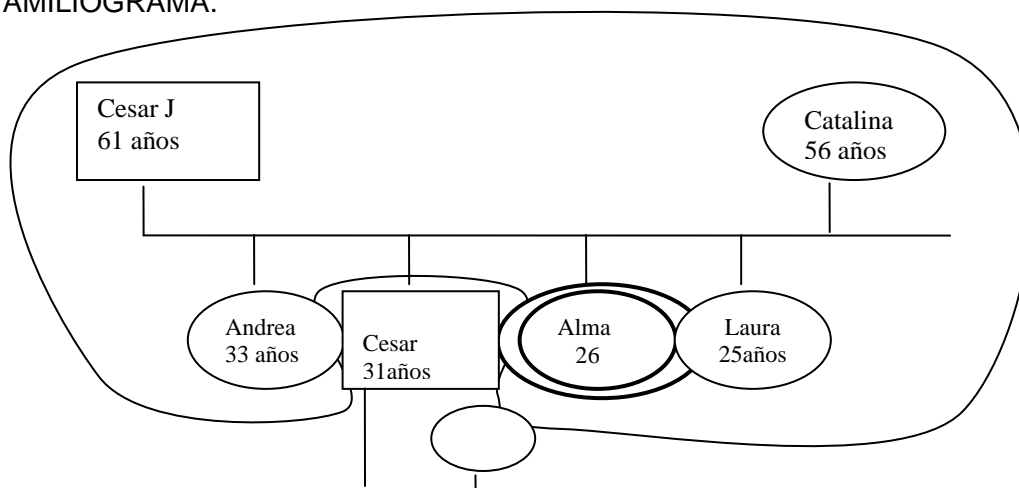
De igual manera siguiendo esta clasificación se tienen tres modalidades de persistencia a los problemas:

- En el primer caso una realidad aceptada que es necesario cambiar.
- En el segundo caso una realidad no aceptada pero que no se consigue cambiar porque se necesitaría resolver antes otros problemas pendientes.
- En el tercer caso una realidad desagradable, combatida con un éxito sólo parcial, seguido de recaídas que llevan a una lucha extenuante.

A continuación se presentan dos casos trabajados durante la residencia y que abordan como temática central los trastornos de alimentación, de igual manera se presenta el análisis teórico-metodológico del desarrollo de los casos.

Caso 1. Familia "D"

FAMILIOGRAMA.



Modelo Estratégico.

Se trata de una chica de 26 años a quien llamaremos Alma, solicita el servicio debido a que hace un año aproximadamente ha reportado periodos de “atracones” de comida, esto le preocupa y la pone ansiosa, en ocasiones se incrementan estos atracones y luego disminuyen, desea saber que es lo que los provoca y como controlarlos.

Para definir si esta persona realmente presentaba trastornos de alimentación se indagó en que consistían sus periodos de atracones, como ejemplo podemos mencionar que un desayuno consistía en cereal y fruta, posteriormente entre el desayuno y la comida ingería varios paquetes de galletas y frituras, a la hora de la comida consumía una porción muy bien servida, pero después de esto se sentía “insatisfecha” y empezaba a buscar que comer, para evitar que su familia se diera cuenta compraba cosas, aproximadamente tres paquetes de galletas, dos o tres bolsas de frituras, varios chocolates, helado, etc. Después de esta ingesta de comida sentía ansiedad por continuar comiendo así que compraba más cosas. Una vez que terminaba de comer se sentía culpable y buscaba tomar medicamentos para bajar de peso. Esta descripción coincide con la definición de Bulimia clásica o purgativa dada anteriormente por Herscovici y Bay (1990). Estos mismos autores mencionan que a pesar de lo difícil que resulta ubicar las causas de estos padecimientos, se ha encontrado que se usa como una forma de control ante cosas que en la vida cotidiana no pueden ser controladas. A este respecto vale la pena hablar sobre la historia y el momento de vida en que se encontraba Alma, la cual fue obtenida en el transcurso de las sesiones.

Sesión uno

Desarrollo de la sesión

Alma estudió la licenciatura en Filosofía y trabajaba en un despacho de abogados ya que en su profesión no obtenía una buena remuneración económica, pero con el tiempo sentía vacía su vida, así que decidió salirse de trabajar y estudiar la carrera de Derecho, fue aproximadamente en estos momentos cuando iniciaron los atracones de comida.

Con respecto a la dinámica familiar Alma comentó que en casa no acostumbran platicar las cosas, motivo por el cual ella tampoco platicaba nada de su vida, sus planes o lo que le ocurría, ni en casa ni a otras personas. Las cosas que se llegaban a platicar en casa eran superficiales y el resto no se decía, esta situación es algo que a Alma le incomoda, pero le era muy difícil cambiarlo ya así la enseñaron desde pequeña. En este momento se realizó un cuestionamiento de la estructura, a través de cuestionar las verdades familiares, se exploró el cómo habrán aprendido sus padres a ser así, de dónde venía esa idea, a lo cual respondió que los dos son de una posición económica baja y que sus abuelos tampoco eran expresivos con ellos, no era común que platicaran las cosas que ocurrían, después de hablar sobre este tema Alma se dio cuenta de que estos podían ser los motivos por los que sus papás las educaron así, ya que era la forma que tenían para relacionarse con los demás, pero también logro darse cuenta que es solo un estilo y que ahora ella tenía la posibilidad de actuar de manera diferente.

En la sesión Alma comentaba que se sentía muy preocupada por haber perdido el trabajo y sentir que no tiene nada, esta situación incrementaba los atracones. Se pregunto quién más estaría también preocupado por la pérdida de trabajo y comentó que aunque no se lo dice verbalmente ella se da cuenta que su papá se preocupa, ya que él considera que sus hijas deben estar preparadas para poder salir adelante sin que dependan de un hombre.

Finalmente Alma comentó que a ella le interesaba terminar con su problema de alimentación y entender por qué estaba pasando esto, así como también el lograr tomar

decisiones en su vida, como por ejemplo poder compartir cosas con su pareja o amigos. Como tarea se le pidió que pensara si existía alguna relación entre la angustia que la ha estado haciendo comer en exceso y la exigencia social de ser exitosa y tener un trabajo bien pagado.

Modelo y Técnicas utilizadas

- Estratégico
- Etapa del planteamiento del problema.
- Definición de los cambios deseados: eliminar el problema de alimentación y algunas modificaciones en la comunicación con los otros.
- Cuestionamiento de la estructura a través de cuestionar verdades familiares: cuando se pregunta sobre el por qué cree que ella, y sus padres tengan ese estilo de comunicación.
- Elaboración de preguntas circulares como ¿quién más en tu familia piensa eso?, ¿qué diría tu papá si escuchara que...?

SESIÓN DOS

Desarrollo de la Sesión

Al inicio de la sesión se pregunta sobre la tarea que se dejó, Alma comentó que efectivamente si encuentra una relación con las exigencias productivas que son de ella y en parte de su papá; recordaba que cuando dejó el trabajo se sentía muy mal porque no veía la existencia de algún proyecto en su vida, eso la hacía comer en exceso, en esta segunda sesión reportó sentirse mejor ahora que estaba analizando la situación, encontrando porque se sentía tan presionada con las decisiones que había tomado y dándose cuenta que la comunicación con la familia no era tan inexistente como ella lo creía, qué quizá pocas veces se expresaban las cosas de manera verbal, se realizaron preguntas circulares sobre que opinarían sus papás y hermanas sobre la comunicación que tenían, quién se daría cuenta primero de su situación, dentro de las respuestas que dio se percato de que sí tenían un lazo afectivo también se pregunto si será que no había comunicación entre ellos, o que esta comunicación se expresaba de otra manera. Detectó que efectivamente la comunicación era diferente pero si existía, esto se demostró en algunos comentarios en los que su mamá aparentemente por coincidencia, había tratado de estar con ella más tiempo en especial en el horario de comida, al reflexionar con estas preguntas se percato que la ansiedad por comer no solo la tenía por sentirse culpable de haber dejado el trabajo, sino también por el tipo de relación que llevaba con su novio, con él tenía 7 años, pero hace poco tiempo inició de manera simultanea otra relación con una persona de su escuela, esto la hace estar mal, porque mentía y entonces comía en exceso, pero después de esto todo era peor, porque se percibía como gorda y se insultaba por no poder controlarse.

Técnicas utilizadas

- Preguntas reflexivas: será que no había comunicación entre la familia o que esta comunicación se expresaba de otra forma
- Preguntas circulares: que opinarían sus papás y hermanas sobre la comunicación que tenían, quién se daría cuenta primero de su situación

SESIÓN TRES

Desarrollo de la Sesión

Comentó que en la última semana nuevamente se sintió ansiosa y tuvo atracones de comida aproximadamente 3 o 4 días, aunque las cantidades de alimento fueron menores. Esto se debió a que su novio se iría a vivir a provincia y aunque ella no estaba de acuerdo no le comentó nada a él por que así lo acostumbraba, para no expresar ante los

demás el cómo se siente. Se encontró que era común que no exprese las cosas que le agradan y le desagradan, es como si metafóricamente se comiera todo aquello que no expresa, como una manera de manifestar lo que no puede ser verbalizado.

El darse cuenta de esta situación representaba un avance, ya que había disminuido la cantidad de comida que ingería, pero si las cosas no salían totalmente como Alma las esperaba o no se daban cambios radicales, ella se preocupaba mucho por esa situación y no lograba ver los cambios pequeños, se preguntó si cada vez que en su vida las cosas no ocurrían como lo esperaba desaparecían todos sus logros haciendo que las cosas se vieran negativas, para esto se uso una metáfora en la que se le decía que cuando se va a preparar un alimento, si alguno de los ingredientes se nos olvida o no se agrega la cantidad correcta, no significa que todo el guisado se estropee, que podía aun ser comido, aunque quizá no supiera tan rico y que para otra ocasión en la que se preparar la comida ya se tendría una experiencia previa, así como también ella hablo de que era aun mas común que se olvidara alguno de los ingredientes cuando se esta preparando un platillo que es nuevo para uno.

Situaciones como la mencionada le generaban ansiedad, la cual reportaba como una sensación de hueco en su vida, buscaba cómo llenarlo y hasta ahora se había llenado con lágrimas, con comida o con personas, se cuestionó si ¿habrá alguna otra forma de sentir esto que no tenga forma de hueco, para que no deba ser llenado?

Técnicas utilizadas

- Se elaboraron preguntas reflexivas: ¿cuándo algo ocurría en su vida o las cosas no salían como ella lo esperaba se borraba todo lo demás positivo ya trabajado?, ¿habrá alguna otra forma de sentir esto que no tenga forma de hueco, para que no deba ser llenado?
- Uso de metáforas sobre la comida y las relaciones.

SESIÓN CUATRO

Desarrollo de la Sesión

Se platicó sobre la relación que tiene con sus parejas, y lo que significaba cada una. Su primer novio, Iván con quien lleva muchos años, representaba estabilidad y un futuro conveniente, mientras que Armando representa inestabilidad pero le emocionaba estar con él, la hacía sentir importante, en este caso le era muy difícil poder decidir que hacer con estas dos relaciones, pero identificaba una necesidad de resolverlo ya que de otra manera le generaba culpa y esto la hacía tener atracones de comida.

A pesar de que aún no resolvía esa situación, en los últimos quince días la presencia de atracones había desaparecido casi totalmente a pesar de que su novio aun se encontraba fuera de la ciudad, anteriormente se hubiera ido a refugiarse en la comida, pero en esta ocasión siguió con sus actividades normales. Este avance fue retomado para indagar que acciones diferentes había realizado, que respuestas había usado, si alguien más se había dado cuenta de este cambio, las respuestas que se obtuvieron fueron breves, ya que en esta etapa a Alma aun le costaba trabajo atribuirse los cambios y ubicarlos como una acción suya, consideraba que era algo inconsciente o que se debía a cosas ligadas a la terapia que no podría realizar de manera individual, para poder atribuirle este control se trabajo a través de resaltar sus competencias a partir de las cuales se logró mantener esa conducta.

Se dio una felicitación por haber logrado encontrar nuevas y mejores opciones para responder a las situaciones no previstas, aunque se le dijo que a pesar de esto, aun era

muy poco el tiempo de los cambios, por lo que era probable que se presentara una recaída.

Con relación a la toma de decisión de pareja se le pidió que piense como se percibiría con uno y con otro si fuera su única relación.

Técnicas utilizadas

- Aliento a la recaída al felicitarla por los avances se le comenta que es probable que vuelva aparecer la conducta de atracones.
- Énfasis en lo positivo se resaltan los aspectos de cambio en la conducta de atracón de comida.
- Atribución del control. Este elemento busca destacar apaciente las cosas buenas que ya ha hecho por si mismo

SESIÓN CINCO

Desarrollo de la Sesión

Con respecto a la tarea, se preguntó sobre las opciones que tenía que pensar de sus parejas, tenía dos opciones, seguir con su primer novio o terminar.

La opción de seguir con él implicaba:

- Dejar a un lado todo y continuar con él tranquila.
- Seguir con los dos pero sintiéndome mal y culpase a cada momento, no estar bien.

La opción de terminar con él implicaba:

- Fortalecer y/o tomar en serio su relación con la segunda pareja, haciendo la relación tan estable como se pueda.
- Terminar con ambas relaciones y estar sola, dándose un tiempo para asentar las cosas y estar abierta a la posibilidad de que llegue otra persona.

Después de realzar este análisis comento que difícilmente se atrevería a hablar con alguno ellos y expresarle como se siente. Se comenta que esta actitud de dejar las cosas sin hablar y no decir nada es similar a lo que pasa en la familia, que las cosas no se hablan, se preguntó ¿qué pasaría si en casa las cosas se hablaran? Alma menciona que en casa todos hacen como que no pasa nada y así quedan las cosas, le cuesta trabajo imaginar que pasaría si se hablaran, pero finalmente comenta que pueden ser dos cosas, por un lado puede ayudar a que ya no haya interpretaciones que en algunos momentos son erróneas, dirían lo que piensan y cambiaría la relación, pero por otro lado puede que hablar las cosas no sirva para nada, que no tenga caso y todo siga igual, esto es uno de los temores por los que en muchas ocasiones no expresa sus sentimientos, o porque piensa que la gente no los considera importantes.

Al parecer esta concepción la tiene ante cualquier persona, ya que lo mismo opina de su novio, se retoma que esta conducta es una forma que ella aprendió para no expresar varias cosas por que “ya no tiene caso”, así pasan cosas y hace como que nada pasó, esto se vea reflejado no en palabras pero si en la ingesta excesiva de comida. Se pregunta ¿al exterior se hace como que no pasa nada y al interior que pasa? Alma menciona que al interior se carga con todas estas emociones, ¿qué pasaría si en lugar de contener eso se permitiera expresarlo?, se da una paradoja, la cual se pide que repita cada vez que sienta ganas de expresar su opinión, la frase es la siguiente “No expresare mi opinión para no arriesgarme, lastima que con eso me niego la posibilidad de convivir más y me sigo comiendo mis palabras” además se pide que haga un listado de las veces en las que se privó de expresar lo que piensa y siente.

Técnicas utilizadas

- Siembra de ideas se realiza cuando se hacen algunos comentarios en los que al mismo tiempo se deja plasmada una idea que puede ser generadora de cambios, sin que esta se de cómo una directiva.
- Preguntas reflexivas. ¿qué pasaría si en casa las cosas se hablaran?, ¿al exterior se hace como que no pasa nada y al interior que pasa?,
- Preguntas estratégicas ¿qué pasaría si en lugar de contener eso se permitiera expresarlo?
- Paradoja, en esta se da un mensaje que en el que se sigue el efecto aparentemente positivo que tiene el no hablar, pero al mismo tiempo se hace ver el costo de esta conducta.

SESIÓN SEIS

Desarrollo de la Sesión

Se revisa la tarea anterior en donde se dio la paradoja, comenta que si pudo mencionar la frase, pero solo en algunas ocasiones y más ante sus parejas, ya que en la escuela y con sus amigos, cuando decía la frase decidía mejor si expresar lo que pensaba, pero con sus parejas aparecían algunas ideas de “mejor ya no hago por..., no digo por..., ya para que”. En general se detecta que existen varios temores alrededor de la comunicación por sentirse rechazada, no correspondida y decide evitar tomar decisiones y así no tener la posibilidad de cometer errores ya que no actúa.

Comenta que nuevamente estuvo comiendo en exceso durante algunos días, a pesar de saber que eso no era correcto y que le haría mal no dejaba de comer, se decía a sí misma “no te puedes abandonar así”, observó que esto ocurría cuando se encontraba frente a alguna de sus parejas y pensaba si decirles la verdad o no.

Se le pide que recuerde los otros momentos en que tuviera un problema que la hiciera sentir mal y comía para evitarlo, platica que efectivamente así pasó desde la primera vez en la que iniciaron estos atracones de comida, en la ocasión en la que se quedó sin trabajo y no estaba estudiando, entonces comía. Se pregunta si ¿será que en lugar de tomar decisiones y resolver las cosas también decide comer?, a lo que responde que en muchos casos si, es como lo evita. Se busca alguna de las últimas situaciones en las que se ha sentido mal, han aparecido atracones de comida y finalmente lo pudo controlar. Dice que una ocasión en la que también había peleado con su novio, se presentó el problema de alimentación, pero después las cosas se resolvían y volvían a tomar su curso.

Se realizó un coro griego en donde se le dice que la mitad del equipo no entendía porque asistía, pensaban que quizás no era posible que cambiara, cada vez que algo pasara ella continuaría comiendo y cayendo no sabía si así de bajo o quizás más, mientras que la otra parte del equipo, junto con la terapeuta no estaban de acuerdo con esa opinión, que eso era parte del proceso que en ocasiones nos hace tener algunas caídas y nos reponemos, pero que de momento la comida traía beneficios aparentes, aunque con un costo muy alto, se reiteró que algunos terapeutas del equipo pensaban que esta situación no iba a cambiar y yo creía que sí, pero por ahora en verdad esta comida estaba teniendo algunos beneficios como el evitar que tome decisiones y se arriesgue, por lo que se decidió que en casa se pusiera un pequeño altar con un plato, en el cual se le agradecerá los beneficios que trae comer en exceso, así que antes de que ingiera comida en exceso se pararía frente al altar y le escriba lo que la comida le va a traer en ese momento con su vida.

Técnicas utilizadas

- Preguntas reflexivas ¿Será que en lugar de tomar decisiones y resolver las cosas también decide comer?
- Coro griego
- Ritual de un altar para la comida en donde de manera paradójica se le ofrece como sacrificio a la comida, las consecuencias de la vida de Alma.

SESIÓN SIETE**Desarrollo de la Sesión**

Se revisa la tarea del ritual a la comida, menciona que solo lo pudo hacer los primeros días y después disminuyó la ingesta de alimento excesivo, pero comentó que le platicó a una amiga sobre la relación con sus dos parejas, después de esto se sintió mejor, pero pensó que la imagen su amiga tenía de ella se había roto, contrario a esto su amiga le comentó que ella tenía la libertad de decidir que hacer con su vida y después le platicó algo muy similar que vivió ella con dos parejas.

Se habló sobre el hecho de mostrarse como alguien con defectos y virtudes y que quizá eso le permite al otro poder hablar de sus propios errores. También había planeado decirle a Iván sobre su problema de alimentación pero aun no podía porque esto significaba evidenciar algo que no puede controlar y que es una falla.

Respecto a su alimentación dice que ha estado tranquila, se le pidió que escribiera una cuartilla de lo que pensaba cuando tenía muchas ganas de comer y posteriormente podría comer, escribir le sirvió para evitar ingerir alimentos en exceso, también estuvo pensando en que herramientas tenía para evitar comer y lograr sentirse bien, entre estas encontró el acercamiento y convivencia con otras personas, la voluntad que le han enseñado a tener en su escuela, el escribir cuando se encuentra ante una crisis y quiere comer mucho, el hacer uso de la paradoja que se le entregó, etc. Se comentó que estas herramientas iban a poder ser usadas cuando ella lo decidiera, porque anteriormente ya las había puesto en práctica.

Técnicas utilizadas

- Atribución del control, en el momento en que ella se da cuenta de las cosas que ha estado haciendo para salir adelante y marca las herramientas con las que cuenta.
- Interrupción del sintoma

SESIÓN OCHO**Desarrollo de la Sesión**

En esta sesión comentó que los atracones de comida, seguían disminuyendo y sólo había comido de más un día a la semana aproximadamente, pero ya nos identifico como atracones porque no se sentía ansiosa ni sentía culpa, además de que la cantidad de comida es mucho menor, así que lo ve como un permiso que se da de comer algunas otras cosas sin que esto se vuelva constante.

SESIÓN NUEVE**Desarrollo de la Sesión**

En esta sesión llegó comentando que las cosas continuaban bien y se sentía bien, empezó a pensar en el momento en que dejara el servicio de psicología, pero tenía

miedo porque no sabía como iba a reaccionar, se planteó una metáfora como cuando alguien usa muletas por un tiempo para ayudarte a caminar y de momento sientes desconfianza de dejarlas, pero finalmente sabes que lo lograras y que si un día te vuelves a lastimar las tendrás guardadas, aunque ahora caminaras con más cuidado, en esta ocasión se percibió que Alma estaba mejor y que se sentía más segura, identificaba las cosas que necesitaba hacer para sentirse mejor, ya se veía una mejoría considerable para preparar su alta, debido a que se había cumplido el objetivo terapéutico definido al inicio, se le sugirió que la próxima cita se tuviera vía telefónica, ya que era preferible no dar cita y ver como se presentaban las cosas a distancia de la terapia pero con seguimiento.

Técnicas utilizadas

- Uso de Metáfora como estrategia para apoyar la terminación del proceso terapéutico.

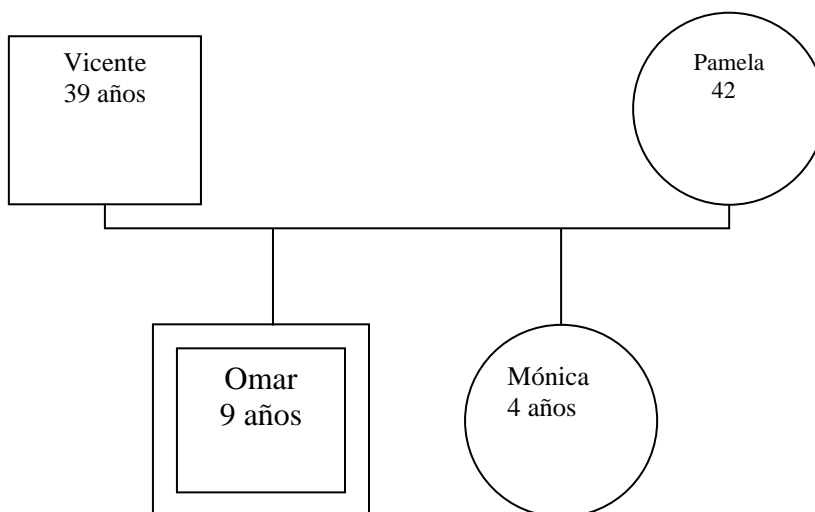
Cierre.

Se dio un seguimiento vía telefónica después de un mes y después en mes y medio, Alma comento que las cosas estaban muy bien y que no se había presentado ninguna recaída, tampoco estaba con seguimiento médico, a partir de la segunda llamada telefónica se definió el alta del servicio ya que se cumplieron los objetivos esperados al inicio que era la eliminación de la conducta de atracones de comida.

Caso 2. Familia "E"

Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas

FAMILIOGRAMA.



MOTIVO DE CONSULTA.

Se trata de un niño de 8 años, los padres del menor solicitan el servicio debido a que Omar come de manera compulsiva y presenta sobrepeso (52 Kg), asistieron primero al servicio médico porque el sobrepeso ya le estaba afectando a su salud y posteriormente fueron canalizados al servicio de psicología.

En este caso se trabajó buscando cual era la secuencia de conductas que se entrelazaban para generar la conducta de ingesta excesiva de alimentación, a diferencia del caso anterior, en este nos centramos en buscar todo aquello que tuviera que ver con el círculo vicioso que generaba el problema, para posteriormente hacer una redefinición del problema y comenzar a buscar las actividades que constituyeran el llamado círculo virtuoso.

SESIÓN UNO

Desarrollo de la Sesión

Detectan que esta situación se inició después de algunas golosinas que le daban de premio ante el cumplimiento de sus obligaciones, posteriormente no pudieron controlar lo que comía. Hubo una vez que le pusieron candados al refrigerador y los rompió, trataban de no tener mucha comida en casa o de esconderla. A partir de esta situación se incrementaron los conflictos en la familia como padres, como pareja y en la relación padre-hijo.

Comentan que cuando Omar no estaba haciendo algo se dedicaba a comer. Esta conducta les preocupó más porque observan que esto se estaba incrementando y comía a escondidas. Hace poco tiempo lo habían llevado al parque y mientras estaba jugando se sintió mal, no podía respirar bien, se puso pálido; en este momento los padres consideraron que el sobrepeso le empezaba a causar problemas de salud.

El padre describe el carácter de su hijo como impulsivo, le llama la atención ofendiéndolo con frases como “eres un cerdo, como puedes estar así de cerdo, ya deja de comer”, como un intento de corregirlo, comenta que cuando se molesta no puede controlarse; a la madre la considera “alcahueta”, porque ella es más tranquila y trata de hablar con él. Desde esta primera sesión se percibe la presencia de conflictos en la pareja y peleas continuas.

Se indaga con Omar su percepción sobre lo que ocurre y comenta que se siente muy mal porque la gente lo ofende y le cuesta trabajo realizar actividades sencillas, sin embargo no logra detener la ingesta de comida.

Después de hablar un poco sobre la dinámica familiar se hace un comentario sobre la semejanza que tiene Omar con ellos, al padre lo imita compartiendo con él la idea de que no se puede controlar y hay que dejarse ir, de igual manera se comporta el padre con respecto a sus impulsos y la agresión, pero como es un niño solo puede dejarse ir en la comida y no controlarse.

Se pregunta a Omar como se siente y que piensa cuando ve discutir a sus papas y dice que le da miedo que se separen, se siente mal y quisiera que no pelearan y no lo regañaran tanto.

Se comenta a los padres que tienen un hijo con una gran nobleza que prefiere sacrificarse él siendo el centro de atención de lo malo en un intento inútil y muy doloroso para distraer a sus papás de sus peleas

Se buscó el círculo vicioso que sostiene al problema ubicando desde cuándo aparece, cómo se da, quienes se preocupan, que hacen, etc. Se redefinió el problema para hacerlo manejable por la familia y se encuadró como “la falta de control”.

De tarea se pide que busquen como pudiera trabajarse con esa “falta de control” para modificarla.

Modelo y Técnicas utilizadas

- Terapia Breve Centrada en Problemas.
- Búsqueda del círculo vicioso para conocer los componentes que mantienen al problema
- Se uso del lenguaje a través de una postura intermedia para la búsqueda de los componentes de la conducta problema.
- Redefiniciones y reencuadres.

SESIÓN DOS

Desarrollo de la Sesión

Se indaga sobre los cambios que se han presentado, comentan que las cosas han mejorando, el papá ha cambiado la forma de hablar con sus hijos y con su esposa y eso produce que la relación sea mejor.

Se redefine el nombre que se había dado al problema y en lugar de “falta de control” pasa a ser “cambio de hábitos”. Se busca que con esta nueva manera de nombrar al problema se haga más fácil su manejo y modificación

Se había estado trabajando con los papás sobre aquellas cosas que realizaban para obligar a Omar a cambiar lo estaba haciendo mantener esa conducta, como resultado de esto el menor comentó que ya había empezado a cambiar sus hábitos que ha cambiado y dice que con la comida se ha controlado, hace caso a su papá sobre no comer tanto y en lugar de esto va y toma agua; a su mamá le pide que en lugar de llevar refresco o agua de sabor le pongan agua simple. Se puede observar como los padres también realizaron cambios en su conducta y en la manera de tratar de evitar el problema.

Una vez que se empezaron a presentar cambios se buscó el círculo virtuoso para saber cuales son los elementos que podían mantener estos avances. Se observaron cambios en los papás, los cuales fueron detectados por Omar. Se provoca una interacción entre él y sus papás para que le haga saber su percepción y sentimientos, comentándoles que se ha dado cuenta de los cambios, que le gritan y lo regañan menos, que ahora tratan de hablar. A su mamá le indica que ella le ayuda a no comer tanto. También les dice que se siente mejor con esto que esta pasando, Mónica, la hermana, comenta que sus papas les ayudan a portarse bien y a trabajar.

Dentro de la sesión la señora abre el tema de las dificultades de pareja, sin embargo no se considero oportuno seguir indagando en esto porque los hijos estaban presentes, por lo que se utilizó una estrategia de desviación para evitar que hablara algo que es solamente de la pareja y se indico que podía trabajarse esta situación en un segundo momento como terapia de pareja.

Técnicas utilizadas

- Búsqueda del círculo virtuoso
- El tiempo necesario, en el momento en que el terapeuta nos e deja presionar por la demanda de la mamá de trabajar con la pareja.
- Redefinición a “cambio de hábitos” para facilitar el cambio de conductas.
- Intervención principal: intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación, en el momento que se modifican las acciones a través de las cuales los padres intentaban hacer que dejara de comer Omar.

Cierre

Esta sesión se llevó a cabo por teléfono debido a que la familia no asistió a su cita, comentaron que la señora Pamela tuvo un pequeño accidente en su trabajo y que no podrían asistir hasta que ella se recuperara.

Se preguntó sobre la conducta alimentaria de Omar, debido a que en la última sesión se habían reportado muchos cambios favorables en toda la familia, el padre comenta que las cosas continúan bien, pues ya no come en exceso, ellos continúan ayudándolo para que no se presente una recaída, ha mejorado la relación con la familia, aunque aun existen algunas dificultades de pareja que les gustaría trabajar en un segundo momento.

Se da de alta a la familia, ya que en el motivo inicial de consulta, el cual era la ingesta excesiva de comida en Omar, se obtuvieron cambios significativos, se sugirió continuar realizando las acciones que les habían funcionado. Se establece como acuerdo que posteriormente los padres volverán a solicitar el servicio de psicología para trabajar la situación relacionada con la pareja y establecer un nuevo contrato.

3.2.4 ANÁLISIS DE LA TEMÁTICA

En el primer caso, se realizó un trabajo terapéutico bajo el modelo de Terapia estratégica propuesto por Jay Haley (1986)

Como algunos de los antecedentes de este tipo de terapia se debe mencionar que es una intervención breve y focal orientada a la extinción de los trastornos presentados por el paciente. Este enfoque es una intervención radical, ya que se centra en la reestructuración de la manera en las que cada uno construye la realidad que luego afronta.

El mayor argumento de su proceder es que el trastorno requiere la ruptura del sistema circular entre el sujeto y realidad, el cual mantiene la situación problemática. Después de esto sigue una modificación de las representaciones del mundo que obligan a la persona a crear respuestas disfuncionales. El método de conducción es diferente al tradicional y en vez de llevar al paciente a una teoría y un lenguaje, se trata de entrar en su lógica y usar su mismo lenguaje y sus mismos modelos de representación del mundo, con el fin de evitar la presencia de resistencias al cambio y prescribir lo que llevará a la persona a experimentar una modificación real y concreta. Esta modificación generará un aumento de la autonomía personal y un incremento de la autoestima, al recuperar la fe en los propios recursos personales (Nardone, 2002).

En este caso se puede observar la importancia del modelo estratégico ante el abordaje de un trastorno de alimentación, debido a que la generación de diferentes estrategias ideadas para el caso facilita que se pueda ir trabajando a través de metáforas, preguntas y rituales todos aquellos mitos y temores que se presentan en este tipo de problemática como lo es el miedo a la separación o el abandono. Con Alma se trabajó usando algunos rituales similares a los que se han usado en otro tipo de casos en donde se hace que la persona busque hacer lo que está haciendo (la conducta bulímica) de mejor manera.

Desde el punto de vista de Minuchin (citado en Onnis, 1990) el sistema familiar de Alma posee una estructura rígida, en la cual es difícil que se lleven a cabo cambios de manera fluida, ya que tienden a conservar la homeostasis a pesar de las implicaciones que se puedan presentar, también es común que este tipo de familias tengan poca comunicación entre ellos y hacia el exterior. Esto ocurría con Alma, quien difícilmente lograba

comunicar cosas importantes al resto de la gente incluso a su familia y era entonces cuando su cuerpo buscaba hablar por ella, esta característica es común en las familias de este tipo de pacientes y es un rasgo que se liga con el apartado que más adelante se describe sobre la ausencia de voz.

Otra característica que presenta esta familia es la poca tolerancia a los conflictos, por lo que tiende a evitarlos. De esta manera mientras menos comunicación tenga con respecto a lo que ocurre, mayor negación de los conflictos se presenta. Alma buscaba evitar los conflictos y la toma de decisiones y cuando ya no era posible, se presentaban atracones de comida más fuertes como una forma de respuesta a estas dificultades y ante la imposibilidad de expresarlos. A lo largo de las sesiones se fue trabajando para que pudiera identificar en ella los recursos necesarios para resolver las cosas de manera eficiente, se trabajó con un lenguaje alternativo para la expresión de sentimientos y pensamientos, como el caso de la escritura que le ayudaba a evitarlos atracones de comida, de esta forma no tendría restricción para comer, pero si debía cumplir un requisito antes de hacerlo, esta fue una estrategia que de intervención sobre el síntoma. De manera similar Nardone (2002) trabajaba este tipo de estrategias en combinación con algunos rituales.

Finalmente en la clasificación que hace Nardone (2004) Alma estaría catalogada dentro de la bulimia yoyó en donde se observa claramente a través de las sesiones la persistencia al problema a través de recaídas constantes, en una lucha constante que finalmente logra eliminarse y mantenerse estable.

En el segundo caso, que hace referencia a Omar se uso la terapia breve centrada en problemas, esta es otra forma eficaz de poder abordar los trastornos de alimentación, ya que en ella se pueden detectar de manera rápida cuales son las características del sistema que están influyendo en el mantenimiento de la conducta. Esto se logra a través de la identificación del círculo vicioso como ocurrió en el presente caso, a través de la identificación de estas conductas se pudo observar que nos encontrábamos ante una familia con falta de límites y evitadora de conflictos y estos fueron los puntos que se trabajaron a través de la terapia breve. De manera rápida se lograron cambios en la familia.

Nardone (2002) menciona que lo que constituye una patología y la mantiene es precisamente todo lo que las personas intentan hacer para resolverla, una tentativa de solución que no funciona, si es reiterada, no sólo no resuelve el problema, sino que lo complica, hasta llevarlo a un círculo vicioso dentro del cual lo que se hace para cambiar alimenta la persistencia de lo que debería ser cambiado.

En cuanto a la familia de Omar se pueden identificar características relacionadas con una familia sobreprotectora, lo cual sirve también para desviar la problemática de pareja en la que se encuentran los padres, debido a que la atención se centra totalmente en el síntoma y esto favorece la no resolución del conflicto que se este presentando. Por tanto presenta también características de una familia evitadora de conflictos, en donde se trata de aparentar que nada ocurre, nada que no este relacionado con el trastorno de alimentación.

En este caso era evidente que los padres triangulaban al hijo para manifestar a través de él, los conflictos que tenían como pareja. Pero ante la imposibilidad de que las cosas sean habladas, debido a la poca tolerancia a los conflictos, la única forma en la que estos pueden ser manifestados es a través del cuerpo, es por eso que se ha hecho referencia a la metáfora de "La Palabra del Cuerpo".

El caso de Omar presenta una gran semejanza con el que muestra Onnis (1990) donde describe a una familia ubicada en la misma etapa del ciclo vital, es decir hijos en edad escolar, en la que su estructura presenta límites difusos; a pesar de tener una clara consciencia de varias cosas que se debían prohibir a los hijos en cuanto a los hábitos alimentarios, no se hacían respetar los límites y finalmente los hijos terminaban decidiendo con respecto a la ingesta de comida, la cual se solapaba por parte de los padres, en especial de la madre. En el caso que nos muestra este autor, se detecta que de igual manera existen problemas conyugales que no eran expresados ni reconocidos, en ambos casos los hijos que presentan el trastorno de alimentación toman el papel de mediadores, sirviendo como un nexo de comunicación entre los padres.

Omar es identificado dentro de la clasificación de Nardone (2004) con bulimia boteriana y él es remitido a terapia sólo a partir de que empieza a tener complicaciones físicas a causa de su obesidad, antes de este síntoma la familia se estaba acostumbrando a esa situación, parte del trabajo se realizó en el cambio de esta visión que se identificaba como cotidiana en el menor.

Algunas características comunes a los dos casos fueron las siguientes:

Una pantalla a los conflictos

En algunos casos se ha observado que este tipo de trastornos se presentan cuando dentro del sistema familiar existen conflictos y estos no son reconocidos, de esta manera sirve como un distractor a estos problemas, sirven como una pantalla de protección ante confrontaciones directas demasiado arriesgadas. Esta característica se presentaba en ambos casos, en donde con estilos diferentes cada uno buscaba la manera de no tener problemas, ya que eso era algo que generaba mucha angustia. En el caso de Omar el síntoma les servía para ayudar a que no se reconocieran los conflictos entre sus papás, centrando la atención en él.

Por lo que respecta a Alma, aparecía como una manera de manifestar su temor al abandono cuando tenía que tomar decisiones o cuando algo no salía bien, era en estas ocasiones en las que se presentaban con mayor frecuencia los atracones de comida, centrándose así totalmente en lo que le ocurría y en la culpa que venía después y dejando de lado la situación que se había presentado en un inicio, de esta manera se evitaba también el tener que actuar para dar una solución.

La ausencia de voz

Esto se presenta en las familias en las que el mutismo y la depresión son manifestaciones constantes en sus integrantes, en ocasiones alguien toma la voz del paciente, o en otros momentos se evitan las confrontaciones de riesgo.

Esta falta de individuación, hace que el paciente reemplace las situaciones anteriores con un síntoma como puede ser la anorexia o la bulimia, porque es la comida la única área de autonomía que le queda, cuando en la familia no se permite otro espacio. Al mismo tiempo esta conducta hace que se encierren en una prisión de enfermedad, colocándose en medio de las situaciones de conflicto, que generalmente son entre los padres, librándolos del problema de encontrar voz para afrontar directamente sus dificultades. Así el círculo vicioso tiende a perpetuarse en torno a la enfermedad.

Esta característica también puede observarse en las dos familias, en Alma el mutismo aparecía como un rasgo que se presentaba desde sus abuelos, ya que en esas familias estaban acostumbrados a no hablar, en especial las cosas que eran importantes, los problemas, las decisiones, etc.

En Omar existía también un mutismo que lo mantenía atrapado entre sus padres, debido a que a pesar de que verbalmente no lo decían se sabía que existían conflictos de pareja, así que todo aquello que no se expresaba verbalmente tanto Alma como Omar lo hacían a través de cuerpo. Metafóricamente hablando era su cuerpo el que hablaba por ellos, en especial en los momentos en que había riesgo de mayores dificultades.

En el caso de Omar y retomando a Onnis (1990) se observa al menor en una posición difícil ya que están en medio de los padres y esa es una posición estructural disfuncional, ya que su ubicación natural sería en el subsistema de los hermanos; a través de este lugar ayuda a no afrontar las dificultades en la comunicación directa de la díada parental, transformándose así en una triada y estabilizando como síntoma al trastorno de la alimentación de manera rígida. En estos casos se observa un bloqueo de comunicación entre los padres, utilizando al paciente como canal de comunicación, evitando definir la relación de la pareja.

En Alma se detecta como característica en común el miedo al conflicto, donde la aparición de cualquier tensión, la exteriorización de cualquier desacuerdo o la amenaza de una discusión son consideradas como una amenaza a la separación o la pérdida, es entonces cuando surge el mito de custodiar la unión a cualquier precio. En este caso el síntoma sirve para evitar los conflictos.

Conclusiones

El síntoma adquiere también un significado metafórico ya que se conecta a algo que debe ser comunicado y que no se puede hacer más que a través del cuerpo. Es entonces cuando el cuerpo habla expresando no solo la historia del individuo, sino las interacciones en las que participa en el presente, habla de una realidad familiar, haciendo una integración entre el paciente y su contexto relacional y confirmando la importancia de un contexto relacional y un enfoque sistémico.

En los casos analizados se puede observar claramente que existen características que comparten este tipo de familias, esto también podría extenderse a otro tipo de enfermedades psicosomáticas, en las que lo emocional juega un papel fundamental.

La estrategia para abortar estos casos, terapéuticamente hablando, varía dependiendo de las características de las familias y aunque si bien no considero que exista solo un modelo para su solución, si debe ser un modelo sistémico, debido a que es a través de este que no se corre el riesgo de minimizar lo que ocurre a un simple síntoma biológico, es a través de esta mirada circular que hemos podido encontrar como se conecta este síntoma con el resto del sistema y entonces puede ser abordado en toda su extensión.

A este respecto Stierlin (1990) mencionan que algunas familias como las de este caso presentan muchas características en común, como el hecho de encontrarse en sistemas sumamente cerrados que bloquean la coindividuación y coevolución de todos los miembros de la familia; en casos tanto de anorexia como de bulimia se observan factores sustentados mutuamente y que refuerzan los vínculos familiares, la existencia de creencias familiares ligadas al autocontrol, la abnegación, la justicia, la evitación de conflictos y la sobreprotección. También se hace hincapié en la importancia y realización de logros personales y en la aparición de pensamientos polarizados, esto podría significar que uno controla el propio cuerpo o es controlado por él, o se alcanzan logros excepcionales o se es un don nadie fracasado.

Los dos casos que se manejan en este trabajo se abordaron desde modelos estratégicos, el modelo de Haley y el modelo de terapia centrada en problemas, ambos derivados de los modelos Ericksonianos y adecuados para evitar el incremento de los trastornos que se presentan. Ya lo mencionaba Onnis (1990) cuando hablaba de la influencia de la

intervención terapéutica, en donde las acciones de intervención que se lleven a cabo pueden contribuir a volver crónico el trastorno si no se toma en cuenta la manera en la que el terapeuta se esta relacionando con el sistema.

3.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

Interacción con la presencia de dos equipos de terapeutas

Los equipos de terapeutas están organizados por cinco personas, mientras que el resto del grupo trabaja en las otras sedes, cuando inicia el primer semestre de la residencia, el grupo es dividido en dos equipos, para integrarnos como observadores, así cada alumno tiene la posibilidad de estar en todas las sedes y bajo la supervisión de las diferentes maestras a lo largo de la residencia.

En un inicio el saber que se trabajaba con equipo terapéutico despertó muchas incógnitas en mí, como ¿qué pasa con los usuarios cuando asisten al servicio psicológico y al llegar se encuentran con todo un grupo de terapeutas que estarán al pendiente de su caso y no con uno solo?, tenía la hipótesis de que la gente no se sentiría cómoda, que se vería inhibida, que no sería fácil que aceptaran. Por otro lado en el papel de terapeuta tenía curiosidad por experimentar eso y pensaba ¿Cómo es estar ahí adentro y viendo la intervención de algún compañero? Suponía que académicamente tenía muchas ventajas ya que era una forma de enriquecer el aprendizaje, de compartir diferentes puntos de vista no sobre el caso de un libro, sino de una familia la cual estaba frente a nosotros.

En cuanto a mi participación como observadora en el equipo terapéutico pensé que se concretaría únicamente a ver lo que ocurría y las intervenciones que realizarían los compañeros del otro equipo, quienes ya tenían familias a su cargo, debido a que ellos ya manejaban el modelo teórico con el cual trabajaban. Sin embargo esto ocurrió solo algunas ocasiones ya que con el paso del tiempo las supervisoras y el mismo equipo de compañeros nos permitían y solicitaban las intervenciones, quizás también se debía a que la mayoría de los integrantes de mi grupo ya teníamos alguna experiencia en terapia.

En alguna ocasión el equipo de compañeros del semestre superior, comentó como habían vivenciado el que trabajáramos dos equipos, expresando que para ellos también era algo diferente ya que en las otras sedes se tiene una forma distinta de trabajo y además nunca habían tenido observadores, eso era algo que les generaba ansiedad, pero siento que ayudo mucho el que los dos equipos hayamos trabajado con respeto, así no se volvió amenazante, sino un respaldo.

Otra característica de la forma de trabajo que viví por primera ocasión cuando estábamos con dos equipos de terapeutas, fue el poder contar con pre-sesiones y post-sesiones las cuales creo que sirven para dar a conocer características sobre el caso y ayudan al terapeuta a aclarar las directrices que va a seguir, lo trabajado anteriormente y los objetivos que se tienen a futuro, en cuanto a la post-sesión es la retroalimentación por parte de todo el equipo sobre el caso y sobre la persona del terapeuta, siento que quizá faltó que se trabajara un poco más con este último punto ya que estamos en un proceso de aprendizaje y es importante conocer tanto nuestros puntos fuertes como débiles para poder hacer uso de ellos o modificarlos según se necesite en el trabajo terapéutico.

El haber participado como observadora me hizo vivir lo que teóricamente sabía sobre la cibernética de segundo orden y como es que el terapeuta se incluye en el sistema de la familia formando uno nuevo e interviniendo desde el primer contacto, en mi caso cuando solo era observadora, observaba que las familias que asistían nos incluían

en sus comentarios, siempre tenían presente que estábamos ahí y no les parecía negativo, al contrario tomaban mucho en cuenta la opinión que tuviera el equipo, además de la del terapeuta encargado, al término de las sesiones terminaban despidiéndose también del equipo aunque no nos conocieran físicamente.

En el primer semestre al estar participando con el equipo terapéutico y las supervisoras, aprendí también sobre algunos modelos teóricos que no había revisado, aprendí una forma diferente de hacer terapia con una visión integradora y además rompí con muchos mitos que tenía sobre la terapia como el de mostrarse ante el paciente con una postura siempre distante, que sí es posible que la familia trabaje en presencia del equipo y que esto no tiene porque tratarse como algo malo o escondido, creo que esto me llevo a una transición de una epistemología lineal a una recurrente y modificó mi visión acerca de la terapia y del papel como terapeuta.

Una segunda etapa del sistema terapéutico con dos equipos fue cuando ahora mi grupo y yo nos encontrábamos como terapeutas y había un segundo equipo que nos observaría, en el tercer semestre. Al inicio existía incertidumbre y nerviosismo, incluso temores, ahora que me encontré como terapeuta y existía un equipo de observadores sentí nuevamente ese nerviosismo al saber que estaría con personas nuevas que observarían mi trabajo y con supervisoras que manejan un estilo diferente.

Interacción del terapeuta con el equipo

La visión del sistema terapéutico a lo largo del segundo semestre fue completamente diferente, ya que ahora me encontraba dentro del equipo de terapeutas y no solamente de observadores. El ser ahora responsable del proceso terapéutico de una familia me coloca en una posición de una doble responsabilidad, ahora se tiene que responder a las demandas del tratamiento y al mismo tiempo se forma parte del equipo terapéutico que se encuentra detrás del espejo y debemos dar apoyo a nuestros compañeros en los demás casos.

Cuando participaba sólo como observadora del resto de los terapeutas me parecía una labor difícil el lograr mantener una secuencia entre tres discursos diferentes dentro de la sesión, uno era el discurso del paciente, el discurso del equipo que se encuentra apoyando detrás del espejo y el discurso propio, los tres deben ser conectados hacia un objetivo, el lograr las metas terapéuticas. Ahora que estaba frente a la familia en realidad pude vivenciar esta situación, en un inicio sobre todo sí me resultó complicado poder llevar estos tres discursos de los que hablo, sobre todo cuando se ha tenido durante mucho tiempo una formación diferente en donde solo se atiende al discurso propio y al del paciente, pero además de esto algo que también me resultó complejo es el cambio de pensamiento que se tiene que realizar, acostumbrarme a tener una visión sistémica y amplia de la situación, aunque en esta sede el paciente que atendí acudió sin su familia pero la visión de las intervenciones debe seguir siendo sistémica y traer a terapia a la familia aunque en realidad no este presente. Creo que este fue uno de mis mayores retos como terapeuta en formación, el lograr manejar en todos los casos esta visión de sistemas aun teniendo sólo a una persona.

En cuanto al equipo terapéutico, en especial en el último semestre, continué apoyando las sesiones, funcionando como otra mirada de lo que ocurría y dando retroalimentación de la aplicación de conocimientos teóricos y de la persona del terapeuta.

Fue también en este semestre donde al equipo terapéutico se le permitió mayor libertad de organizarse y de elaborar los mensajes y las intervenciones hacia las familias sin necesidad de depender de la supervisión. Este fue un ejercicio que al inicio resultó

difícil, ya que se requería dar un orden al discurso de cada integrante del equipo y emitir un mensaje que incluyera la opinión de todos y que fuera funcional para la familia. Sin embargo también fue muy gratificante observar el crecimiento que fuimos teniendo como equipo, en las últimas sesiones nos resultaba fácil estructurar las intervenciones tomando en cuenta a todo el equipo, al terapeuta, la familia y la supervisión.

Me sentí muy a gusto con la forma en la que se desarrolló el sistema terapéutico en su totalidad, fue notorio el cambio que se presentó en la supervisión, el pasar de sistemas en los que el terapeuta y el equipo eran dirigidos por la supervisora, a una asesoría más a distancia.

Interacción entre los integrantes del equipo

Una de las funciones importantes del equipo terapéutico es evitar que en las sesiones se sigan líneas de trabajo no terapéuticas o no éticas por estar más relacionadas con las necesidades del terapeuta y no de la familia, sin embargo, cuando no se toma en cuenta la retroalimentación del equipo terapéutico este se encuentra ante la imposibilidad de proporcionar ayuda. Existen dos partes fundamentales en el trabajo en equipo que se realiza en las sedes, la voz del equipo y los oídos del terapeuta, cuando uno de estos elementos está cerrado se pierde la función que tiene el modelo de trabajo con equipo terapéutico, ya que se vuelve como un trabajo de forma individual.

En algunas situaciones observe que se cerraban los oídos de algunos terapeutas y con esto se anulaba la voz del equipo, afectando tres líneas principales; la del equipo ante la imposibilidad de mostrar lo que está mirando atrás del espejo, la del terapeuta que no puede ampliar su visión y retomar aspectos importantes que se pasan por alto y la de los pacientes que no tienen la oportunidad de vivenciar el proceso terapéutico de la mejor manera.

Considero que es responsabilidad de los terapeutas y de los supervisores el aprender a observar y diferenciar los distintos momentos de las familias. Cuando un terapeuta está más pendiente de sus objetivos de trabajo que de lo que pasa en sesión, se sesga la visión y se trata de llevar las sesiones a metas personales diferentes a las necesidades de la familia y a sus tiempos de cambio. Pienso que esto es poco ético y anti-terapéutico, ya que sería como considerar que la familia debe adaptarse al terapeuta.

Otro de los aprendizajes obtenidos en el último semestre con el sistema de equipo-terapeuta-supervisor, fue la visión diferente sobre la retroalimentación a la persona del terapeuta, a pesar de que en semestres anteriores ya se había realizado algún trabajo sobre este tema, no lo había sentido tan ligado al desempeño dentro de la terapia. En este semestre la retroalimentación era inmediata y no sólo de la supervisora sino también por parte del equipo. En muchas de las ocasiones las supervisoras, fomentaban que fuera el equipo quien elaborara las observaciones de la post sesión enfocadas al desempeño y la persona del terapeuta. Esto nos enseñó el poder realizar críticas constructivas indicando aspectos positivos y negativos de nuestra ejecución como terapeutas, siempre se promovió que esto se realizara bajo un ambiente de respeto y aprendimos a obtener de estos comentarios lo que pudiera ayudarnos a mejorar.

Interacción del equipo con el sistema de supervisión

Una de las cosas importantes de la supervisión fue que las supervisoras podían estar hablando al terapeuta por teléfono para marcar algunas directrices o realizar algunas intervenciones que eran importantes en este momento, al inicio pensé que esto podría ser algo amenazante para los terapeutas quizá como si se les coartara la libertad de poder trabajar, pero con el paso del tiempo me fui dando cuenta que las

intervenciones que realizaban las supervisoras eran oportunas y que estas lejos de incomodarme, me hacían sentir acompañado.

Considero que es importante que se sea flexible la supervisión que se realiza para permitir la incorporación de nuestros comentarios no sólo por parte de nuestros compañeros, sino también de las supervisoras, ya que en la práctica han surgido varias dudas sobre ¿qué ocurre cuando la visión del equipo respecto a un caso es diferente a la de la supervisora? ¿Continúa teniendo voz el equipo? ¿Qué pasa si la mayoría del equipo ve algo que considera importante y esto no es compartido por la supervisora? Creo que hay tantas interpretaciones de las cosas como gente que las está viendo y eso es muy bueno porque es diversidad, pero ¿cómo saber cuál de éstas vale, con cuál nos quedamos y cuáles no importan? si es que realmente algunas valen más que otras y si es así ¿cómo o quién define esto? Ante estas situaciones considero que sería bueno tomar en cuenta la flexibilidad que se pueda tener en la supervisión, y que esta pudiera ser reconocida por todos los terapeutas en formación y las supervisoras. Esto podría generar un ambiente de mayor certidumbre y confianza para el desarrollo de las competencias y para poder hablar de lo que se observa en terapia, en realidad creo que esto es algo que sí pasa en la supervisión, pero no en todos los casos.

Interacción del terapeuta con el sistema de supervisión

A lo largo de este cuarto semestre las vivencias relacionadas con el sistema terapéutico total fueron muy enriquecedoras. Durante los primeros semestres, el sistema terapéutico lo viví como un respaldo que siempre nos acompañaba en las sesiones y apoyaba el seguimiento de los casos, este sistema aportaba gran información sobre el proceso que seguían los casos y nuestra intervención en ellos. La experiencia del cuarto semestre fue distinta, considero que complementó la función que el sistema terapéutico total tenía anteriormente.

Generalmente el sistema que está integrado por la supervisora y el terapeuta funciona como una guía que apoya y proporciona retroalimentación del proceso que sigue la terapia, así como la aplicación correcta de los modelos teóricos. La diferencia que percibí entre los semestres iniciales y el último fue que la supervisión se realizó más a distancia, como un acompañamiento, se permitía que el terapeuta fuera dirigiendo las sesiones con menos intervenciones de las supervisoras y se daban indicaciones al final de cada sesión. Creo que la intervención de las ellas en la sesión fue disminuyendo, aunque siempre sabía que estaban ahí para apoyar si en algún momento se requería.

La variación fue positiva, ya que me permitió tener mayor confianza como terapeuta y poder llevar a cabo el proceso con una supervisión más a distancia pero siempre atenta. El que las supervisoras realizaran más intervenciones en los semestres anteriores y fueran más directivas era bueno, debido a que proporcionaba una gran confianza para poder poner en práctica la teoría aprendida en clase; pero conforme íbamos avanzando era necesario que el terapeuta actuara con más libertad y dirigiera más la sesión.

Esta experiencia la viví en las dos sedes: ISSSTE y CCH-A y fue compartida también con el resto de mis compañeros de equipo quienes juntos vivimos el proceso de cambio de una práctica clínica dirigida a una más autónoma.

Respecto al desempeño teórico y experiencia práctica sentí que en este último semestre se afianzaron más los conocimientos adquiridos, ya que al tener la supervisión con una mayor distancia, como equipo teníamos que hacer un mayor esfuerzo en la estructuración de ideas, la confianza se fortaleció; además de lo anterior tuvimos la

oportunidad de vivenciar procesos terapéuticos abordados desde diferentes modelos teóricos, incluyendo los postmodernos, revisados en ese mismo semestre.

Interacción del terapeuta con el consultante

Al comenzar a trabajar en equipos de supervisión me fui dando cuenta que las familias aceptaban en su mayoría las condiciones del modelo, contrario a lo que yo pensaba, siempre se les aclaraba desde el inicio cuales eran las características del sistema, que se contaba con un equipo terapéutico detrás del espejo, que se video graban las sesiones y que dentro de la sesión en ocasiones puede alguien del equipo terapéutico intervenir. Las familias que asistieron a las sedes no tuvieron ninguna objeción con esto y en general fueron constantes en sus citas, solo hubo dos familias que dejaron de asistir pero por algunos obstáculos que se presentaban en su vida y que les impedían el cumplir con las sesiones, en la mayoría de los casos se debía al horario de trabajo de estas personas.

Interacción del sistema terapéutico total

Finalmente en lo que se refiere al sistema formado entre las familias, el equipo, el terapeuta y la supervisora, el bien llamado sistema terapéutico total, lo viví de manera integrada y me permitió hacer un buen trabajo.

En este caso nuevamente pude sentir una diferencia importante de los primeros semestres a los últimos, quizá porque ahora contábamos con una mayor experiencia y un mejor desenvolvimiento como terapeutas, al estar trabajando con las familias y el equipo volví a confirmar las ventajas que este tipo de trabajo tiene en la terapia, el poder contar con esas distintas visiones del equipo y de la supervisora enriquecían el trabajo, la familia también esperaba que se realizaran comentarios por parte del equipo. Un ejemplo de esta dinámica (entre el sistema de supervisión, el terapeuta y la familia) se presentó en el caso donde la señora asistía para trabajar aspectos relacionados con el abuso del alcohol y con conductas de enojo hacía uno de sus hijos, a pesar de que se habían realizado varias intervenciones adecuadas, la que más pesó sobre el cambio de esta familia, fue una realizada por el equipo en combinación con la supervisora y el terapeuta, posterior a esta intervención, la terapeuta pudo reutilizar esas voces en todos los momentos que consideraba necesario, según los objetivos que perseguía la sesión.

Con el paso de las sesiones la familia interiorizaba al equipo como parte del mismo sistema terapéutico y respondía tanto a las intervenciones del terapeuta, como del equipo.

De manera personal en el último semestre me fue posible reforzar y visualizar gran parte de las competencias profesionales que obtuve dentro de la maestría, esto gracias al manejo de las supervisoras con el equipo, el trabajo que se visualizaba en las sesiones era el de todo el equipo de terapeutas en formación, acompañados por la visión y seguimiento de las supervisoras.

El que se realicen cambios de sede como parte del programa de maestría en Iztacala, tiene una gran ventaja por muchos motivos, se conocen lugares físicamente diferentes para trabajar, se tiene la oportunidad de estar bajo diferentes estilos supervisión y finalmente la población que acude a cada una de las sedes varía ya que son contextos diferentes.

Es preciso hacer mención de cuales son las diferencias observadas entre trabajar en una cámara de Gesell haciendo uso del teléfono y el trabajar sin cámara y con pizarrón, mi percepción es que cuando se trabaja con cámara el equipo tiene una mayor libertad de comentar lo que esta ocurriendo en terapia para poder generar mensajes,

además de que él terapeuta no se distrae al observar a sus compañeros, sin embargo cuando el equipo esta en el mismo lugar que la familia pareciera que es aceptado de manera más rápida por esta y en ocasiones es la propia familia la que hace referencia al equipo, o la que realiza comentarios. El contar con el teléfono permite transmitir la idea de manera amplia y de forma bidireccional, lo cual no es posible en el pizarrón, pero la llamada telefónica interrumpe el diálogo entre la familia y el terapeuta, situación que se evita con el pizarrón en donde solo el terapeuta se da cuenta del mensaje y lo introduce en el momento en el que considera conveniente.

Ante estas diferencias en las modalidades quizá sería conveniente detenerse un momento a analizar la posibilidad de seguir contando con las dos formas diferentes de trabajo como una manera de enriquecer la formación de los alumnos y de hacer uso de los recursos de estos para adaptarse a diferentes situaciones de trabajo.

Con respecto a la población que atendemos es importante tratar de garantizar que quienes soliciten el servicio puedan permanecer asistiendo y para esto se deben considerar las temáticas por las que solicitan el servicio, para tener una idea inicial de que tan comprometida puede estar la gente para asistir o que tan fácil le resulta llevar el proceso terapéutico en este momento, por ejemplo observe que en la mayoría de los casos de divorcio cuando la pareja ya se encuentra en los tramites legales priorizan otras cosas antes que la terapia, debido a sus actividades difícilmente postergables como las visitas con los abogados, las audiencias en caso de que estas se lleven a cabo, la utilización de recursos económicos para pagar los tramites correspondientes. En la mayoría de los casos la asistencia al proceso terapéutico se estabiliza cuando se da por concluida la parte legal, finalmente es importante identificar quien es el cliente y quien es el paciente desde la visión de Fisch y Weakland (1994).

3.4 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.4.1 REPORTE DE INVESTIGACIÓN USANDO METODOLOGÍA CUANTITATIVA

EXPLORACIÓN DE CONDUCTAS RESILIENTES EN ADOLESCENTES Y DESCRIPCION DE SU CONTEXTO FAMILIAR

Aguilera Hermida Patricia, Hernández Mendoza Liliana, Vargas Gama Nancy.

**Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala.**

La resiliencia es un concepto joven, que se inició entre los 70 y 80's principalmente en Estados Unidos, Francia y Latinoamérica, en donde se empezaron a investigar las razones por las que personas que provenían de condiciones extremas de pobreza, violencia, adicciones, etc, se desenvolvían en la vida adulta de manera exitosa. El término proviene del latín "resilio" que significa volver atrás y ha tenido diversas significaciones; de hecho puede confundírsele con invulnerabilidad, con la capacidad de afrontar, con la fortaleza y competencia social pero la resiliencia puede incluirlos y/o superarlos. Walsh (1998) dice que la resiliencia puede ser definida como la capacidad para resurgir de la adversidad fortalecido y con más recursos, es un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento en respuesta a las crisis.

Varias investigaciones sobre resiliencia destacan un papel importante de la familia en la protección psicológica del niño y el adolescente ante la adversidad.

De esta manera, en la presente investigación se decidió retomar el interés por los factores personales en relación con los factores de riesgo ambientales y sociales, aunado a los procesos protectores de la familia; específicamente el contexto familiar, entendido como las relaciones interpersonales entre sus miembros, los aspectos de desarrollo y la dimensión de estabilidad.

Este estudio se llevó a cabo con población adolescente, dado que es un período transicional en el cual los individuos experimentan mayores cambios físicos, cognitivos y socio-afectivos (Masías 2001).

El motivo por el cual incluimos el contexto familiar en este estudio es debido a que consideramos que para un entendimiento total de la resiliencia, se requiere de un modelo que expanda su punto de vista de la adaptación individual a procesos transaccionales más amplios en la relación familiar. Por lo tanto, la presente investigación tuvo como primer objetivo el explorar la presencia o ausencia de factores de resiliencia en adolescentes y, como segundo objetivo, identificar las características del contexto familiar de aquellos que sean considerados resilientes.

Diseño

El diseño que se empleó en la presente investigación fue transaccional-descriptivo, es un diseño de tipo no experimental cuyo objetivo es recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único.

Variables

Contexto familiar

Resiliencia

Dado que no existe ningún instrumento específico para medir la resiliencia, se utilizaron instrumentos ya creados que miden los factores protectores personales que se consideran como factores resilientes.

Descripción de la muestra

La muestra estuvo constituida por 26 participantes de la carrera de enfermería a nivel técnico de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, de los cuales el 31% fueron hombres y el 69 % mujeres

Resultados

De acuerdo con el primer objetivo, el cual fue explorar la presencia o ausencia de factores de resiliencia en adolescentes, se consideraron los puntajes más altos en cada una de las variables, tomando como referencia el que se encontraran en una situación de alto riesgo y obtuvieran una medida alta en los factores resilientes (autoconcepto, afrontamiento, habilidades sociales).

Se infiere que no es tan frecuente encontrar personas resilientes dado que son muchos los factores que la constituyen y por los resultados observados, algunas personas pueden tener solo algunos factores, y para considerarse resiliente, deben tenerlos todos.

Con respeto al segundo objetivo de investigación sobre las características del contexto familiar de aquellos que fueron considerados resilientes, se observa que las personas de este estudio ubicadas como resilientes cuentan con factores internos y personales, dado

que se observan habilidades sociales altas, afrontamiento alto y/o medio y autoconcepto alto y/o medio en un ambiente de riesgo alto.

En cuanto al contexto familiar, en este caso, los participantes ubicados como resilientes cuentan con un nivel de cohesión alto.

Conclusiones

En la investigación sólo un bajo porcentaje de los participantes pudo ser considerado resiliente y los contextos familiares de estas personas coinciden en varios rubros, observándose aspectos positivos como cohesión familiar, pocas dificultades entre sus miembros, libertad de expresión, autonomía y orientación a la competencia que posiblemente influyen para que a pesar de las condiciones de riesgo y eventos traumáticos que han vivido logren afrontarlos y salir adelante.

A pesar de que se detectaron más personas que habían vivido en situaciones de riesgo, no todos ellos presentan buenas habilidades de afrontamiento, ni alto autoconcepto o habilidades sociales, es decir de la gente que ha crecido con dificultades en su vida no todos logran crear conductas resilientes que contrarresten su condición de vida, esto sugiere la importancia de crear programas preventivo a nivel personal, asimismo se evidencia también la necesidad de promover un ambiente familiar donde prevalezca la cohesión, la comunicación y el apoyo a sus miembros.

Este acercamiento hacia la resiliencia sugiere la incorporación de los diferentes profesionistas que trabajan con poblaciones en riesgo o en peligro de estarlo, ya que puede ser una de las primeras cadenas para expandir la información y generar recursos en la población de riesgo.

Los hallazgos de esta investigación tienen implicaciones para el desarrollo de futuras investigaciones sobre resiliencia en el contexto mexicano, pues como puede verse, la mayoría de estos trabajos se han realizado en países como Francia, Estados Unidos, etcétera, siendo escasa la investigación sobre este tema en nuestro país

Esta investigación puede ser utilizada como exploración de los elementos resilientes, para ser tomados en cuenta en la construcción de instrumentos que logren medir de manera directa la resiliencia en nuestra población.

Como futuras líneas de investigación resulta importante analizar las diferencias de género, dado que los resilientes que se hallaron fueron dos varones y una mujer cuando la distribución por sexo en la población estaba en sentido inverso.

Indagar más en las áreas que resultaron contrarias a la teoría como religiosidad-moralidad y organización, así como en las que no se llegan a mencionar como autonomía y actuación, las cuales creemos que son importantes para que una persona pueda salir adelante en las situaciones de riesgo.

Parte de los resultados sugiere que para investigaciones posteriores es conveniente que la muestra ahora se seleccione con las características de riesgo previamente, debido a que esto puede proporcionar más datos sobre la resiliencia en estas personas.

3.4.2 REPORTE DE INVESTIGACIÓN USANDO METODOLOGÍA CUALITATIVA

LAS VIVENCIAS DE UNA JOVEN RESILIENTE

Aguilera Hermida Patricia, Hernández Mendoza Liliana, Vargas Gama Nancy

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

La vida familiar y el mundo a nuestro alrededor han tenido cambios dramáticos en los últimos años, pero los individuos y su familia, tanto en lo cotidiano como en situaciones de extrema disfuncionalidad, generan sus propios recursos para adaptarse y emerger de la crisis con fortalezas insospechadas.

Vanistandael (2001) menciona que la resiliencia se manifiesta a partir de una situación difícil que puede tomar formas muy variadas: trauma brutal, trauma repetido, limitación permanente y una situación de alto riesgo. Por su parte, Cyrulnik (2002) señala que este fenómeno también se puede observar desde dos puntos, la experiencia luminosa y la experiencia traumática. La primera se refiere a los nuevos aprendizajes y la adquisición de habilidades socio afectivas para el manejo de las emociones. Se dice que si una experiencia traumática es capaz de marcar la vida, la misma fuerza tiene una experiencia luminosa pero en el sentido opuesto, en el del fortalecimiento, la protección y el crecimiento.

El interés de la presente investigación se centró en trabajar dentro de un marco de investigación cualitativa, pues teniendo en cuenta lo que plantea Botinelli (2003) acerca de que cualquier fenómeno, en este caso la resiliencia, es multideterminado por la compleja relación entre las estructuras objetivas y la subjetividad humana, se considera importante empezar a conocer cómo viven, sienten y piensan las personas resilientes más allá de que se sabe que poseen características como autoestima, afrontamiento, habilidades sociales, etcétera. En ese sentido, por ejemplo, se habla de la resiliencia como una característica extraordinaria y positiva; sin embargo, sería interesante acercarse a la forma en que se ven a sí mismas esas personas: ¿se consideran seres excepcionales o se ven tan comunes como cualquier otro?, ¿se perciben alguna limitación?, ¿piensan que han afrontado con éxito los problemas que se les han presentado?

Así, el objetivo de este trabajo fue el conocer la vivencia de las personas catalogadas como resilientes, entendiendo como los pensamientos, sentimientos y percepciones de cómo ha sido su vida, con la intención de captar una realidad individual, donde el investigador induce las propiedades de la situación estudiada “a partir de la forma como orientan e interpretan su mundo los individuos que se desenvuelven en la realidad que se examina” (Bryman, citado en Botinelli, 2003).

Análisis Metodológico

Para elegir la muestra de esta investigación se consideraron como criterios los tipos o perfiles sociológicos y la accesibilidad. En este caso la selección de la entrevistada obedeció al criterio de excelencia, por lo cual se contactó con una joven que había sido identificada como resiliente en un estudio cuantitativo previo y en el cual obtuvo uno de los mayores puntajes. Es importante aclarar que en el presente estudio, se cambiaron los nombres originales tanto de la entrevistada como de su familia.

Tipo de diseño cualitativo utilizado

Se utilizó principalmente un diseño proyectado.

Se utilizó la entrevista en profundidad. Para la selección de los temas se consideraron los rubros propuestos por la literatura revisada entre los cuales se encontraban: los factores personales, los factores protectores y los factores de riesgo.

Análisis

Como parte del problema planteado se señaló como objetivo de esta investigación el conocer la vivencia de las personas consideradas como resilientes, y puede verse que los datos obtenidos proporcionan información relevante para empezar a conocer dichas vivencias, ya que unas de las preguntas que se formularon en relación con el objetivo fueron ¿cómo se sentía una joven resiliente ante los riesgos? ¿Qué hacía con esa realidad, se evadía, la negaba?, y entonces ¿qué pasaba con sus emociones? En sus aseveraciones se observa que Alejandra suele racionalizar sus vivencias, como cuando explica que sus papás le daban más atenciones a su hermano Arturo, en un momento mencionó que se le “había hecho un trauma” por eso, y ella lo racionalizó al decir que era porque él estaba enfermo, lo que le permite también minimizar las emociones al respecto, de tal forma que a todos los eventos negativos que ocurrían ella le encontraba una explicación lógica que no le permitía vivirlas como desagradables o tristes.

Ante la pregunta de si ¿se considera un ser excepcional o no?, se pudo detectar que Alejandra no se vive como una persona diferente o fuera de lo común por el hecho de haber salido adelante, inclusive percibe en si misma limitaciones como la falta de asertividad, y reconoce que hay problemas a los que no le ha dado la solución que ella considera correcta, como un problema que tuvo con su tía y que no lo ha resuelto.

Pareciera ser que esta joven resiliente tiene como un censor que le permite detectar que elementos de la cotidianidad pueden ser dolorosos y al detectarlos los racionaliza modificando así la percepción del hecho y con ello limitando las emociones y los sentimientos. Con este censor ella evita que hasta los sucesos más difíciles entren en ella como difíciles, pues la percepción los convierte en algo menor, por la connotación lógica y en ocasiones positiva que le da a las vivencias.

Por último, como inferencia de estos resultados, se puede decir entonces que la percepción es un elemento clave que está mediando su forma de vivenciar los sucesos cotidianos, y entonces será necesario realizar mayores investigaciones y trabajos sobre el manejo de las percepciones para que las personas puedan desarrollar habilidades resilientes que les permitan enfrentar positivamente las situaciones riesgosas de la vida.

Este es un elemento que no se había observado ni trabajado en investigaciones anteriores, por lo que abre nuevas líneas de investigación futuras. Siempre se ha hablado de la resiliencia desde lo que se ve en el exterior, y al entender la vivencia desde el interior, nos damos cuenta de que no bastaría con talleres de autoestima o de actitud de vida, ni con tener una familia positiva, sino que habrá que acercarse al interior de las personas para que ellos puedan manejar sus percepciones de la vida.

3.5 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

3.5.1 ELABORACIÓN DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

Manual y Video Didáctico de Técnicas del Modelo de Terapia Estructural.

La presentación del manual tiene como objetivo el poder confirmar la información aprendida por parte del alumno y además el poder dar un panorama general pero breve a cualquier terapeuta que este interesado en conocer sobre el modelo estructural de Salvador Minuchin.

El manual es una exposición de los principales postulados teóricos que sustentan el modelo Estructural, además de mostrarnos la parte teórica de las técnicas que se aplican en terapia cuando se trabaja bajo este modelo. Para la realización del manual se tomo como base dos de las principales obras de Salvador Minuchin a quien se le conoce como el fundador de la terapia estructural, y cuyos títulos son *Familia y Terapia Familiar (1974)* y *Técnicas de Terapia Familiar (1984)*.

En cuanto al video su función esta orientada a aquellos profesionistas que inician o están en el proceso de formación como terapeutas sistémicos, a través de este video se puede observar la aplicación de los conceptos teóricos, la importancia de mirar a la familia detectando desde un inicio su estructura e interviniendo con miras al cambio. Su objetivo es que el alumno comprenda de manera más clara las técnicas que se utilizan bajo este enfoque y como se utilizan.

El video esta integrado por motivo de consulta por el cual asiste la familia, su familiograma y el desarrollo de la sesión terapéutica; a medida que se lleva a cabo el trabajo se van marcando cada una de las técnicas según el momento en el que el terapeuta hace uso de ellas además de mostrar al final un cuadro sinóptico de las técnicas que se utilizan en el cuestionamiento del síntoma, estructura y realidad.

Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas.

Este manual tuvo el objetivo de mostrar de una manera dinámica los fundamentos conceptuales del modelo así como las técnicas utilizadas y ejemplos de cada una de estas, también tiene la finalidad de servir como material de apoyo a los futuros terapeutas familiares que estén en entrenamiento.

Este video es dividido en tres momentos específicos: la entrevista inicial en la cual se realiza el planteamiento del problema, se provocan interacciones y se definen los objetivos a seguir. Se ejemplifica la forma de dar directivas diversas a la familia, y algunas otras técnicas propias del modelo.

Este material videográfico fue elegido como uno de los mejores materiales didácticos dentro de todos las Coordinaciones de la UNAM, tanto por su realización tecnológica como por su contenido y fue exhibido en la muestra de material videográfico de los CRAPA en Ciudad Universitaria.

3.5.2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Taller de comunicación no violenta

Lugar:

Objetivo: Proveer un modelo de comunicación que permita el entendimiento entre personas. Este taller se basó en el modelo de comunicación no violenta del doctor Marshall Rosenberg quien tiene el propósito de enseñar una forma de comunicación que favorezca el que las personas resuelvan sus diferencias en un ambiente de mutuo entendimiento.

Población Beneficiada: El taller que se elaboró fue dirigido a niños que cursen la educación básica

Conclusiones: Se obtuvo una mejoría en sus habilidades de comunicación y negociación, la construcción de relaciones basadas en el entendimiento, poder escuchar con precisión lo que las otras personas sienten y necesitan, aun cuando se expresen de manera hostil y prevenir y resolver conflictos con un entendimiento mutuo y confianza.

Conferencias de Alcoholismo y Comunicación

Lugar: Clínica Familiar ISSSTE Tlalnepantla.

Objetivo: Realizar una labor preventiva e informativa sobre alcoholismo y sobre comunicación, el establecer reglas con los hijos.

Población Beneficiada: Derechohabientes de la clínica

Desarrollo.

ALCOHOLISMO

El alcoholismo es un problema que afecta a gran parte de nuestra población mexicana, no se limita a una clase social determinada. Los motivos por los que puede desencadenarse esta problemática son variados sin embargo estas pueden ser agrupadas en factores individuales, familiares y sociales, tomando en cuenta el incremento de este problema la presente conferencia tuvo como objetivo el informar a la población sobre algunas de las principales causas que pueden influir en el desarrollo del alcoholismo y las posibles alternativas de solución.

Carta descriptiva.

| TEMA | SUBTEMA | OBJETIVO | MATERIAL |
|-------------------------------|---|---|----------------------|
| Presentación | Presentación de la conferencia y del departamento de psicología | Dar a conocer al equipo de terapia familiar de la UNAM y el departamento de psicología del ISSSTE así como el objetivo de la conferencia. | 2 minutos |
| Generalidades del alcoholismo | Definición de alcoholismo Etapas del alcoholismo | Informar sobre el concepto de alcoholismo y las diversas fases por las que atraviesa el alcohólico | Rotafolios 5 min. |
| Factores de riesgo | Factores | Indagar sobre los | Rotafolios |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------|
| | individuales, familiares y sociales | posibles factores en la vida de una persona que pueden contribuir a la aparición del alcoholismo | 5min |
| Consecuencias del alcoholismo | Consecuencias físicas, familiares, laborales y sociales del alcoholismo | Que la población tenga una visión más completa sobre las consecuencias del alcoholismo en todos sus niveles | Rotafolios 5min |
| Alternativas de solución y cierre | Tipos de terapia y lugares de atención Cierre de la conferencia | Proporcionar a la población el conocimiento sobre los diferentes tipos de terapia ante el problema del alcoholismo así como los lugares a los cuales se puede acudir para recibir tratamiento | Rotafolio y trípticos 3 min. |

Conclusiones: La conferencia fue impartida a un total de 30 personas aproximadamente, en las instalaciones del ISSSTE, con una duración aproximada de 20 minutos, tiempo durante el cual la gente se mostró interesada por el tema, algunos realizaron participaciones y otros se concretaban a escuchar. No se presentó ningún contratiempo para llevar a cabo la actividad. Al finalizar se repartieron los folletos con un resumen general y un pequeño directorio de instituciones a las cuales podían recurrir. Algunas personas se acercaron a hacer preguntas más específicas sobre su situación, se les atendió de forma breve y se abrió la posibilidad de que buscaran el servicio de psicología en caso de considerarlo necesario.

COMUNICACIÓN: COMO ESTABLECER REGLAS A LOS HIJOS

El tener que cumplir con la función de padre es una labor para la cual no se preparan en la mayoría de las ocasiones y es una situación en la que surgen muchas dificultades. La comunicación es un proceso de vital importancia para todo individuo y es una de las principales herramientas que utilizamos para el establecimiento de reglas, debido a esto es de suma importancia el cómo establecemos esas reglas y cómo nos comunicamos.

| TEMA | SUBTEMA | OBJETIVO | MATERIAL |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Presentación | Presentación de la conferencia y del departamento de psicología | Dar a conocer al equipo de terapia familiar de la UNAM y el departamento de psicología del ISSSTE así como el objetivo de la conferencia. | 2 minutos |
| Los extremos, autoritarios vs permisivos | Métodos más comunes para el establecimiento de reglas | Analizar las principales estrategias que utilizan los padres para el establecimiento de reglas a los hijos | Rotafolios 5 minutos |
| Tipos de personas | Personas que forman los métodos extremos | Plantear las consecuencias sobre el tipo de persona que puede generar cada método | Rotafolios Ejemplos 5 minutos |
| Método de comunicación mutua | Una alternativa para establecer reglas | Señalar las principales características de la comunicación mutua como una alternativa a el establecimiento de reglas | Rotafolios Diagramas 5 minutos |
| El icber del enojo | Como manejar el enojo | Proporcionar estrategias para poder manejar el enojo ante el establecimiento de las reglas. | Rotafolios 3 minutos |
| Cierre | Conclusión general | Proporcionar alternativas de apoyo ante las dificultades para el establecimiento de reglas | Trípticos 2 minutos |

Conclusiones: La conferencia se llevó a cabo durante la mañana en las instalaciones del ISSSTE de Tlalnepantla, con las personas que esperaban el servicio médico. La población era aproximadamente de 25 personas de diversas edades, no se presentaron dificultades para la realización de la actividad. Para hacer más dinámica la plática se recurría en varias situaciones a poner ejemplos cercanos a las vivencias de la población. A pesar de que las personas no participaban activamente, prestaron atención durante toda la conferencia. Al terminar esta se les entregaron trípticos con algunas estrategias específicas sobre el tema y los principales profesionistas a los cuales se puede recurrir en caso de presentar dificultades, así como también se les recordó la existencia del servicio de terapia familiar que se ofrece en la clínica.

Taller de Tanatología:

Lugar: Centro Social San José I Coacalco. Fue promovido mediante anuncios y volantes en diversos lugares del municipio.

Objetivo: Dar a conocer las aplicaciones de la tanatología, así como el proceso del duelo y la valoración de nuestros seres queridos en vida.

Población beneficiada: Población del municipio de Coacalco

Desarrollo: Este taller se realizó en dos sesiones con una duración de dos horas cada sesión, teniendo una asistencia en promedio de 15 participantes.

Las sesiones se llevaron a cabo según su planeación y en los tiempos estimados según la siguiente carta descriptiva.

CARTA DESCRIPTIVA

| TEMA | OBJETIVO | DINAMICA Y MATERIAL | TIEMPO |
|--|--|--|------------|
| Presentación | Realizar la presentación de la facilitadora, así como de los integrantes del grupo. | Exposición individual | 5 minutos |
| Expectativas y contenidos | Se indagaron las expectativas de los integrantes del grupo dentro del taller y se les retroalimentó sobre los objetivos del mismo. | Exposición individual | 15 minutos |
| Visión cultural de la muerte | Construcción grupal sobre el concepto de muerte | Lluvia de ideas, trabajo en equipo | 35 minutos |
| Tanatología | Dar a conocer lo que se entiende por tanatología y sus diversas aplicaciones | Rotafolios | 15 minutos |
| Las pérdidas Compartiendo experiencias | Compartir entre los miembros del grupo experiencias de distintas reacciones ante las pérdidas y las emociones que generan | Trabajo en equipo Exposición de lo comentado | 30 minutos |
| Los cambios en las familias | Explicación sobre el ciclo de vida de la familia y los efectos de estos en sus integrantes | Rotafolios | 15 minutos |
| Proceso emocional del duelo | Explicación de las etapas del duelo y búsquedas de alternativas de solución | Exposición Rotafolios | 20 minutos |
| Valorando a nuestra gente | Reflexión sobre la importancia que representan nuestros seres queridos | Dinámica sobre pérdidas | 35 minutos |
| Viviendo nuestro día al máximo | Reforzar las relaciones que actualmente tenemos con nuestros seres queridos para vivirlas al máximo. | Trabajo en equipos y exposición grupal | 25 minutos |
| Cierre del taller | Evaluación sobre el taller, lo adquirido en el taller y el contenido del mismo | Opinión personal | 10 minutos |

Conclusiones: De la realización del taller se pudieron obtener las siguientes conclusiones. Las sesiones y las actividades se llevaron a cabo como se tenía planeado, el grupo que

se formó fue muy bueno debido a que las experiencias que tenían sobre el tema eran variadas y esto permitía enriquecer las visiones, también fue muy útil el que dos de los participantes pudieran hablar de la otra visión de la tanatología, que es la percepción de la persona enferma o que ha estado cerca de morir. Es importante que los talleres de tanatología puedan ser abiertos a la población en general, ya que en la mayoría de las ocasiones este tipo de trabajos se llevan a cabo con población cautiva y generalmente en instituciones de salud. A lo largo del taller los participantes expresaban la necesidad de hablar sobre este tipo de temas no solamente cuando se tiene a un familiar con enfermedad terminal o cuando ya ha fallecido, sino en cualquier momento, también consideraron de importancia el abordar la mejoría y valoración de las relaciones que se establecen con las personas que consideran importantes y que actualmente están con ellos.

Conferencia “Sobre el duelo y las pérdidas”

Lugar: ISSSTE Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla”

Objetivo: Proporcionar a los derechohabientes información sobre las reacciones más comunes ante la pérdida de personas estimadas.

Población Beneficiada: Derechohabientes de la clínica

Desarrollo: Se habló sobre los distintos tipos de pérdida, que estas no sólo se presentan con la muerte de una persona y algunas de las características emocionales que presenta la gente así como las etapas por las que se atraviesa durante la elaboración del duelo.

| TEMA | SUBTEMA | OBJETIVO | MATERIAL |
|------------------------------|---|---|--------------------------|
| Presentación | Presentación de la conferencia y del departamento de psicología | Dar a conocer al equipo de terapia familiar de la UNAM y el departamento de psicología del ISSSTE así como el objetivo de la conferencia. | 2 minutos |
| Perdidas | ¿Qué es una pérdida? | Informar sobre el concepto de una pérdida y los distintos tipos de pérdidas a las que nos enfrentamos durante el ciclo de vida. | 5 minutos Rotafolios |
| Las pérdidas y las emociones | ¿Alguien entiende nuestras emociones? | Exponer algunas de las preguntas que se formula la gente cuando tiene una pérdida y las emociones que esta genera. | 10 minutos Exposición |
| Etapas del duelo | Etapas del duelo | Dar a conocer las etapas comunes por las que atraviesa la gente ante las pérdidas y, su explicación y relación con las | 10 minutos Rotafolio |

| | | | |
|-------------------|------------------|--|--------------------|
| | | emociones | |
| Apoyo profesional | Las alternativas | Proporcionar información sobre las alternativas a las que se puede recurrir ante una pérdida | 3 minutos folletos |

Conclusiones: Finalmente se proporcionaron estrategias para apoyar durante estos procesos y, se dieron direcciones de lugares que se especializan en el tema y se repartieron trípticos sobre el tema con la información más importante.

Como beneficiarios de esta plática se tuvo un aproximado de 30 personas derechohabientes del ISSSTE, entre hombres y mujeres todos mayores de edad.

3.5.3 PRESENTACIÓN EN FOROS ACADÉMICOS

Como parte de las competencias profesionales adquiridas dentro de la residencia de la Maestría en Psicología se realizaron trabajos para ser presentados en distintos foros académicos entre los que se encuentran los siguientes.

Foro: XXIII Coloquio de Investigación de la F.E.S. Iztacala

Trabajo presentado: Investigación de corte cualitativo “Exploración de conductas resilientes en adolescentes y descripción de su contexto familiar”.

Modalidad: Cartel dentro de las temáticas sobre psicología social y clínica

Fecha: El evento tuvo lugar durante los días 25, 26 y 27 de agosto del 2004; la presentación del cartel se realizó el 26 de agosto. Día en el que además de presentar el cartel se estuvo presente dando la explicación de la investigación, sus conclusiones y futuras líneas de investigación.

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

Trabajo presentado: investigación “Vivencias de una Joven Resiliente”, de corte cualitativo

Modalidad: Mesa de Debate

Fecha: 01 de Diciembre del 2004.

Foro: Universidad del Valle de México Campus Lago de Guadalupe. Semana de Psicología

Trabajo Presentado: En esta ocasión tanto la investigación de tipo cuantitativo llamada “Exploración de conductas resilientes y su relación con el medio” como la investigación cuantitativa “La mirada de una joven resiliente”, fueron presentadas como un producto de la Maestría de Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la UNAM.

Modalidad: Ponencia

Se habló acerca del trabajo de investigación que se había realizado y los resultados encontrados, así como las futuras líneas de investigación, como vía de entrada para posteriores investigaciones.

Foro: Centro de Estudios Agustinianos Fray Andrés de Urdaneta

Trabajo Presentado: Investigación sobre la "Exploración de conductas resilientes y su relación con el medio" y la investigación cuantitativa "La mirada de una joven resiliente", fueron presentadas como un producto de la Maestría de Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la UNAM.

Modalidad: Ponencia

Se habló acerca del trabajo de investigación que se había realizado y los resultados encontrados, así como las futuras líneas de investigación, como vía de entrada para posteriores investigaciones.

3.6 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

3.6.1 CONSIDERACIONES ETICAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

La ética es algo que nunca podemos dejar de lado ya que nos ayuda a regir nuestro hacer profesional facilitando o dificultando el proceso terapéutico de las familias.

La Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de Mexicanos (FENAPSIME) considera dos puntos esenciales en los cuales se basan los códigos éticos, los principios y valores, entendidos de la siguiente manera.

Principios: Se derivan de la ley natural de la vida, sirven de normas para la solución de problemas que se presentan en las relaciones del psicólogo con sus clientes, con otros psicólogos y con el público en general. El psicólogo debe recordar que, anteriormente a su calidad de psicólogo, científico y profesionista es un ser humano y como tal está sujeto a la ley natural (García, J. 2004).

Valores: Nos lleva a un sinónimo de creencias personales, en especial a lo relativo de "bueno", lo "justo" y lo "adecuado", creencias que nos impulsan a la acción, a cierto tipo de conducta, a la vida, a lo esperado por toda aquella persona que ejerce una profesión de manera responsable y asertiva (García, J. 2004).

La profesión de Psicólogo también se rige por principios comunes a toda deontología profesional como son: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.

El Código ético de la profesión del Psicólogo está destinado a servir como pauta de conducta en el ejercicio de la profesión en cualquiera de sus modalidades, rigiendo su actividad ante todo por los principios de convivencia y legalidad establecidos y debiendo tener en cuenta para dicha actuación profesional, las normas explícitas e implícitas que existen en el entorno social en el que se actúa (García, 2004).

El Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C menciona en su Código de ética profesional (2007) los siguientes deberes con la finalidad de garantizar la práctica clínica, con la suficiente ética profesional sustentada en valores.

- Ser veraz en la explicitación de su formación como especialista y en cuanto a su pertenencia societaria.
- Respetar los valores, ideología, cultura, religión y afiliaciones de los usuarios.
- Mantener una actitud neutral, no seductora ni incestuosa, ni adoctrinadora ni psicopática en la relación con el usuario.
- Explicar con claridad los términos del encuadre de la práctica clínica y cumplirlos.
- Plantear con honestidad los resultados que pueden esperarse y cuáles son imposibles de lograr en la relación clínica, sin generar ni fomentar falsas expectativas.
- Resguardar el secreto profesional ante propios y extraños.
- Esforzarse por una actualización permanente en su especialidad
- Velar porque su salud física y psíquica sean las necesarias para el ejercicio adecuado de la especialidad y estar abierto a las sugerencias por parte de sus colegas.

Algunas reflexiones realizadas a lo largo de la residencia sobre la importancia de la actuación ética en la práctica profesional muestran, por respeto a las familias y a los colegas se omiten nombres y solo se habla de la situación

Promesas de los terapeutas... poco terapéuticas

Es de suma importancia evitar hacer promesas que no pueden, o no tienen que ser cumplidas por el terapeuta. La primera consideración ética que quisiera abordar es una situación que se presentó en una de las sedes donde se estaba atendiendo a una señora y su nieta. El motivo por el que asistían era que la niña parecía estar siempre triste, no hacía caso a lo que le indicaban y su mamá no le ponía atención, vivían en la casa de la abuela y en realidad era ella quien se encargaba de la educación de la niña. En una ocasión la abuela estaba platicando con la terapeuta sobre el hecho de que posiblemente la madre de la niña se iría a vivir con su pareja y quizá se llevaría a la menor, pero la niña no quería, y la abuela estaba indecisa sobre cual era la mejor opción, hubo un momento de la sesión en que la terapeuta le indico a la niña que ella se iba a quedar con quien quisiera y si quería seguir con la abuela ahí se quedaría. Esa situación me pareció que se manejo sin ética, debido a que la terapeuta no puede decidir ni tener la seguridad de donde se quedara la niña y posiblemente aunque este comentario la tranquilizaba en ese momento, podía generarle falsas expectativas a largo plazo. Además supone una falta de respeto y consideración hacia la toma de decisiones de la familia.

En el código de ética del psicólogo en su capítulo Relación con la autoridad, Artículo 71. Menciona que el psicólogo no explota o engaña a las personas sobre las que ejerce autoridad de supervisión o evaluación. En este caso la terapeuta le aseguro a la niña que ella iba a quedarse con el familiar que quisiera, esta es una promesa que no esta en manos de ningún terapeuta y se corre el riesgo de que la familia lo sienta como un engaño.

Dentro del código deontológico del Psicólogo en Madrid (1996), el capítulo II De la competencia profesional Art. 17 menciona que: La autoridad profesional del Psicólogo se fundamenta en su capacitación y cualificación para las tareas que desempeña. El Psicólogo ha de estar profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo. Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas.

En este caso debía reconocer la terapeuta que aunque sea una figura de autoridad, no esta en sus competencias definir en donde permanecerá la niña.

En el capitulo III. De la intervención Artículo 32º del código ético. El psicólogo debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente. No se pueden tomar decisiones que están en manos de la familia.

Distintos estilos de supervisión... riqueza que debe ser rescatada, pero también anunciada

Otra de las consideraciones éticas tiene que ver con los distintos escenarios en los que estamos a lo largo de la residencia. Al estar en diferentes sedes y contar con diferentes supervisoras las modalidades de trabajo cambian, eso me parece una riqueza en aprendizaje. Pero cuando uno esta iniciando la formación como terapeuta familiar y trabaja bajo estas diversidades sin ser definidas desde un inicio puede resultar un tanto confuso. En mi experiencia puedo comentar que al inicio fue así ya que el aprendizaje que estaba adquiriendo en una sede lo intentaba trasladar a la otra sede y eso se consideraba como algo poco correcto, pareciera ser que cada supervisora tenía un estilo diferente de intervenir y esto se veía reflejado en las asesorías que nos daban, así que al principio mientras uno no conoce totalmente a las supervisoras no sabe cual es el estilo que se debe manejar en las sedes y en varias ocasiones se tiene que aprender por ensayo y error.

Considero de suma importancia el que podamos conocer varios estilos de trabajo, según la supervisora a cargo, pero creo que sería mejor que pudiera definirse en un inicio la existencia de esta diversidad, de esa manera se podría sacar más provecho y quizá no surgiría esta confusión de la que hable anteriormente, sin embargo al paso del tiempo fui adaptándome a cada una de las sedes y me pareció un excelente aprendizaje.

En el código de ética de la FENAPSIME, el capítulo Relaciones Interprofesionales menciona que: Debe existir apertura a la diversidad teórico-conceptual, así como a la colaboración, intercambio de información, comunicación y asesoría con colegas de otras especialidades, instituciones y profesiones, con el objeto de realizar trabajos interdisciplinarios que permitan mayor beneficio en el desempeño profesional y para los usuarios del servicio. En este caso considero que en la residencia si debe seguirse fomentando esta diversidad de modelos de intervención entre los profesionistas de la misma disciplina, solo que deben manejarse de manera más explícita hacia los alumnos.

Cuida tu lenguaje

Otra consideración ética de importancia es el poner mucha atención a las palabras que se dicen a los pacientes, ocurrió un caso en que él terapeuta estaba atendiendo a una familia constituida por una madre joven y una hija adolescente; el motivo inicial de consulta eran las dificultades que tenia la madre para poner reglas y límites a su hija. Dentro de la problemática también se encontraba presente una violación que sufrió la madre cuando era chica y actualmente se preocupaba mucho por evitar que la hija sufriera algo similar, en una de las sesiones el terapeuta comento a la madre “como tu estas protegiendo a tu hija no le va a pasar lo que te paso a ti”. Considero que quizá la idea de que la madre tuviera confianza y fuera un poco menos aprensiva era correcta, sin embargo creo que las palabras pueden ser diferentes ya que la frase que se mencionó pudiera ser interpretada como una garantía de que las cosas serán de esa forma, cuando esto no puede ser totalmente asegurado. Creo que es muy importante y sobre todo en nuestra profesión el tener cuidado con las palabras que se mencionan, ya que son una

herramienta muy poderosa que puede ayudar a la construcción de cosas para el avance del proceso terapéutico o la de construcción del mismo.

Nuevamente retomaremos el capítulo III De la intervención, en el Artículo 32º del código deontológico. El Psicólogo debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente.

En este caso no puede el terapeuta aunque tenga elementos importantes garantizarle a estas personas que la hija jamás va a sufrir un abuso como el que sufrió su mamá, creo que en este caso se deben modificar las palabras que se le dicen a la gente con la finalidad de hacer evidentes las herramientas con las que ahora cuentan para evitar repetir historias que ocurrieron en el pasado.

Retomar y dar voz a los comentarios y expertez de la familia.

Otra consideración de importancia es el caso de una familia donde asistían la abuela, su hijo y un nieto de la señora, sobrino del joven. El motivo estaba relacionado con los cuidados del nieto, ya que sus padres estaban divorciados y no vivía con ninguno de ellos, existía confusión entre las reglas de la abuela y las del tío, a lo largo del proceso, la terapeuta comenzó a preguntar sobre la percepción del rol que desempeñaba el tío con el niño, a lo que respondían en todas las ocasiones que era la función de un tío que ayuda en la educación y/o de un padrino que esta al pendiente de lo que ocurre en su vida, sin embargo al ser él la figura masculina que más cerca se encontraba del niño la terapeuta comenzó a sugerir que quizá era él quien estaba cumpliendo la función de padre, la abuela y el tío comentaron que no consideraban que eso fuera así ya que el niño seguía viendo a su padre y además al tío no le gustaría mucho tener esa función. A lo largo de varias sesiones este tema se continuo retomando y en diversas ocasiones la terapeuta menciono a la familia que era el tío quien podía y quien estaba cumpliendo con la labor de padre, posteriormente en la post- sesión el equipo comento que se percibía una insistencia porque el tío cumpliera el rol de padre cuando él ya había comentado que no quería hacer eso, pero en este momento la terapeuta no lo podía identificar y después de varias sesiones en las que gran parte del trabajo se encamino a que el tío cumpliera este rol las supervisoras comenzaron a notar que posiblemente si existía más una necesidad de la terapeuta que de la familia para cumplir esas funciones, una vez que esto fue reconocido por la terapeuta se dejo de insistir y los pacientes cambiaron de actitud ya que se mostraban presionados por un cambio que no deseaban y ellos mismos comentaron esta situación de sentirse menos perseguidos o forzados.

En el caso anterior cuando se revisaban las actas la terapeuta manejaba líneas de trabajo que estaban relacionadas con la identificación del tío como figura parental, a pesar de que en varias ocasiones la familia expresaba no estar muy de acuerdo; las líneas de trabajo no eran cambiadas y se continuaba por el mismo camino. Debe existir flexibilidad por parte de los terapeutas y sensibilidad para poder detectar en qué momento se deben modificar los objetivos porque la familia nos trae información diferente o porque no están ligados a los deseos del paciente. Así mismo es importante que nosotros como terapeutas estemos en continua supervisión y en ocasiones en terapia para poder separar los deseos propios de lo que ocurre en los pacientes.

Es responsabilidad ética como terapeutas y como supervisoras estar al tanto de las cosas que se pudieran forzar con los pacientes, aun en el caso de que sea algo que la familia necesite, no es sino hasta que ella lo necesite cuando debe realizarse, el tiempo lo determina la familia. Si bien comentaba Boscolo y Bertrando (1996) en su publicación Los tiempos del tiempo, “cada persona y/o cada familia tiene su tiempo de cambio”.

La falsa creencia de que existe un único camino.

Es impresionante observar como en algunas ocasiones las falsas creencias que tienen las personas sobre algún tema les impiden ver cosas y cambios que están haciendo, esto se pudo observar en una familia que había asistido a terapia y estaban avanzando en sus objetivos, se percibían cambios que esperaban ellos y que ellos mismos los estaban reportando. Sin embargo en una ocasión acudieron con la psicóloga de la escuela de su hijo quien les comento que no les habían hecho una evaluación ni aplicado pruebas y que así no podrían ellos saber cual era el diagnóstico que tenían, después de eso la siguiente sesión acudieron muy preocupados y con la sensación de que no estaban realizando cambios debido a que nunca se les había dicho el diagnóstico y porque no les habían aplicado pruebas. Dentro de la terapia se buscaron junto con la familia, los cambios que ellos se habían planteado como objetivo y cuales de estos se estaban llevando a cabo y nuevamente se dieron cuenta que sí estaban obteniendo lo que esperaban, aún así se les dejó la opción de acudir a la unidad de evaluación si lo deseaban pero la familia ya no lo consideró necesario.

En el código ético del psicólogo en México el capítulo Calidad de las intervenciones, Artículo 32. Menciona que el psicólogo debe identificar ciertas técnicas o procedimientos de intervención que no sean aplicables o que requieran de ajustes para su utilización. En el caso de “La falsa creencia de que existe solo un camino”, en este caso se percibe la exigencia de algunos procedimientos que por tradición se han considerado indispensables, sin que necesariamente sean pertinentes al proceso.

Con respecto al código deontológico de Colombia (2006). En el capítulo 2 Disposiciones generales. Artículo 6. Bienestar del usuario indican que los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación. En este caso se respeta el deseo de que la familia solicite una valoración psicológica, pero es importante que ellos sepan la finalidad de ésta y la información que pudiera aportar a su caso. Estos mismos datos debieron ser proporcionados por la psicóloga de la institución que los canalizó para que ellos tengan claro el motivo de la solicitud.

Los ejemplos anteriores nos muestran la importancia como profesionistas de cuidar el trabajo que realizamos para dar protección a los pacientes, retomando cuestiones de valores y apegándonos al código ético del psicólogo, el cual tiene como finalidad regular nuestro ejercicio profesional.

Habremos de concluir en este punto que necesariamente debe existir una integración entre las acciones que llevamos a cabo y las normas bajo las cuales nos regimos con la finalidad de llegar a construir una personalidad profesional coherente, armoniosa, capaz de intervenir desde un lugar ético y deontológico.

REFERENCIAS

- Ámela, V. (2003, 5 de mayo). *La felicidad es siempre posible*. La vanguardia. p. 20
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*: Pax. México.
- Bertalanffy, L. (1993). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos y aplicaciones*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós
- Botinelli, M. (2003). *Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*. Buenos Aires: Gráfica Hels.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z. y Giaconia, R. M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 251-272.
- Castro, M., Margain M., (2003) *Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: Un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida*. México, Cuadernos de Prevención del Instituto Nacional para la Prevención de Riesgos, A.C.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1996) Código Deontológico del Psicólogo. www.cop.es/cop/codigo.htm
- Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C (2007) *Código de ética profesional*
- Cyrułnik B., (2002) *Los Patitos Feos, La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, Edit. Gedisa.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. México: Paidós
- Dumont, M. y Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Dunker, M y Slade, R. (1995). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. México: Limusa
- Eguiluz, L (2001). *La Teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México FESI y Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eguiluz, L. Comp. (2004). *Terapia Familiar. Su Uso Hoy en Día*. México: Pax México

- Ehrensaft, E, Tousignant M., (2001) Ecología humana y social de la resiliencia. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 159-173) Barcelona, Edit. Gedisa, pp.
- Espinosa, S. R: (2001) *Notas Sobre Equipo Reflexivo*.
- Espinosa, S. R (2005) Conferencia del Seminario de Modelos Posmodernos. FES. Iztacala UNAM.
- Fernández, A. (1985). *El campo grupal. Notas para una geneología*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Fisch, R; Weakland, J y Segal, L (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- García, C. (2002). *Cómo los estilos de comunicación influyen en familias resilientes*. Madrid: Universidad Santo Tomas.
- García, C. Salvanes, P y Alamo, G. (2002) *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid: Panamericana
- García, R. J. (2004). *Principios y valores éticos de los psicólogos y las psicólogas*. La Misión: Revista electrónica de Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.
- García, J. (2004) *Código ético del psicólogo*. México: Trillas
- Gergen, K. y Warthus, L. *La terapia como una construcción social. Dimensiones, Deliberaciones y Divergencias*.
- Gómez, G y Alonso, F. (2001) *Consideraciones Psicobiológicas sobre las adicciones alimentarias*. Revista de Salud Mental, vol. 24 (2) pp. 16.23
- Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1986). *Terapia no convencional*. Buenos Aires Amorrortu.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista., P. (1999). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill
- Herscovici, C y Bay, L. (1990). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Argentina: Paidós
- Humphreys, J. C. (2001). Resilience in children of battered women. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 33 (3), pp. 245-251.
- Imber-Black, E; Roberts, J. Y Whiting, R. (comps) (1997) *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. (1987) *Estética del cambio*. México: Paidós
- Kerlinger, F. (1999). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw-Hill.

- Kotliarenco M., Cáceres I., Fontecilla M. (1996). *Estado del Arte en Resiliencia*, OPS, Washington.
- Lemaire, J. (1977). *La pareja humana. Su vida, su muerte, su estructura*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Levi-Satrust, j. (1974). *La familia*. En *polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona, cuadernos Anagrama.
- Limón, A. G. (2005). *El Giro Interpretativo en Psicoterapia*. México: Pax México.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.
- Masías, C. (2001). *Resiliencia y programas preventivos*. Perú, Universidad Cayetano Heredia.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1994). *Familia y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Minuchin, S y Michael, N. (1998). *Técnicas de terapia familiar*. México, Buenos Aires Barcelona: Paidos
- Munist, M., Santos H., Kotliarenco M., Suárez E., Infante F., Grotberg E., (1998) *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia*. Organización Mundial de la Salud. U.S.A.
- Nardone, G. (2002) *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004) *Más allá de la Anorexia y la Bulimia*. México: Paidos
- Nieto, J (coord). (2002). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. México: Dirección General de Estudios de Posgrado. UNAM.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona. Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Un nuevo enfoque en psicoterapia. México: Paidos.
- Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los Trastornos Psicossomáticos*. Barcelona: Paidos
- Onnis, L. (1997). *La Palabra del Cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Ramírez, S. (1980). *El mexicano: Psicología de sus motivaciones*. México.
- Satir, V. (1991). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, Serrano, J. (1997). Estudio de casos. En: A. Baztán. *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México: Alfa-Omega. pp. 203-208
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.

- Stierlin, H. (1990) *¿Qué hay detrás de la puesta familiar: llaves sistemáticas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L. (Comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*: Pax. México
- Theis, A. (2001) La resiliencia en la literatura científica. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (45-57) Barcelona, Edit. Gedisa,
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, Edit. Síntesis. 117-234.
- Vanistendael S. (2001). La resiliencia en lo cotidiano. En Manciaux, M. (comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (227-238) Barcelona, Edit. Gedisa,
- Vanistandael, S. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos. Construir la resiliencia*. Barcelona, Edit. Gedisa.
- Vergara, C. N. (2006) Código deontológico y bioético. Unidad colegial profesional psicología. <http://www.galeon.com/nelrik/productos671766.html>
- Walsh, F. (1998). *Strenghtening family resilience*. New York, Guilford Press.
- Watzlawick, P; Weakland, J y Fisch, R. (1999). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitunidal study from birth to 32 years, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.
- White, M. (1989). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa
- Wilson, S. R. (1985) Risk and resilience in early mental development. *Developmental*