



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

“LA VIOLENCIA Y LA TERAPIA FAMILIAR”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARTHA EDNA BARRIOS SERRANO

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
REVISORA: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
COMITÉ TUTORAL: MTRA. ROSARIO ESPINOZA SALCIDO
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILES
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2008



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

Quiero agradecer a cada una de las personas que han contribuido para que la *Universidad Nacional Autónoma de México* exista y siga siendo la magna institución que es. Gracias UNAM por abrirme tus puertas a lo largo de mi vida.

Gracias a otro grande, el *Instituto Politécnico Nacional* quien desde el inicio de mi trayectoria laboral, me ha brindado la oportunidad de proyectarme y crecer humana y profesionalmente.

A mi maravilloso grupo de compañer@s y amig@s (*Anel, Arturo, Fania, Liliana, Linda, Manuel, Marina, Regina y Susana*) gracias porque desde el primer día, contribuyeron para que esta aventura fuera menos difícil y sumamente especial.

Les doy las gracias a mis maestr@s, por compartir su valiosa experiencia, por su entusiasmo y gran ejemplo.

A mis amigochas Lety y Carito, que estuvieron conmigo desde que esto era apenas un sueño y que me animaron siempre a seguir adelante; también a toda la comunidad Taxqueña, que siempre me echaron porras. Mil gracias.

Familia postiza (Hernández Oropeza), gracias porque han sido un gran apoyo los últimos 20 años de mi vida.

No podían faltar los Serrano, ni los Barrios, mi hermano y mi choby; ell@s son mis raíces, me arraigan a mi pueblo y me revitalizan cada vez que tengo la oportunidad de estar con ell@s. Gracias familia!!!.

Ma, aunque no estás físicamente, se que estás conmigo y sabes que todo esto es obra tuya, te amo.

Y sobre todo a ti, que no me abandonas y me rodeas siempre de tanto amor.

ÍNDICE

I. Introducción y Justificación

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar
 - 1.1. Características del campo psicosocial 5
 - 1.2. Principales problemas que presentan las familias 7
 - 1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada 13
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico
 - 2.1. Descripción de los escenarios14
 - 2.2. Análisis sistémico de los escenarios 20
 - 2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenario del trabajo clínico 28

II. Marco Teórico

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo
 - 1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna 30
 - 1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:
 - 1.2.1. Modelo Estructural 45
 - 1.2.2. Modelo Estratégico 55
 - 1.2.3. Modelo Terapia Breve 62
 - 1.2.4. Modelo Terapia Breve Centrada en la Solución 71
 - 1.2.5. Modelo de Milán 76
 - 1.2.6. Terapias Posmodernas
 - 1.2.6.1. Modelo Terapia Narrativa 81
 - 1.2.6.2. Modelo Terapia Colaborativa 89

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

- 1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia
 - 1.1.1 Primer caso “Distimia y violencia en el subsistema fraterno” 103
 - 1.1.2 Segundo Caso “Atrapada ¿sin salida?” 115
- 1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias123
- 1.3. Análisis del sistema terapéutico total 129

2. Habilidades de Investigación

- 2.1. Reporte de la investigación
 - 2.1.1. Investigación cuantitativa “Escala de atmósfera emocional” 132
 - 2.1.2. Investigación cualitativa “Prevención de relaciones de noviazgo violentas en la adolescencia” 143

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

- 3.1. Productos tecnológicos 151
 - 3.1.1. Boletín Enlace Vecinal 151
 - 3.1.2. Taller: “Tratamiento de Adolescentes en la Institución” 156
- 3.2. Programa de intervención comunitaria 157
- 3.3. Trabajo presentado en foro académico 163

4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

- 4.1 Consideraciones éticas emergidas de la práctica profesional 163

IV. Consideraciones Finales

- 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas 166
- 2. Incidencia en el campo psicosocial 167
- 3. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo 168

V. Referencias 170

VI. Anexos 174

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

1.1. Características del campo psicosocial

Estamos en los albores del siglo XXI, en un mundo que aparece extrañamente nuevo ante las miradas de todos aquellos que pertenecemos al “siglo pasado”, estamos atónitos, tratando de comprender, de darle una lógica, de apropiarnos de un mundo que se vino gestando ante nuestros ojos, pero que nos ha rebasado. Tenemos sobre nuestros hombros grandes responsabilidades ante las nuevas generaciones, pero también un gran número de limitaciones ante las exigencias de la actualidad, producto de toda una revolución generada por la fluidez y prontitud del manejo de la información. **La postmodernidad**¹ trae consigo una serie de transformaciones en la vida humana que le afectan en múltiples aspectos, entre los cuales se encuentran el planteamiento de un **nuevo paradigma cognoscitivo** que retoma el sentido de las relaciones entre las partes y el todo; un **nuevo esquema económico** que desplaza a los obreros con las nuevas tecnologías y fomenta el consumismo de acuerdo a la moda; un **cambio en la dinámica de la comunicación** que tiene como consecuencia el acortamiento de las distancias físicas y temporales, con sus respectivas implicaciones; el **fracaso del fundamento y de la promesa de la Modernidad**, en donde el progreso indefinido se transformó en catástrofe para el mundo, deshumanizando al hombre; **un sujeto que se diluye** en los aparentes nuevos valores, donde prevalecen la cultura de la afectividad, del capricho y hasta de la violencia sumiéndolo en una contradicción contrastante; **una ética que llega a su crisis** generando confusión en el ser humano en cuanto a los valores a seguir, quien como producto de esa confusión ahora sólo vive el momento y no se compromete (Cely, 1999).

El proceso de **globalización**², el cual se originara en el ámbito de la economía y cuyo desarrollo e implementación estamos viviendo con mayor intensidad en esta época; así como las amenazas hacia la humanidad, implícitas en la posibilidad latente de guerra, la sobrepoblación, la devastación de los recursos naturales, que han mermado el optimismo de las épocas pasadas, en donde el progreso era el

¹ “Calificada de contra-cultura o anti-modernidad porque se opone fundamentalmente a la cultura moderna que antes tildamos de racionalista, cientifista, tecnócrata, ideologizada, formalista y legalista, moralmente rigorista y secularista” (Cely, 1999, p. 192)

² Propuestas teóricas encaminadas a los sistemas de comunicación y las condiciones económicas que favorecen la movilidad de los recursos financieros y comerciales (Reyes, 2002), con el propósito de alcanzar un orden común global (Muñiz y Suárez, 2003).

camino hacia la felicidad, dejando en su lugar un sentimiento de pesimismo, sin la esperanza de un futuro mejor (García, 1986); han tenido repercusiones en todos los escenarios en donde el ser humano se desenvuelve, con sus respectivas implicaciones. Entre ellas se encuentra la reconceptualización de algunas instituciones sociales como son el estado, la iglesia y la familia; han aparecido una serie de ideologías que llevan al cuestionamiento de la estructura familiar que había prevalecido hasta hace poco, con la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la planificación familiar y la nueva dinámica laboral; el matrimonio empieza a ser desechado de los planes de las nuevas generaciones, quienes ante él, se muestran inseguros y desconfiados. El matrimonio responde pues, más a las necesidades de la sociedad, que a las necesidades afectivas del individuo, quien ya no busca en él, el amor y la comprensión que se esperaba (Palacios, 2005).

En las familias que se forman, se han venido suscitando cambios en las relaciones de los individuos que la conforman, en su estructura y su organización. Por ejemplo, las nuevas exigencias económicas, prácticamente obligan a ambos cónyuges a introducirse al mercado laboral, provocando la necesidad de invertir gran parte de su tiempo, tanto en su formación o capacitación, como en el desempeño de sus funciones laborales, lo cual hace necesario postergar la llegada de los hijos, limitar el número de éstos, compartir las actividades que antes eran asignadas a un solo rol y requerir de instituciones sociales externas que cubran las funciones que para los cónyuges ya no es posible. Así mismo, en los jóvenes ha germinado la inquietud por independizarse a edades más tempranas, eludir el compromiso matrimonial favoreciendo la inclinación por la soltería y el “madresolterismo” (Cely, 1999).

Con estos antecedentes, pareciera ser que la tendencia apunta hacia la extinción de la familia, la pregunta en consecuencia serían ¿cuál será el futuro de esta agente socializador?. Pilar García (1986) considera que existen tres posturas que tratan de responder este cuestionamiento, los **optimistas** quienes piensan que en esta nueva sociedad que denominan del ocio (provocado por el uso de las nuevas tecnologías), habrá la posibilidad de que las personas dispongan de mayor tiempo para dedicarlos a las relaciones humanas y familiares; retomando con ello su función estabilizadora para el sujeto. Por otro lado los **pesimistas** consideran que la familia se limitará, obligadamente, a los primeros años de vida de los seres humanos, debido a la incapacidad de éstos para valerse por si mismos desde su nacimiento; con la posibilidad de que en un futuro dichas labores sean realizadas mediante productos tecnológicos. Y finalmente los **evolucionistas** quienes consideran que la técnica ofrece muchas posibilidades, sin embargo jamás podrá sustituir los procesos que por naturaleza corresponden a la humanidad. Lo cierto es que la pregunta sigue latente.

1.2. Principales problemas que presentan las familias

El hombre es un ser social por naturaleza que a lo largo de su existencia se desenvuelve en diferentes ámbitos o grupos sociales, siendo **la familia el escenario fundamental** de su vida. Esta organización ha sido considerada como **agente básico** en los procesos de **socialización** y de aprendizaje, que van desde los hábitos culturales hasta la organización cognitiva del individuo y la conformación de su personalidad (Vielma, 2003). Entre sus funciones se encuentran, el reconocimiento de las necesidades individuales de sus miembros, el establecimiento de límites, claridad en cuanto a la naturaleza de las relaciones, estimulación de la autonomía, desarrollo de la capacidad para negociar desacuerdos, para manejar valores significativos y trascendentales, entre otras (Marvin y Steven, 2002). En esencia estas **funciones** tienen dos **propósitos**, la **protección psicosocial** de quienes la conforman por un lado, y por el otro, la **inserción** y **transmisión** a una **cultura** determinada (Minuchin, 1979).

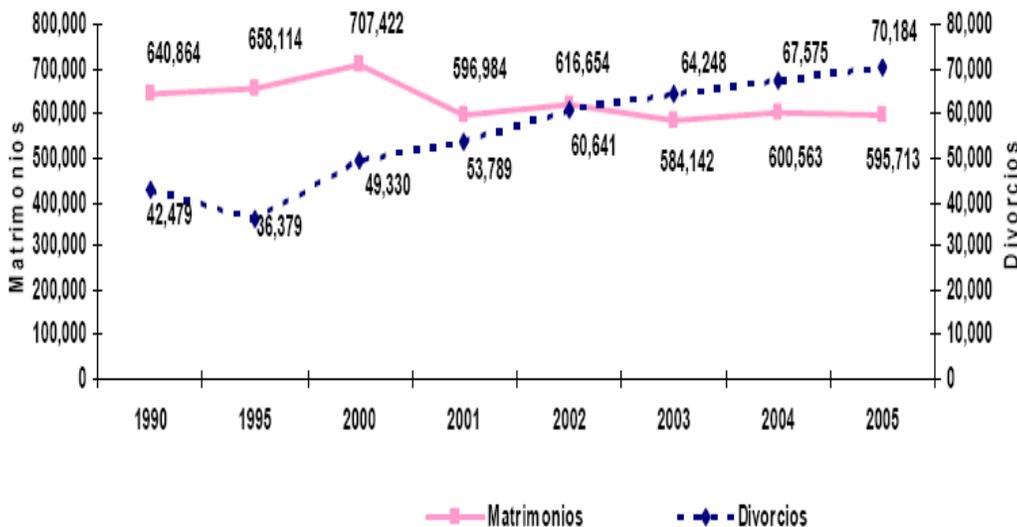
A lo largo de la **historia**, la organización familiar, así como las que se han considerado sus funciones, se han transformado paralelamente a los cambios que experimenta la sociedad (Minuchin, 1979). En el siglo XIX, la familia se caracterizaba por constituirse con base a matrimonios de compañía, en donde el centro de atención eran los hijos, la mujer comenzaba a emanciparse y la familia nuclear empezaba a deslindarse de la extensa y de la sociedad en general. Para finales de ese mismo siglo, se empezaba a hablar de la crisis del matrimonio y de la familia, debido a que el número de divorcios iba en aumento sin esperanzas de que la cifra se revirtiera: el índice de natalidad disminuía y la situación de la mujer era cambiante. Las instituciones sociales sustituían cada vez más las funciones que antaño correspondieran únicamente a la familia, debilitando los lazos entre sus miembros. Confiriéndole un enorme peso a la única y gran responsabilidad que ahora le correspondía, la expresión y manejo de las emociones de sus miembros; contradictoriamente al mismo tiempo se evidenciaba la necesidad de que se apoyara en los especialistas, los cuales tomaban mayor auge (Lasch, 1984; Andolfi y Zwerling, 1985).

Factores como el **deterioro** de la **economía** familiar, que obliga a la mujer a incursionar en el mundo laboral, dejando a los hijos a cargo de las guarderías, la televisión o la cultura de la calle; colocándola muchas veces en la disyuntiva de elegir entre trabajo y familia; la **educación deficiente**; el **delito** y las **drogas**; los **medios** masivos de **comunicación** que constantemente transmiten imágenes y mensajes que van en contra de los valores familiares; contribuyen al **deterioro** de la **familia**, volviendo a sus integrantes más vulnerables (Lasch, 1984). En el incipiente siglo XXI el panorama no ha cambiado, por el contrario se han sumado elementos que generan una gran **inestabilidad** dentro del **núcleo familiar**, como lo es la **violencia**, la cual pese a que

siempre ha formado parte de la experiencia humana, en las últimas décadas se ha convertido en una de las principales causas de muerte a nivel mundial, de acuerdo a los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (2002)³. En donde se hace evidente que son las mujeres y niñas las principalmente afectadas, situación que se ve justificada por las diferencias de género. En nuestro país, de acuerdo a las estadísticas del INEGI (2007)⁴, el 97.7% de la población, se agrupan fundamentalmente en hogares familiares, de los cuales el 67.5%, están integrados por la familia nuclear (jefe, cónyuge, hijos); seguida por aquellas en las que sólo vive uno de los cónyuges con los hijos (17.9%) y finalmente las constituidas por la pareja (11.1%).

Estas familias están conformadas en promedio por 4.3 integrantes. En ellas de cada 10 personas que aportan a la economía familiar, 6 son hombres y 4 son mujeres; pese a que el número de mujeres que participan en la economía familiar va en aumento, no se ha dado un cambio significativo en la distribución de las labores domésticas, en donde los varones siguen participando en menor medida. Por otro lado, a partir del año 2000, el número de matrimonios civiles ha ido disminuyendo gradualmente, así como aumentado el número de divorcios; para el 2005, se realizaron en nuestro país, 595,713 matrimonios, entre personas que fluctuaban entre los 25 y 27 años; mientras que en el mismo año se efectuaron 70,184 divorcios entre personas con edades entre 35 y 37 años; el 50% de las parejas que se divorciaron, vivieron juntas alrededor de 10 años. En la siguiente gráfica se muestran las tendencias en el número de matrimonios y divorcios.

Gráfica 1.- Total de matrimonios y divorcios (1990-2005)
 “Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana” Datos Nacionales/ 2007 (INEGI)



³ Informe mundial sobre la violencia y la salud, publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud, para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 2002

⁴ “Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana” Datos Nacionales/ 2007

Las principales causas de estos divorcios son la negación a contribuir en el gasto familiar o por amenazas e injurias; siendo las mujeres quienes con mayor frecuencia lo solicitan debido a estas causas. En la siguiente tabla se muestran dichos datos.

Tabla 1.- Distribución porcentual de divorcios judiciales según persona que lo solicita y a favor de quien se resuelve para cada causa de divorcio (2002-2005)
“Encuesta de la Dinámica de las relaciones 2003” (INEGI)

Causas de divorcio	Persona que lo solicita				A favor de quien se resuelve			
	Total	Hombre	Mujer	Ambos	Total	Hombre	Mujer	Ambos
2002								
Total	100.0	11.3	18.1	70.7	100.0	11.2	18.0	70.8
Mutuo consentimiento	100.0	NA	NA	100.0	100.0	NA	NA	100.0
Separación del hogar conyugal ^a	100.0	43.9	56.1	NA	100.0	44.0	56.0	NA
Abandono del hogar sin causa justificada	100.0	39.7	60.3	NA	100.0	39.6	60.4	NA
Negativa a contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar	100.0	6.2	93.8	NA	100.0	6.2	93.8	NA
Sevicia, amenazas e injurias	100.0	20.2	79.8	NA	100.0	20.0	80.0	NA
Incompatibilidad de caracteres	100.0	48.4	51.6	NA	100.0	49.0	51.0	NA
Adulterio	100.0	42.4	57.6	NA	100.0	42.2	57.8	NA
Otras causas ^b	100.0	21.2	78.8	NA	100.0	21.5	78.5	NA
2003								
Total	100.0	10.8	17.7	71.5	100.0	10.7	17.6	71.7
Mutuo consentimiento	100.0	NA	NA	100.0	100.0	NA	NA	100.0
Separación del hogar conyugal ^a	100.0	44.5	55.5	NA	100.0	44.4	55.6	NA
Abandono del hogar sin causa justificada	100.0	38.0	62.0	NA	100.0	37.9	62.1	NA
Negativa a contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar	100.0	6.4	93.6	NA	100.0	6.3	93.7	NA
Sevicia, amenazas e injurias	100.0	18.2	81.8	NA	100.0	18.0	82.0	NA
Incompatibilidad de caracteres	100.0	34.4	65.6	NA	100.0	34.2	65.8	NA
Adulterio	100.0	37.6	62.4	NA	100.0	38.1	61.9	NA
Otras causas ^b	100.0	18.9	81.1	NA	100.0	19.1	80.9	NA

continuación								
2004								
Total	100.0	12.8	19.7	67.5	100.0	12.5	20.0	67.5
Mutuo consentimiento	100.0	NA	NA	100.0	100.0	NA	NA	100.0
Separación del hogar conyugal ^a	100.0	44.0	54.9	1.1	100.0	43.1	55.8	1.1
Abandono del hogar sin causa justificada	100.0	39.6	59.4	1.0	100.0	39.0	59.9	1.0
Negativa a contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar	100.0	7.9	91.5	0.6	100.0	6.8	92.6	0.6
Sevicia, amenazas e injurias	100.0	18.9	79.7	1.4	100.0	17.7	80.9	1.4
Incompatibilidad de caracteres	100.0	35.5	53.2	11.4	100.0	34.9	53.7	11.4
Adulterio	100.0	38.4	53.0	8.7	100.0	34.6	55.6	9.8
Otras causas ^b	100.0	21.9	75.7	2.4	100.0	21.0	76.7	2.4
2005								
Total	100.0	12.9	19.3	67.8	100.0	12.5	19.6	67.8
Mutuo consentimiento	100.0	NA	NA	100.0	100.0	NA	NA	100.0
Separación del hogar conyugal ^a	100.0	44.6	54.3	1.1	100.0	43.5	55.4	1.1
Abandono del hogar sin causa justificada	100.0	40.1	59.1	0.8	100.0	39.6	59.5	0.8
Negativa a contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar	100.0	8.6	91.1	0.3	100.0	7.2	92.5	0.3
Sevicia, amenazas e injurias	100.0	20.9	78.4	0.6	100.0	20.2	79.2	0.6
Incompatibilidad de caracteres	100.0	35.9	52.1	12.1	100.0	35.6	52.4	12.1
Adulterio	100.0	38.3	54.2	7.5	100.0	34.5	57.7	7.8
Otras causas ^b	100.0	20.6	76.3	3.1	100.0	19.8	77.1	3.1
NOTA:	Excluye el <i>No especificado</i> según persona que lo solicita y a favor de quien se resuelve.							
^a	Incluye: separación del hogar conyugal por causa que justifique el divorcio y la separación de los cónyuges por dos o más años, independientemente del motivo.							
^b	Incluye: alumbramiento ilegítimo; propuesta de prostitución; incitación a la violencia; corrupción y maltrato a los hijos; enfermedad crónica o incurable y la impotencia incurable; enajenación mental incurable; declaración de ausencia o presunción de muerte; acusación calumniosa; haber cometido algún delito infamante; hábitos de juego, embriaguez, drogas; cometer acto delictivo contra el cónyuge; la bigamia; y cuando un cónyuge haya pedido el divorcio o nulidad del matrimonio por causa que no haya justificado.							
NA	No aplicable.							
FUENTE:	INEGI. <i>Estadísticas de Nupcialidad</i> .							

Lo mismo ha sucedido con el número de nacimientos, de 2,600,084 registrados en el 2002, a 2,567,906, registrados para el 2005. Llama la atención la relación que existe entre los nacimientos y el estado civil de las madres, el cual se muestra en la siguiente tabla. En esta puede observarse que los nacimientos en las mujeres que se encuentran en unión libre o casadas, ha disminuido del 1970 al 2000; mientras que se ha mantenido el promedio, en aquellas mujeres que enviudaron, se separaron o divorciaron. Se observa un aumento en el de madres solteras.

Tabla 2.- Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 y más años por estado conyugal (1970-2000)
 “Encuesta de la Dinámica de las relaciones en los hogares 2003” (INEGI)



Estado conyugal	1970	1990	2000
Total	3.1	2.8	2.6
En unión libre	4.2	3.5	2.9
Casadas ^a	5.0	4.4	3.8
Viudas, divorciadas, separadas	4.9	4.9	4.9
Solteras	0.1	0.1	0.2

NOTA: Excluye a las mujeres que no especificaron si han tenido hijos y a las que sí han tenido hijos pero no especificaron el total de ellos.

^a Se refiere a casadas: civil y religiosamente, sólo por lo civil, y sólo religiosamente.

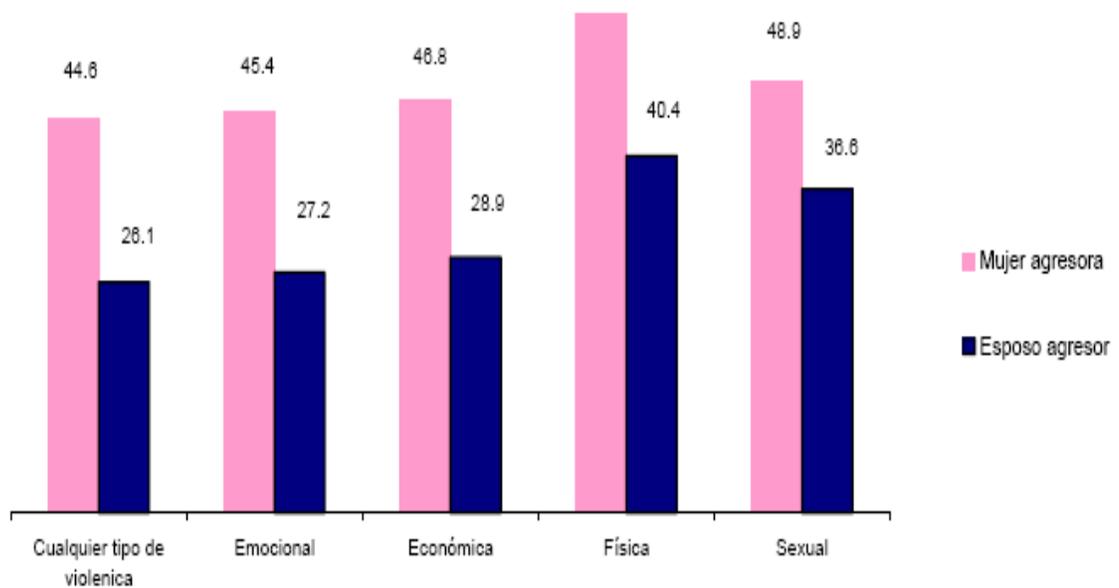
FUENTE: INEGI. *Censos de Población y Vivienda, 1970 a 2000.*

Finalmente en relación a la violencia, las estadísticas muestran que el 47% de las mujeres que viven en pareja, padecen algún tipo de violencia, prevaleciendo la violencia emocional y la económica. De éstas, la primera tiene efectos tan devastadores en las mujeres que la padecen, que las impulsa a intentar en contra de su vida. De ese 47%, el 10% experimenta violencia severa, la cual pone en riesgo su integridad física y emocional. Así mismo, se observa que 9 de cada 10 víctimas de delito sexual, son mujeres.

Desafortunadamente, las mujeres que viven en situación de violencia, a su vez, son las principales generadoras de violencia hacia sus hijos. Los tipos de maltrato infantil, que más se presentan son negligencia u omisión de cuidados; agresiones emocionales y físicas; abandono, abuso o explotación sexual comercial. Si no es la madre violentada la que maltrata, es el esposo o pareja quien lo hace (aunque cabe

señalar que es la mujer quien obtiene los porcentajes más altos de acuerdo a la gráfica); situando a estos menores en una situación muy vulnerable⁵;

Gráfica 2.- Porcentaje de mujeres que sufren violencia de pareja que declararon que ellas o su Cónyuge ejercen violencia contra sus hijos por tipo de violencia conyugal, 2003
“Encuesta de la Dinámica de las relaciones en los hogares 2003” (INEGI)



FUENTE: INEGI. Encuesta de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2003.

El maltrato hacia los niños tiene muchas consecuencias tanto a corto como a largo plazo, impactándolos a nivel emocional y psicológico, lo más grave es que están en riesgo de reproducir el esquema de abuso con otras personas, si no reciben apoyo terapéutico (Corsi, 1994).

Ante este panorama se manifiesta la necesidad de ofrecer alternativas a las familias mexicanas que favorezcan el desarrollo de habilidades para establecer relaciones intrafamiliares más satisfactorias. Permitiendo que los seres humanos logren satisfacer sus necesidades principales, desde temprana edad, dentro de este núcleo.

⁵ Encuesta de la dinámica de las relaciones en los hogares ENDIREH 2003

1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

La Terapia Familiar sistémica, igual que los demás enfoques terapéuticos, tiene como propósito favorecer cambios o mejoras en los problemas que atañen a los seres humanos. Sin embargo, la forma de lograrlo difiere significativamente de los enfoques tradicionales para quienes, el individuo y sus impulsos intrapsíquicos son la principal fuente de estudio.

La **Terapia Familiar** con enfoque sistémico contextualiza al individuo dentro del ámbito familiar, centrándose en las **pautas de organización**, desplazando así su interés del individuo a la familia y de los procesos intrapsíquicos a las **relaciones interpersonales**. Con la observación de la **constitución de la familia**, los **límites** que se establecen entre sus miembros, la forma de proceder ante las dificultades, las **pautas repetitivas** en el comportamiento colectivo; se generan nuevas áreas de intervención, que permiten promover cambios mucho más significativos, en un lapso de tiempo mucho menor. Incluso en los últimos años, sustentadas en las corrientes posmodernas, han surgido nuevas alternativas de abordaje, el foco de atención para las llamadas Terapias Posmodernas, es el lenguaje y los significados que el individuo atribuye a las situaciones que experimenta.

La **relación terapeuta-paciente**, es establecida de manera distinta, mientras que en los enfoques tradicionales, se pretende que el terapeuta mantenga cierta jerarquía en relación a su paciente y que sea lo más objetivo posible en el proceso terapéutico; aquí el terapeuta sabe que la **familia y él** forman un **nuevo sistema** con condiciones de funcionamiento particulares; por ende, sus conocimientos y su persona están en juego dentro del proceso terapéutico. Las historias, los cuentos y las cartas, entre otros, forman parte de las herramientas a través de las cuales, las familias y los individuos “co-construyen”, nuevas realidades que les permitan vivirse de una manera distinta y más llevadera.

Desde estas bases es que la Terapia Familiar ofrece una forma de abordaje distinto en este ámbito, por lo cual puede considerarse una nueva alternativa para proporcionar apoyo a la de por sí, endeble institución familiar. Son múltiples y diversos los trabajos que se han realizado con óptimos resultados desde este ámbito, a través de distintos los **modelos**⁶ desarrollados.

⁶ Entre ellos se encuentran el Modelo Estructural, el Estratégico, la Escuela de Milán, de Terapia Breve Centrada en las Soluciones; y a últimas fechas, las Terapias Posmodernas, (Narrativa y Colaborativa), con sus principios y características específicas. Cada uno de ellos desde sus particularidades, han hecho grandes aportaciones en la solución de los problemas a los que se enfrentan las familias.

La labor realizada por los terapeutas familiares en todo el mundo, ha logrado el reconocimiento de organizaciones a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud, quien en su informe mundial sobre la violencia y salud, señala que la Terapia Familiar ha demostrado ser útil para abordar las problemáticas relacionadas con la violencia, encontrándose además al alcance de las familias de todos los niveles socioeconómicos.

2.- Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

2.1. Descripción de los escenarios

La Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con la Coordinación de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Esta Coordinación desarrolla acciones vinculadas con las funciones sustantivas de docencia, investigación y servicio, primordialmente con aquellas responsables de prestar servicios de atención comunitaria, a través de diversos Centros y Programas. Es de ella de quien dependen los **Centros Comunitarios, “Dr. Guillermo Dávila” y “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”**, estos constituyen dos de los tres escenarios en donde fue desarrollado el trabajo clínico de la residencia.

Su historia data de 1977, cuando siendo directora de la Facultad de Psicología la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollan iniciativas para la creación de Centros de Atención a la Comunidad; cuyo objetivo era establecer un contacto más estrecho con la comunidad y dar servicio en las áreas de: educación, clínica, social y rehabilitación (Colotla y Urra, 2006; Lorentzen, 1986). Nacen entonces dos Centros de Servicio a la comunidad dependientes exclusivamente de la Facultad:

a) El Centro de Servicios Comunitarios coordinado por el Dr. Julián MacGregor, allá por 1981, donde los estudiantes de la Facultad tenían la oportunidad de realizar su servicio social; y que posteriormente llevaría el nombre de su coordinador.

b) El Centro de Servicios Psicológicos (ahora llamado “Dr. Guillermo Dávila”), que ofrecía servicio tanto a los estudiantes como a su familia nuclear, en el se desarrollaban actividades de docencia e investigación a nivel de estudios superiores; al principio surge adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquiere la autonomía en 1983.

El tercero de los escenarios, es el Hospital “Dr. Juan N. Navarro”, el cual forma parte de un órgano desconcentrado denominado Servicios de Atención Psiquiátrica y cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como la coordinación operativa y administrativa de dos Hospitales Psiquiátricos especializados más, el “Fray Bernardino Álvarez” y el “Dr. Samuel Ramírez Moreno”; así como de tres Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal denominados, “Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc” (Secretaría de Salud).

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

Este Centro está ubicado en el Edif. "D" Sótano, de la Facultad de Psicología, en Av. Universidad # 3004, Delegación Coyoacán, Colonia Copilco Universidad. En él se ofrece formación supervisada para los estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado, en diferentes corrientes psicológicas.



Se proporciona también servicio terapéutico en forma individual, grupal, de familia o pareja; así como diferentes talleres a los estudiantes, trabajadores de la Universidad y al público en general. Cuenta con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico.

Originalmente el Centro de Servicios Psicológicos, surge como un proyecto piloto; a partir del trabajo realizado en 1981 por el Dr. Lichtszajn y la Lic. Benavides, después de su visita al Centro que operaba en la Universidad de Austin, Texas. Una vez que hubieron establecido la estructura y funciones del Centro, convocaron a los maestros del nivel superior para que colaboraran en él, con el propósito de que fuese vinculado el trabajo docente con la práctica terapéutica, creándose así el primer seminario de entrenamiento.

Inicialmente el Centro estaba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, sin embargo adquiere la autonomía en el mes de mayo de 1983. Aunque en sus comienzos, la oferta de los servicios que ofrecía el lugar estaba dirigida a la población estudiantil de la Facultad de Psicología, así como a sus familias, posteriormente ésta se amplió a la comunidad en general.

El Centro de Servicios Psicológicos, debe su nombre al Dr. Guillermo Dávila, quien fue uno de los pioneros en el desarrollo de la psiquiatría y de la psicología en México.

Sus principales objetivos son:

- ☞ Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores y de posgrado.
- ☞ Proporcionar al estudiante, tanto de nivel superior como de posgrado, enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica
- ☞ Desarrollar programas de investigación, en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de la Facultad.
- ☞ Ofrecer servicio psicológico especializado a los estudiantes de la Facultad, sus familias y a la comunidad en general.

El Centro cuenta con una sala de espera y área de recepción; en una sola planta se ubican, del lado izquierdo, siete cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, un cubículo en donde se desempeñan funciones administrativas y se concentran los expedientes de todos los pacientes que son atendidos en el lugar. Del lado derecho, se localiza el área de recepción, cuatro salas para usos múltiples y tres salas de observación con cámara de gesell. En la planta baja de ese mismo edificio, se localizan otras dos salas con cámara de gesell, en donde también se realizaron algunas prácticas, sin embargo, éstas no son coordinadas por el Centro de Servicios Psicológicos.



**CENTRO COMUNITARIO
"DR. JULIÁN MACGREGOR Y
SÁNCHEZ NAVARRO"**

El Centro se ubica en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán. La zona abarca las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruiz Cortines, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo. Colonias que fueron formadas en los años 50's, principalmente con grupos de emigrantes llegados de otros estados o incluso de otras zonas del Distrito Federal.

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de la realización de una investigación en la Colonia Ruiz Cortines, impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián MacGregor. Dando pie a su fundación, en mayo de 1981,

con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles“. Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. MacGregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como un reconocimiento a la labor que desarrolló en él, desde su fundación hasta su muerte.

El Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”, tiene como **objetivos principales:**

- ☞ Participar en la **profesionalización de los estudiantes** de las diversas áreas de la Psicología, así como en los distintos niveles de formación (licenciatura, posgrado, especialización, etc.); mediante su incorporación en los programas y actividades del Centro, bajo la supervisión de profesores del área de competencia.
- ☞ Proporcionar **apoyo a la comunidad** mediante la creación de programas preventivos y de intervención, en las distintas áreas de la psicología; tomando en cuenta las principales problemáticas y el nivel de incidencia, que se presentan en dicha comunidad.

De los objetivos anteriores se desprenden diversas **funciones** como son:

- ☞ Proporcionar a los alumnos un escenario real para el desarrollo de sus habilidades profesionales a través de la formación en el **servicio comunitario** y de esta manera contribuir a su profesionalización.
- ☞ **Promover** permanente y constantemente los **programas y actividades** que en el Centro se realizan entre los profesores y el estudiantado, quienes tienen la oportunidad de insertarse en ellos, para llevar a cabo sus prácticas, servicio social, tesis o formación en la práctica.
- ☞ Proporcionar **servicios** tanto a nivel **preventivo** como de **intervención**, a los diferentes grupos de la comunidad de esta zona principalmente.
- ☞ Mantener relación estrecha con la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, así como con los distintos centros y programas.
- ☞ Establecer contacto e interacción con asociaciones, grupos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de **potenciar los programas** del Centro.

Se proporcionan diversos servicios psicológicos a la comunidad, a través de programas y actividades dirigidos a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad; ya sea a nivel individual, familiar o grupal; en áreas como adicciones, violencia, promoción de la salud o problemas escolares; a nivel preventivo. Estos se en el siguiente esquema:

**Esquema 1.- Programas Existentes Centro Comunitario
"Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"**



Actualmente el Centro Comunitario, cuenta con diversos espacios para llevar a cabo las múltiples actividades que en él se desarrollan. En el sótano se localizan dos cámaras de gesell, de las cuales una está equipada con audio; un salón de usos múltiples, una sala de lectura y dos cubículos. En la planta baja se localiza el área de recepción que cuenta con una sala de espera. El primer piso está conformado por la sala de cómputo, cinco cubículos, sala de juntas y una pequeña área de espera. Uno de los cubículos cuenta con circuito cerrado que se enlaza con la sala de juntas.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

El Hospital Psiquiátrico se encuentra ubicado en la Av. San Buenaventura No. 86, en la Colonia Belisario Domínguez, de la Delegación Tlalpan. Su creación obedeció a la reforma de asistencia psiquiátrica hospitalaria que sustentaba la creación de la Dirección de Salud Mental en el año de 1964, cuya finalidad principal consistió en sustituir el entonces Manicomio General de México, en el cual se concentraba este tipo de atención, por cinco unidades hospitalarias y un albergue lugares a donde fueron trasladados los mas de 2000 pacientes del Manicomio; éste se clausuró de manera definitiva en el año de 1968 (Secretaría de Salud).

Debido a que ya en el mismo Manicomio General se había detectado la necesidad de dar a los niños con trastornos mentales una atención diferente a la de los adultos dando pie a la creación de un pabellón exclusivo para ellos; al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", siendo este el primero en inaugurarse el 24 de octubre de 1966, de los cinco hospitales que se construyeron (Secretaría de Salud).

Este hospital, único en su género otorga desde entonces, **atención primaria** (promoción de salud mental e identificación temprana), **atención secundaria** (diagnóstico oportuno y tratamiento) y **terciaria** (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. Tiene como propósito, ofrecer servicios psiquiátricos de calidad a niños y jóvenes, mediante un modelo multidisciplinario, que toma en cuenta el padecimiento, la edad y sexo del paciente. Cuenta con cinco **áreas fundamentales**:

- ☞ Hospitalización continua
- ☞ Hospitalización parcial
- ☞ Consulta externa
- ☞ Psiquiatría comunitaria, que ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.
- ☞ Enseñanza, que apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.

Se proporciona **atención en dos modalidades**, la atención **urgente** y la consulta **no urgente**. En los últimos años se han fomentado las intervenciones multidisciplinarias que incluyen los servicios de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Servicios Médicos Diagnósticos, Terapéuticos y de Rehabilitación. Se han integrado equipos de trabajo enfocados en actividades por psicopatología y etapas de desarrollo a través de clínicas. El especialista de primer contacto es el Paidopsiquiatra, quien coordina el equipo, siendo responsable de la atención integral del usuario.

Respecto a la infraestructura, el Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con ciento veinte camas, tres consultorios de urgencias, diecinueve consultorios, tres equipos de radiología, tres unidades dentales, dos aulas, dos aulas para talleres, dos áreas de rehabilitación y una cámara de gesell.

2.2. Análisis sistémico de los escenarios (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.)

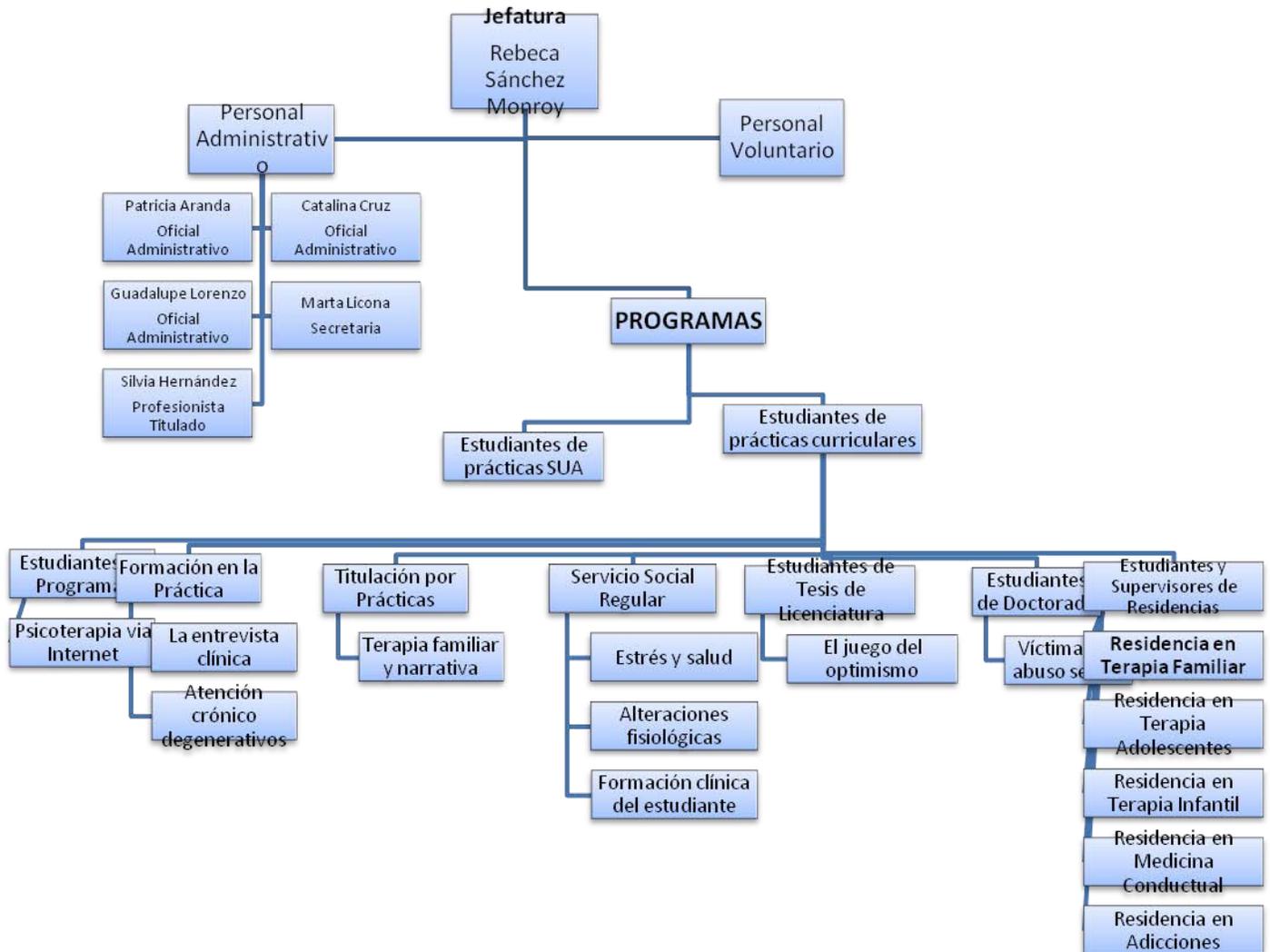
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

En este Centro también se involucran docentes supervisores y estudiantes de Licenciatura, Maestría y Doctorado. Ellos son los responsables de atender a los pacientes canalizados, conforme a la especialidad que manejan.

El **Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”**, tiene como responsable a la Lic. Rebeca Sánchez, quien se encarga de la supervisión general del funcionamiento del Centro, la administración de los espacios y la coordinación de las actividades que en él se llevan a cabo. Cuenta con el apoyo administrativo de personal de la Facultad contratado para este fin y de personal voluntario, quienes se encargan de atender la recepción, facilitar el acceso a los cubículos y cámaras de gesell, así como del manejo del equipo y materiales que se encuentra en ellas. También llevan el control administrativo de los recibos de pagos, que los usuarios les entregan para recibir los servicios. El organigrama se refleja en el Esquema 2.

Al llegar al centro comunitario a solicitar el servicio, los usuarios son atendidos por personal administrativo, pasantes de licenciatura o practicantes de las diferentes residencias. Ahí, se proporciona la información general correspondiente de los diferentes servicios que se prestan en el lugar como son el servicio terapéutico y diversos talleres.

Esquema 2.- Organigrama del Centro Comunitario “Dr. Guillermo Dávila”



Para obtener el **Servicio Terapéutico**, el usuario requiere presentarse de 8:30 a 9:30 de la mañana o de 4:00 a 5:00 de la tarde para **Pre-consulta**, lo cual requiere que se cubra la cuota de recuperación correspondiente. La Pre-consulta, es elaborada por los alumnos de licenciatura o de las distintas residencias del posgrado. En ella, se dan a conocer los lineamientos de trabajo del Centro, requiriendo firma de conformidad por parte del usuario. Así mismo se toman los datos generales del paciente, se elabora el familograma y se obtiene un panorama general acerca de la problemática que requiere atención. Con la información obtenida, el paciente es canalizado al programa que sea considerado de mayor utilidad para la su situación particular.

Las pre-consultas de los pacientes son enviadas a los responsables de los diversos programas, para ser atendidos de acuerdo a la modalidad de cada uno de ellos. En lo que respecta a la **formación con supervisión**, un docente de la especialidad, supervisa tras el espejo en conjunto con el resto del grupo, el trabajo terapéutico que realizan los alumnos que fungen como terapeutas, con los pacientes que les fueron canalizados, bajo la perspectiva de los distintos modelos de intervención que abordan a lo largo de los diferentes semestres.

Finalmente en relación a los **Talleres**, para la realización de los mismos, una vez elaborados, se lleva a cabo la promoción mediante posters, trípticos y folletos ilustrativos. Las personas interesadas acuden al centro comunitario a solicitar su inscripción, al igual que con el servicio terapéutico, cubren la cuota de recuperación correspondiente y se presentan el día, a la hora y en el lugar especificado en la propaganda.

CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MACGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

Actualmente este Centro Comunitario se encuentra a cargo de la **Mtra. Noemí Díaz Marroquín**, quien es la responsable de la administración, supervisión y coordinación de todo el lugar. Cuenta con personal que funge como **apoyo administrativo** a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia. Por cada uno de los **Programas y Servicios Terapéuticos** (de acuerdo al enfoque psicológico) que se llevan a cabo, existe un **docente**, que funge como **Coordinador**. A continuación se presenta el organigrama del Centro.

Esquema 3.- Organigrama Centro Comunitario
 “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”



Es la secretaria del Centro quien se encarga de proporcionar información general acerca de las actividades que se realizan. Así mismo, lleva el registro en la lista de espera, de las personas que vía telefónica o directamente acuden a solicitar el servicio y se encarga además de la recepción de los pacientes que acuden a consulta o a los distintos eventos. Esta lista de espera está a disposición de los practicantes, con el fin de que seleccionen a los pacientes a quienes les otorgarán el servicio, de acuerdo a su demanda. Es a ella a quien se le entregan también los reportes mensuales de ingresos

derivados de las cuotas de los usuarios. El resto del personal administrativo, realiza las labores de vigilancia e intendencia correspondientes.

Los Coordinadores de los Programas y Servicios Terapéuticos, fungen como supervisores del alumnado que acude al Centro para llevar a cabo sus prácticas. Son los responsables de las actividades que éstos realizan, siguiendo el procedimiento que se describe más adelante.

A **nivel preventivo**, son diversas las acciones que se realizan, **pláticas** informativas, **conferencias**, ciclos de **cine debate**, **talleres**, y **grupos de reflexión**. La organización de éstas consta de los siguientes pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acordar fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma.

En el **nivel de tratamiento**, el servicio terapéutico que se proporciona puede ser a nivel individual, familiar o grupal. Los enfoques psicológicos que se manejan para otorgar el servicio son Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual y Psicodinámico. Este está a cargo de los maestros y alumnos que prestan su servicio en el lugar.

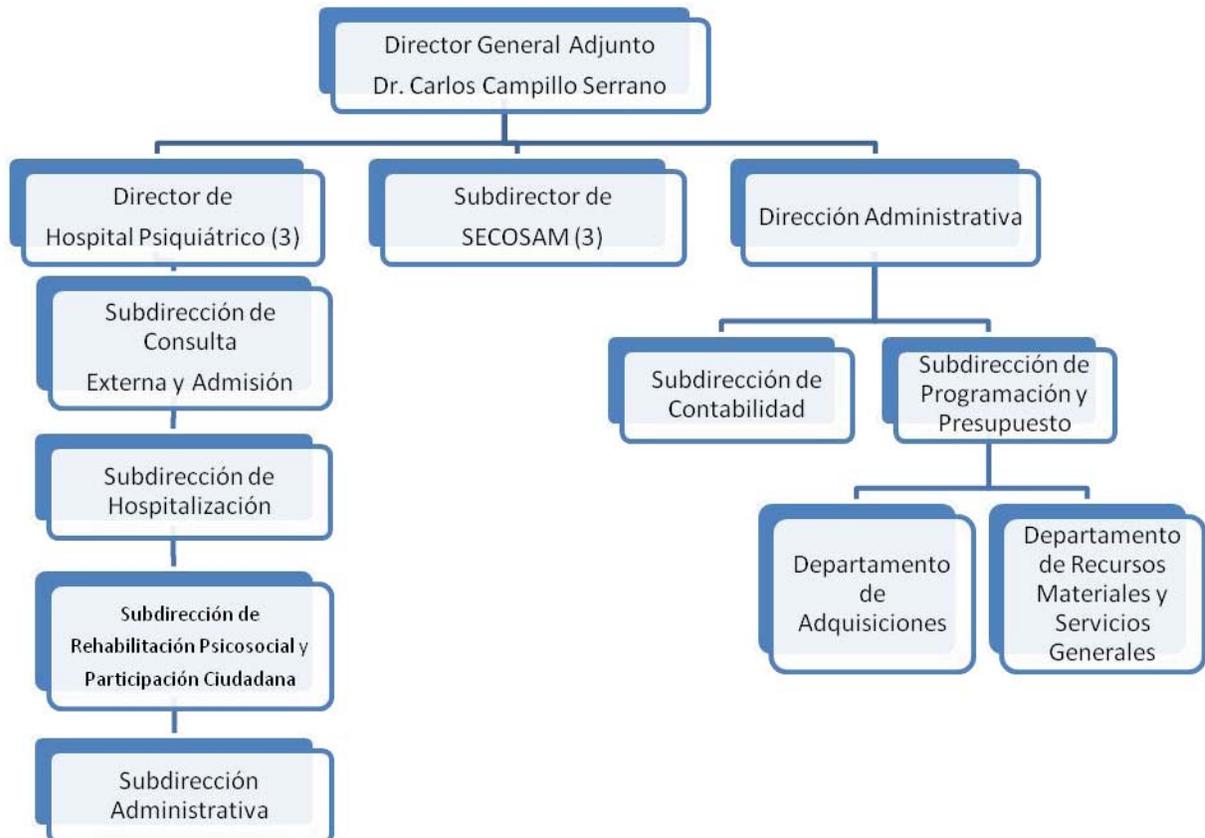
Los practicantes hacen contacto con los pacientes en lista de espera, para concertar una primera cita la cual es considerada como la primera entrevista; para posteriormente hacerse cargo del caso. El alumno es también responsable de la recepción de las cuotas de recuperación, de las cuales rinde un informe mensual que entrega al personal administrativo, junto con el monto total de las mismas.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”, en su estructura orgánica, cuenta con una Dirección, conformada a su vez por cuatro Subdirecciones, como son la de Consulta Externa y Admisión, de Hospitalización, de Rehabilitación Psicosocial y Participación Ciudadana, y finalmente la Administrativa. Por su gran capacidad, la dinámica dentro del Hospital es compleja, sin embargo, en el **Esquema 4** se presentan los aspectos más relevantes de los servicios que se proporcionan.

Para solicitar el servicio, es necesario que los pacientes cubran algunos requisitos, como no contar con algún otro servicio médico, acudir por voluntad propia y acompañado de los padres o representante legal. Así mismo es necesario presentar documento de referencia de alguna institución, copia del acta de nacimiento, de la identificación oficial del adulto y comprobante de domicilio.

Esquema 4.- Estructura Orgánica, Servicios de Atención Psiquiátrica (Secretaría de Salud)



Con el paso de los años se ha desarrollado un modelo de atención multidisciplinario, para atender y dar solución a los problemas de salud mental en niños y jóvenes, el cual toma en cuenta el padecimiento, la edad y el sexo del paciente. Los servicios se concentran en cinco áreas fundamentales, estas son:

- ☞ Consulta externa
- ☞ Hospitalización parcial
- ☞ Hospitalización continua

☞ Psiquiatría Comunitaria

☞ Enseñanza

El servicio de **Consulta Externa**, hace referencia a la atención que se presta a los usuarios que no se encuentran hospitalizados y que siguen algún tratamiento específico. El horario de atención es de las 7:00 a las 14:00 hrs., y tiene las siguientes especialidades:

Tabla 3.- Especialidades de Consulta Externa
Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Especialidad	Población	Área de Atención
Clínica del Desarrollo	Menores de 18 años	☞ Retraso Mental ☞ Niños con Alto Riesgo
Clínica de las Emociones	Entre 6 y 18 años	☞ Ansiedad ☞ Depresión ☞ Fobias ☞ Reacciones de Adaptación
Clínica de los Trastornos de Conducta	Entre 6 y 12 años	Trastornos: ☞ Hipercinéticos ☞ Comportamiento Social ☞ Aprendizaje Escolar ☞ Disocial
Clínica del Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS)	Niños, Adolescentes y sus Familiares	☞ Abuso Sexual
Clínica de Sueño	Niños	☞ Trastorno de Sueño ☞ Ansiedad
Clínica de la Adolescencia	Entre 12 y 17 años	☞ Depresión ☞ Aprendizaje ☞ Trastornos Alimentarios
Psiquiatría Legal	Menores de Edad (Referidos de Juzgados)	☞ Peritajes Psicológicos ☞ Peritajes Psiquiátricos

Como se mencionó con anterioridad, en el Hospital se brindan dos modalidades de atención, consulta no urgente y atención urgente. En la **consulta no urgente** son atendidos los problemas de aprendizaje escolar, emocionales o de comportamiento, que no pongan en riesgo la vida del paciente o de quienes le rodean; así como aquellos del comportamiento de larga evolución (años).

Se atienden de manera **urgente**, los casos que implican conducta agresiva incontrolable; los intentos de suicidio acontecidos recientemente; las crisis de angustia; la intoxicación actual por drogas o medicamentos; la inquietud y agresividad incontrolable; o aquellas fallas graves de conducta que no pueden ser controladas con la intervención de la familia. Los servicios de **Urgencias y Hospitalización Continua**, son proporcionados las 24 hrs., a lo largo de todo el año.

Se cuenta con dos Unidades Especializadas:

- ☞ **Paidea.** Esta unidad atiende a menores de ambos sexos con problemas relacionados con la farmacodependencia, en un modelo de atención similar a una comunidad terapéutica, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional además de las propias de su tratamiento. La unidad atiende de las 8 a las 16 horas, de lunes a viernes.
- ☞ **Unidad de Adolescentes para varones y mujeres.** En esta unidad cuenta con áreas separadas para varones y mujeres, donde se atiende a adolescentes (entre 12 y 17 años), con trastornos psiquiátricos graves que requieren de hospitalización para su manejo, como depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de conducta.

Al igual que en los Centros Comunitarios, en el Hospital Psiquiátrico Infantil, también se desarrollan acciones preventivas en esta área de la salud dirigidas a la población infantil y adolescente. **La Psiquiatría Comunitaria**, está enfocada al trabajo comunitario encaminado a proporcionar educación para la salud, desarrollo de medidas preventivas e intervención temprana no hospitalaria.

La **Enseñanza** también forma parte de la dinámica cotidiana en el Hospital, se apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación; es aquí en donde tienen su participación las distintas residencias que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México, en sus estudios de posgrado.

2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenario de trabajo clínico

Fue en el Centro Comunitario “Dr. Guillermo Dávila”, en donde se llevaron a cabo las **Prácticas Supervisadas** de los Modelos Estructural, Estratégico, Terapia Breve, Escuela de Milán, Terapia Breve Centrada en las Soluciones y Terapias Posmodernas, al igual que la Práctica Clínica (Caso Continuo). Los horarios de atención fueron establecidos de acuerdo a los horarios de clase de cada práctica. La dinámica para la asignación de pacientes varió de acuerdo a las preferencias de cada uno de los docentes que fungieron como supervisores. En las prácticas de los Modelos Estratégico y de Terapia Breve, se organizaron equipos de dos y tres personas, para trabajar en **coterapia**. En la práctica del Modelo Estructural, Milán y Terapias Posmodernas, los pacientes fueron asignados de manera **individual**, conforme al rol establecido por los mismos alumnos de la residencia, con el propósito de que hubiese una distribución equitativa en todas las clases de este tipo. En la Práctica Clínica, la forma de trabajo se diversificó, ahí se asignaron pacientes de manera individual, en coterapia (entre compañeros) e inclusive en algunos casos el supervisor fungió como coterapeuta con algunas familias. Para que todos los alumnos tuvieran la oportunidad de ejercer la práctica, las **consultas** se programaron **quincenalmente** con cada paciente.

La **captación de pacientes**, se basó en la lista de espera con la que contaba este Centro; en coordinación con la responsable del mismo, se otorgaba un número determinado de posibles candidatos, que posteriormente eran contactados por los alumnos, para concretar la primera cita. Cabe mencionar que la canalización de los candidatos corrió a cuenta de la responsable del Centro, quien después de coleccionar información general sobre cada solicitante, mediante una preconsulta; determinaba que pacientes eran candidatos para ser tratados desde la perspectiva de la Terapia Familiar.

Como ya se mencionó, la preconsulta fue llevada a cabo por los alumnos de las distintas residencias de la Maestría en Psicología y de alumnos de la Licenciatura. Para desempeñar esta función, en el caso de la residencia en Terapia Familiar, se conformó un **rol de asistencia** y se elaboró un documento que contenía información acerca del proceso general de la preconsulta, así como una breve descripción de los programas

existentes para la canalización de los pacientes. Para la **asignación** de los **pacientes**, se tomaron en cuenta las preferencias de trabajo de los supervisores, los horarios disponibles, el número de residentes y de pacientes, los cuales fueron coordinados por los mismos integrantes del grupo.

Ya en las **sesiones**, cada terapeuta o equipo de terapeutas, se encargaba de la revisión de los datos arrojados por la preconsulta. Esta información era compartida en la **presesión** con aquellos que fungirían como equipo terapéutico, se delineaban las primeras hipótesis y se llevaba a cabo la primera consulta. Básicamente desde el inicio, fue desarrollado un **formato de supervisión**, en conformidad con todos los compañeros de la residencia, en el cual se realizaban las observaciones y aportaciones de cada miembro del grupo en relación al trabajo del o los terapeutas que atendían a las familias. Además de este formato, en el transcurso de cada sesión, el equipo terapéutico tenía la posibilidad de comunicar al/los terapeuta(s), aquellos planteamientos que consideraba importantes. El terapeuta era el responsable del llenado del expediente clínico de su paciente. Para las consultas subsecuentes, se presentaba un reporte por cada una de las sesiones, en donde se incluían las observaciones generadas por el equipo terapéutico. Concluida la consulta, se dedicaban alrededor de 30 minutos para la **postsesión**, en donde se retroalimentaba a quien o quienes habían fungido como terapeuta(s).

En el caso del Centro Comunitario **“Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”**, la dinámica fue levemente distinta. Primero porque los alumnos tenían la oportunidad de elegir, entre el Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro” y este Centro. La distribución se hizo de acuerdo a los intereses de cada compañero y los espacios disponibles. Ya en el Centro, se estableció contacto con la responsable del mismo, quien a través del personal administrativo, proporcionó la lista de espera de los diferentes pacientes, de la cual, fueron seleccionados aquellos que solicitaban atención en el horario matutino, mismo que podía ser cubierto por los alumnos de la residencia, conforme a su horario. Posteriormente se contactaba telefónicamente con ellos, para concertar la primera cita. Los pacientes fueron elegidos por los propios terapeutas, en los horarios acordados por ambas partes. La dinámica desarrollada para cada sesión fue básicamente la misma que en el Centro Comunitario “Dr. Guillermo Dávila”; la diferencia radicó en el número de participantes que conformaban el equipo terapéutico.

En el **Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**, la dinámica fue distinta en los siguientes aspectos. Los **pacientes** eran asignados a los terapeutas familiares por el responsable del área; las sesiones se llevaban a cabo en los espacios disponibles e incluso, en algunas ocasiones debido a la demanda, en los jardines del lugar. Las **supervisiones** se daban después de las sesiones, los terapeutas narraban la sesión a la responsable y con base a eso se hacía la retroalimentación.

II. MARCO TEÓRICO

1.- Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo:

Al hablar de epistemología, se hace referencia a “*el conjunto de reglas inmanentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad*” (Auerswald, en Fishman y Rosean, 1990, pág. 27). Hasta hace relativamente poco tiempo, la epistemología prevaleciente en el mundo de la ciencia basada en la física newtoniana, era la que predominaba para dar explicación a todos los fenómenos que sucedían en el mundo. Por lo tanto los científicos de las distintas ramas del conocimiento se perfilaban en la búsqueda de explicaciones causales de aquellos que estudiaban, reproduciéndolos en escenarios controlados, para así poder predecir y controlar su manifestación y posibles consecuencias. Persiguiendo como fin último, el establecimiento de leyes y principios universales que dieran explicación a todos los fenómenos que se manifiestan en el universo. Esta epistemología cuyas bases se sustentan en la lógica analítica, es considerada anatomista, reduccionista y anticontextual.

Sin embargo, hombres de ciencia como Planck y Einstein (citados en Auerswald, en Fishman et al, 1990), propusieron una manera distinta de pensar el tiempo, el espacio y el movimiento, revolucionando la forma de concebir el mundo y las relaciones entre los fenómenos que en él acontecen; dando pauta al nacimiento de la física cuántica. Es así como se van sentando las bases para el surgimiento de una nueva epistemología que se ha abierto paso cambiando las reglas sobre el pensamiento que sustenta a la “nueva ciencia” (Auerswald, en Fishman et al, 1990).

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

La epistemología recurrente, llamada también sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética surge del estudio de los sistemas vivos; plantea la ruptura con el pensamiento tradicional, a través del constante cuestionamiento de lo preestablecido. Pretende la ampliación de los panoramas a través de los cuales se acostumbra a percibir. Da respuesta a la explicación de los fenómenos que no podían ser explicados desde la epistemología lineal. Pone énfasis en la ecología, la relación y los sistemas totales, siendo congruente con la interrelación que se da entre el contexto y la complejidad (Kenney, 1987). Esta nueva epistemología es la que sustenta la Terapia Familiar Sistémica.

La Terapia Familiar Sistémica surge a finales de los años 50's, como una alternativa ante los métodos psicoanalíticos predominantes en esa época. Gregory Bateson es uno de los principales pensadores que con sus aportaciones ha favorecido el desarrollo y consolidación de este tipo de terapia. Entre sus principales elaboraciones sobre el mundo, se encuentra el considerar que en el mundo en general y por ende en todos los fenómenos y procesos que en él se manifiestan, existe una pauta que conecta; este mundo sólo es percibido mediante el establecimiento de distinciones, lo que da pie a la formación de una gran infinidad de universos posibles; la organización de dichos universos, requiere de cadenas circulares de determinación, cuya transformación se sujeta a reglas estables, pero que en sí mismas están sujetas a la transformación, descripción y clasificación de estos procesos de transformación, lo cual revela una jerarquía de tipos lógicos inmanentes en los fenómenos (Bateson, 1979).

Estos pensamientos, se reflejaron de manera contundente en su trabajo clínico, siendo sus principales aportaciones, la clasificación de la comunicación por niveles, significado, tipo lógico y aprendizaje; así como la incorporación del concepto de la "doble atadura" el cual hace referencia a la comunicación que se da en diferentes niveles y en donde una demanda manifiesta en un nivel, es solapadamente anulada o contradicha en otro; convirtiéndose en una patología cuando el doble vínculo se convierte en la forma de comunicación habitual, centrando la responsabilidad, en el individuo que se presenta más perturbado. Acuña el término de "**esquismogénesis**", para referirse a la existencia de algún acuerdo interno autoequilibrador, en los grupos sociales que mantienen bajo control los movimientos **esquismogénicos**, procesos de diferenciación entre normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos. El cual se divide en dos tipos de ciclos, los simétricos (reacciones esencialmente similares) y complementarios (reacciones distintas), (Bateson, 1979).

Bateson ofrece también, una analogía tomada de la teoría de los juegos, para explicar el comportamiento manifestado por las familias, a la cual llamó "**la danza infinita de las coaliciones cambiantes**", dinámica que presentan los sistemas, al pasar de una solución a otra, seleccionando siempre otra solución preferible a la que la precedió, como si lo tomara de una lista circular.

TEORIA GENERAL DE SISTEMAS

Otra de las contribuciones esenciales fue la de **Ludwig Von Bertalanffy** (1901-1972), quien desarrollara la **Teoría General de Sistemas**. Esta surge con la intención de ofrecer una teoría que pudiese explicar de manera generalizada los procesos que se llevaban a cabo en las diferentes ciencias. En palabras de su mismo autor, "*es una ciencia general*

de la **totalidad**", entendiéndose por totalidad, "*problemas de organización, fenómenos no descomponibles en acontecimientos locales, interacciones dinámicas manifiestas en la diferencia de conducta de partes aisladas o en una configuración superior*", "**sistemas** de varios órdenes, no comprensibles por investigación de sus respectivas partes aisladas" (Bertalanffy, 1991; pág. 37).

En la investigación general de los sistemas se manejan dos métodos de estudio, el empírico intuitivo y el de la teoría deductiva de los sistemas. El método empírico intuitivo, consiste en examinar varios sistemas y después ofrecer enunciados sobre las regularidades válidas encontradas. Aunque es esencialmente empírico, ha ofrecido principios básicos como los de totalidad, suma, centralización, diferenciación, parte conductora, sistemas cerrados y abiertos, finalidad, equifinalidad, crecimiento en el tiempo, etc.; que han sido usados de múltiples maneras. El método deductivo de los sistemas, considera el conjunto de todos los sistemas concebibles y entonces reduce el conjunto a dimensiones más razonables (Bertalanffy, 1991).

De acuerdo a Gurman (1981, citado en Ochoa, 1995) fue Bowen quien diferenciara la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy, de la que llamó Teoría Familiar de Sistemas. En su trabajo con esquizofrénicos y las madres de éstos, descubre la importancia de las relaciones interpersonales en el mantenimiento de la patología y llega a definir a la familia como un sistema que presenta variables de tipo emocional y relacional, que están vinculadas con la manera como funciona el sistema y la forma en que las emociones son expresadas.

En el ámbito terapéutico, lo anterior se traduce en la concepción de la familia como un sistema organizado, con reglas que regulan su desenvolvimiento, con mecanismos específicos que le permiten mantener su equilibrio o generar cambios internos. Parte del supuesto que asevera, que la conducta de un miembro del sistema no puede ser entendida separándola del resto de sus miembros, por lo cual para su tratamiento, la atención se centra en la observación de las relaciones que se establecen entre sus miembros; estas a su vez se encuentran dialécticamente vinculadas con las relaciones sociales que establece el sistema en su totalidad (Minuchin y Fishman, 1981; Andolfi, 1991). Este sistema cuenta con las características siguientes (Andolfi y Zwerling 1985):

- ☞ **Constante transformación**, con la capacidad para adaptarse a los cambios y exigencias tanto del contexto, como de los miembros que lo integran, evoluciona y con esto favorece su crecimiento. (Minuchin, 1979).

- ☞ **Activo que se autogobierna**, lo que implica que todos sus miembros tienen claro, lo que está permitido y lo que no; lo que sucede a uno repercute en el sistema total.
- ☞ **Abierto en interacción con otros sistemas**: Quiere decir que las relaciones que se dan dentro del sistema están relacionadas dialécticamente con las relaciones sociales que establece el sistema

Con estas bases, la Terapia Familiar se desprende de la vieja idea de centrar el tratamiento en el individuo que presenta la problemática, expandiéndose a la concepción de que el comportamiento de ese individuo es resultado de la relación que se establece en el sistema familiar. Los principios básicos que la Teoría de los Sistemas aporta a la Terapia familiar son (Sánchez y Gutiérrez, 2000):

1. Se concibe a la familia como un sistema organizado mediante reglas propias en donde sus elementos son independientes. El comportamiento de uno se comprende en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica está formada por subsistemas (parental,, fraterno y familia extensa), en su interior existen jerarquías(género, edad y función), que establecen obligaciones y responsabilidades.
3. El sistema familiar es regido por patrones circulares, (A influye en el comportamiento de B,C,D,etc.) por lo tanto la patología que presenta algún miembro del sistema, es considerada como de la familia, no del individuo.
4. La tendencia del sistema es mantener el equilibrio (homeostasis).
5. La evolución y los cambios están estrechamente relacionados a los sistemas abiertos; la familia es uno de ellos.

TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Con su **Teoría de la Comunicación Humana, Watzlawick, Beavin y Jackson (1991)**, plantean la posibilidad de ampliar el estudio del comportamiento centrándose en las manifestaciones observables en relación con su contexto, que tienen como medio de expresión, **la comunicación**; en todos los aspectos que esta implica, como son **sintéticos (transmisión), semánticos (significado) y pragmáticos (efectos)**. Para ellos, conducta y comunicación, son sinónimos ya que los datos de la pragmática no

son sólo las palabras, sino que se encuentra incluido el lenguaje corporal y los componentes que están inmersos en el contexto en donde se desarrolla, así como sus efectos tanto en el receptor como en el emisor. Lo que da la pauta para entender que el comportamiento responde a múltiples variables las cuales no pueden explicarse por sí mismas, sino en relación con las demás y la magnitud de dependencia entre ellas. El descubrimiento de la retroalimentación, la cual puede ser positiva (pérdida de equilibrio) o negativa (homeostasis), por parte de la Teoría de la Cibernética, rompe con el estigma de la linealidad y da un enfoque de circularidad a las relaciones; fortaleciendo de sobre manera la postura sustentada por la Teoría de la Comunicación.

Basados en los planteamientos de Watzlawick et al (1982), la **Teoría de los Grupos y la Teoría de Tipos Lógicos**, ofrecen una explicación en relación a la persistencia de los comportamientos y su estrecha relación con el cambio, pese a su naturaleza, aparentemente opuesta. En la **Teoría de los Grupos**, se considera que el **grupo** está formado por *miembros que son iguales en relación a una característica en particular*, de tal manera que la combinación de cualquiera de sus miembros da por resultado un miembro del grupo; entendiéndose por combinación, un cambio en el estado interno del grupo. Este último tiene distintas **propiedades**:

- a) Puede haber muchos cambios dentro del grupo, pero no fuera de él. Lo cual favorece cierta **estructura** que proporciona cierto orden.
- b) Se pueden combinar sus miembros en distintas secuencias y el resultado siempre es el mismo. Lo que quiere decir que puede haber **variación** en el **proceso**, pero **no** en el **resultado**.
- c) Existe un **miembro de identidad** en el grupo que al combinarse con otro, da por resultado ese mismo miembro. Es decir que un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.
- d) Todo miembro tiene su **recíproco u opuesto** y al combinarse el resultado es el miembro de identidad.

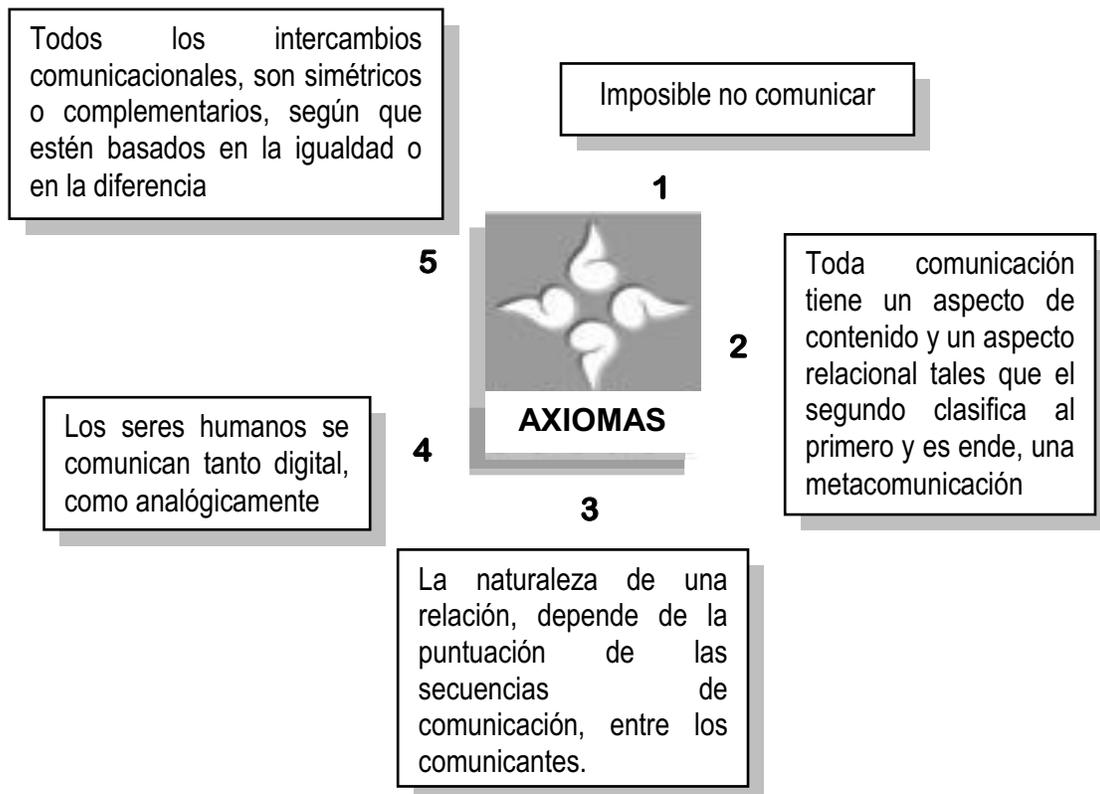
Los puntos anteriores reflejan **invarianza**, es decir, que *las combinaciones entre sus miembros da como resultado un miembro del mismo grupo*, lo cual sustenta el hecho de que mientras más cambian las cosas, más permanecen iguales. Los cambios que se generan dentro del mismo grupo, son denominados cambios de tipo uno (**cambio₁**).

La Teoría de los **Tipos Lógicos**, no utiliza el término de grupo, habla de colecciones de cosas unidas por una característica en común, la **totalidad** es denominada **clase** y

los **componentes** de la totalidad **miembros**. El *axioma principal* establece que una clase no puede ser miembro de ella misma, esto implica la existencia de niveles lógicos. En relación al cambio hace referencia al cambio de posición (**metacambio**), el cual implica siempre el nivel inmediatamente superior. En esencia, sus aportaciones se refieren a la separación de los niveles lógicos con el propósito de **evitar paradojas** y confusiones; y el hecho de pasar al nivel inmediatamente superior implica un cambio fuera del sistema, denominado **cambio₂**.

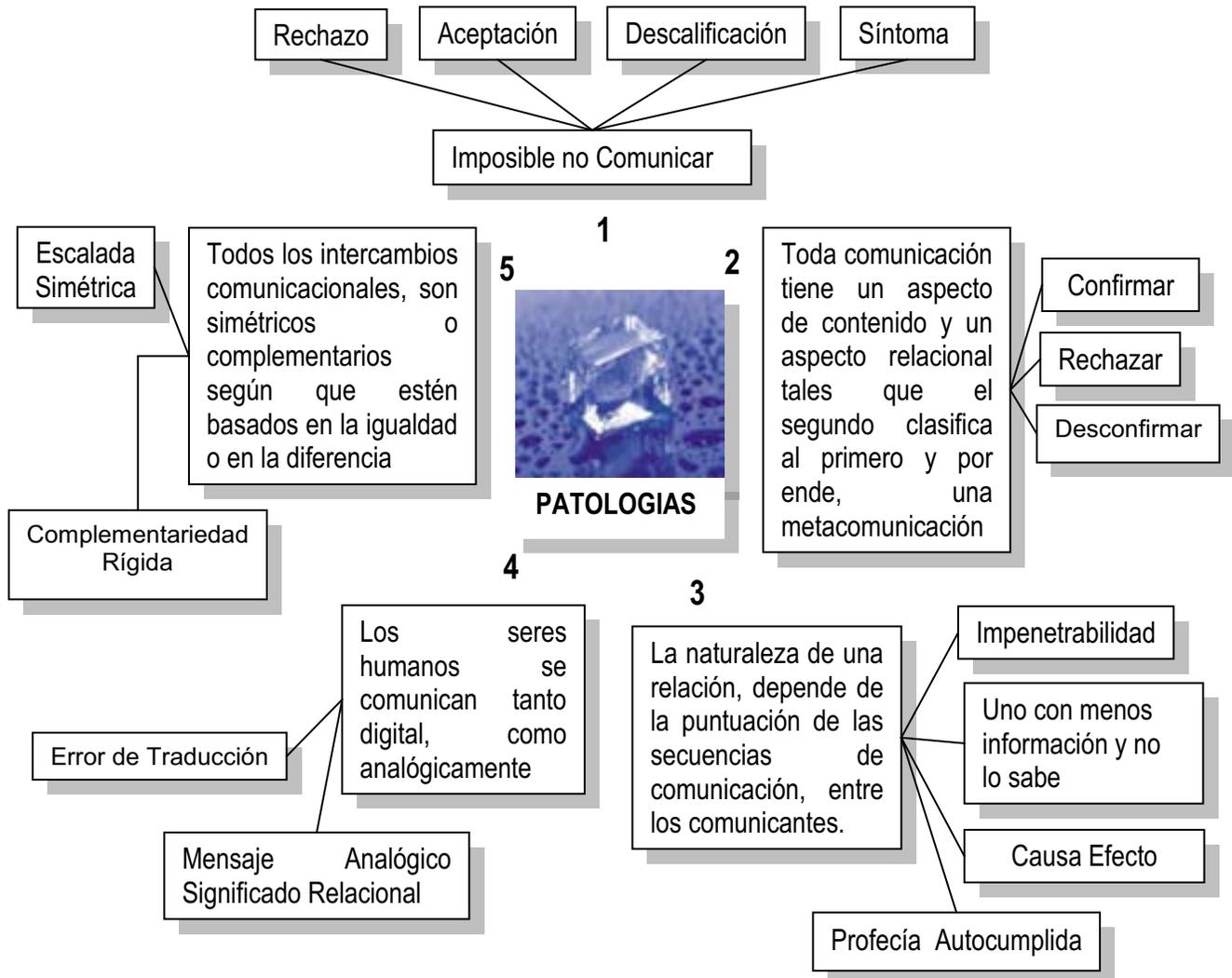
En relación al manejo de los **niveles lógicos**, la **Teoría de la Comunicación Humana** (Watzlawick et al, 1981), hace aportaciones importantes. Desde esta perspectiva se plantea que existen **5 axiomas** en la comunicación entre dos individuos. Si uno de estos, por alguna razón, no funciona, la comunicación puede fracasar, llegando inclusive a la generación de paradojas, callejones sin salida, debido a la confusión de los niveles lógicos en la comunicación (Watzlawick et al, 1982). Tales axiomas son expuestos en el Esquema 5.

Esquema 5.- Axiomas de la Comunicación
Watzlawick, Beavin y Jakson (1981)



La alteración en cualquiera de ellos generan una serie de patologías que consecuentemente dificultan la comunicación entre las personas, las patologías son:

Esquema 6.- Patologías de la Comunicación
Watzlawick, Beavin y Jakson (1981)



TEORIA DE LA CIBERNETICA

Se conoce como **Cibernética de Primer Orden** las aportaciones hechas por Norbert Wiener, quien en 1948 publica "**Cybernetics**"; él estaba convencido de que la cibernética era una alternativa para la explicación del comportamiento humano. (Sánchez y Gutiérrez, 2000). La cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, en ella podemos identificar dos clases de sucesos de manifestación de la pauta, los que envuelven lo material y los inmateriales. Sin embargo, observar el mundo desde la cibernética, implica dejar de ver solo lo material, evitar toda dicotomía lineal progresiva entre materia y pauta, cuerpo y mente. La cibernética surge a partir de la idea de que existe una pauta organizadora de los procesos tanto físicos como mentales; esta idea se vio reflejada en diversas publicaciones de los años cuarentas en donde apelaban al planteamiento de que las leyes que rigen la corporización de la mente deberían buscarse en las leyes que rigen la información y no la energía o la materia. Esto dio pie a que se llevaran a cabo una serie de encuentros entre investigadores interesados en el tema, siendo Norbert Wiener quien denominó "cibernética" a esta nueva forma de pensar (Keeney, 1987).

La aportación más significativa de esta teoría se basa en la idea de la **retroalimentación** (Keeney, 1987, Sánchez y Gutiérrez, 2000), la cual ha sido definida por Wiener (1954/1967, citado en Keeney, 1987) como el método mediante el cual se controla un sistema mediante la reintroducción de su desempeño en el pasado. De tal forma que se habla de retroalimentación simple, si la información obtenida solo se utiliza como dato numérico para evaluar el sistema y su regulación; empero si ésta logra modificar el método general y la pauta de funcionamiento actual, el proceso puede ser llamado aprendizaje.

Mediante la retroalimentación, los sistemas regulan su desempeño y se vuelven autocorrectivos, sin embargo, puede ser que la retroalimentación también produzca conductas desatinadas. A los procesos de cambio derivados de la retroalimentación que tienden a mantener la estabilidad se les denomina **homeostasis**; aquellos que no son controlados por un orden superior y que llevan a la destrucción del sistema **cismogénesis** (Keeney, 1987).

Basado en lo anterior Keeney (1987) considera que el terapeuta debe tener la habilidad para distinguir no solo la retroalimentación de orden simple, sino también aquella de orden superior; su objetivo es pues, el activar aquellos procesos de retroalimentación que favorezcan la autocorrección de la ecología perturbada.

En los años 70's, Heinz Von Foerster, publica "Cybernetics of Cybernetics", donde hace una crítica a los planteamientos de la cibernética de primer orden, por

mantener al observador fuera de lo observado. La **Cibernética de Segundo Orden**⁷ (Von Foerster, 1974, citado en Keeney, 1987) o **Cibernética de la Cibernética** (Mead, 1968, citada en Keeney, 1987), deja atrás el concepto de la caja negra, utilizado por la ingeniería, para centrar su atención en los órdenes superiores del proceso cibernético; lo cual se traducen en la inclusión del observador en el sistema observado. De esta perspectiva se desprenden dos conceptos principalmente el de **autorreferencia** y el de **autonomía** (Keeney, 1987).

El concepto de **autorreferencia**, tiene que ver con el hecho de que al incluir al observador en lo que observa, la descripción que del primero se desprende es autorreferencial; echando por tierra la idea de la objetividad y por ende la de subjetividad, ya que ambos conceptos representan un par complementario (Von Foerster, 1974). Ante esto, la cibernética de la cibernética propone como alternativa a la **ética**, la cual toma en cuenta la relación entre el observador y lo observado, enfocándose al análisis de la participación del primero en lo segundo (Keeney, 1987).

La **autonomía** de los sistemas se caracteriza por una organización cerrada y recurrente, hace referencia al mantenimiento de la totalidad del sistema. De acuerdo a Keeney (1987), los procesos cibernéticos que mantienen la totalidad del sistema son más complejos, mencionando que Maturana y Varela utilizaron el término "**autopoyesis**" para referirse a ellos. La autopoyesis, es definida por Andrew (1979, citado en Keeney, 1987, pág. 101), como "*la capacidad de los sistemas vivientes para desarrollar y mantener su propia organización, en cuyo caso la organización desarrollada y mantenida es idéntica a la que cumple las acciones de desarrollo y mantenimiento*". El hecho de que un sistema sea autónomo no implica que sea imposible interactuar con él o que en este no se produzcan cambios, se puede interactuar con la totalidad del sistema y cuando en él se produce un cambio, este se da en su estructura o la forma de mantener su organización (Keeney, 1987).

De acuerdo al planteamiento de Keeney (1987), la cibernética nos conduce a replantear la manera tradicional de conocer, invitándonos al reconocimiento de las pautas que conectan de manera recurrente las distinciones que hemos establecido. Nos invita a observar los sucesos organizados mediante un proceso de retroalimentación recursiva.

⁷ Denominación con las cuales Keeney (op.cit.) no está de acuerdo porque hacen referencia a una dualidad y dejando de lado los órdenes de recursión a que hace referencia la cibernética.

POSMODERNISMO

Se ha denominado posmodernismo a toda aquella serie de críticas que han surgido en contra de los postulados modernistas, mismos que hasta hace poco dominaban el ámbito de las ciencias. Basado en el pensamiento occidental de los siglos XVI y XVII, el modernismo concibe el mundo como una gran máquina compuesta por diferentes elementos vinculados sistemáticamente entre ellos, el individuo tiene la capacidad de poder conocerla, cada vez de una manera más exacta mediante la observación racional (Gergen, 2006). El sujeto cognoscente está separado de lo que observa, el lenguaje es percibido como un simple medio de trasmisión del conocimiento, mediante el cual es reflejado el mundo y las experiencias de los sujetos en este (Anderson, 1999).

El pensamiento modernista postula que *“el conocimiento es representativo de un mundo objetivo, que existe con independencia de la mente y los sentimientos; es subjetivamente observable y verificable; y es universal y acumulativo. De este conocimiento derivan grandes teorías generalizadoras; el modernismo es un discurso monovocal donde domina la verdad y se valora la estabilidad”* (Anderson 1999, pag.64).

El posmodernismo, cuyas raíces pueden encontrarse en el existencialismo tardío y que con frecuencia es ligado al estructuralismo; se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido; lo que no significa que nada exista y que todo se valga, sino que todo es susceptible de cuestionamiento; el cambio es aceptado y se da por hecho. El conocimiento es concebido como una construcción social, conocedor y conocimiento son interdependientes; contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión están interrelacionados (Anderson, 1999).

Para Anderson (1999, pág. 71), *“El pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje”*.

CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo es una corriente de pensamiento surgida hacia mediados del siglo XX en distintos ámbitos de la ciencia. El rasgo básico de la epistemología constructivista, hace referencia a que *“el mundo que es construido es un mundo de experiencia que está constituido por las experiencias y que no tiene ninguna pretensión de verdad en el sentido de corresponder con una realidad ontológica”* (Von Glasersfeld, en Watzlawick, 1990, pág.29). Se ha considerado como una metateoría debido a que

sus afirmaciones y supuestos son compartidos por diversas teorías (Mahoney, Miller y Arciero, en Neimeyer y Mahoney, 1998).

De acuerdo a estos mismos autores, son tres las **principales características** de la **metateoría constructivista**:

- a) **La naturaleza proactiva del proceso cognitivo**, que hace referencia a que *“el conocimiento humano es activo, anticipatorio y literalmente constructivo (de dar forma) los humanos son cocreadores de las realidades a las que responden”* (Mahoney et al, en Neimeyer et al, 1998, pág. 132), esto sustentado en la idea de que la información del ambiente llega al individuo mediante paquetes de bits que son captados a través de sus sentidos. El grado de autonomía que tiene para la organización de su propia experiencia, es aún motivo de discusión entre los constructivistas radicales y los críticos.
- b) **Estructura Morfogénica Nuclear**, *“parte del supuesto de que los humanos están organizados en una estructura central/periférica de tal modo que sus procesos centrales (nucleares, esenciales) (a) le dan una protección especial para el cuestionamiento (y de aquí para el cambio) y (b) que estos procesos centrales limitan la variedad de detalles que pueden surgir de un nivel periférico (estructura superficial). Morfogénico significa generar una forma, y nuclear se refiere a una organización estructural basada en un núcleo o centro ”* (Mahoney et al, en Neimeyer et al, 1998, pág. 135). La estructura central se compone de reglas de ordenación abstractas, lo que limita el acceso a ella, por lo tanto son más resistentes al cambio.
- c) **Auto-organización del desarrollo**, *“esta característica afirma que los sistemas humanos individuales se organizan de modo que se protejan y perpetúen sus integridades, a la vez que se desarrollan gracias a sus diferenciaciones estructurales”* (Mahoney et al, en Neimeyer et al, 1998, pág.137). Lo que significa que el individuo es el punto central de referencia de sus propias experiencias.

Fue a partir de los años 80's, que el constructivismo se incorpora en el ambiente de la Terapia Familiar, teniendo a la cabeza los trabajos de Ernest Von Glasersfeld, Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela. Puede señalarse como parte aguas, la publicación de Paul Watzlawick, en 1981, de *“La realidad inventada”* (Elkaim, 2008).

El constructivismo radical se considera como tal porque rompe con los supuestos establecidos por el realismo metafísico, quien presupone que solo puede ser llamada verdad aquello que corresponde a una realidad independiente y objetiva; desarrollando una teoría del conocimiento en la que éste hace referencia únicamente al ordenamiento y organización del mundo que ha sido conformado por nuestras experiencias; sostiene que a medida que los individuos conozcan las operaciones con las cuales organizan el mundo de sus experiencias y tengan conciencia de ellas, abren la posibilidad de hacer las cosas de un modo diferente que incluso puede ser mejor (Von Glasersfeld, en Watzlawick, 1990). Para Von Glasersfeld (en Watzlawick, 1990), el pensamiento constructivista apunta a devolverle al hombre pensante su responsabilidad en cuanto a sus pensamientos, conocimiento y conducta.

Desde esta perspectiva, el conocimiento se origina de la actividad de un sujeto activo, el cual, al evaluar sus experiencias, tiende a que unas se repitan mientras que evita otras (Von Glasersfeld, en Watzlawick, 1990). El mundo de la experiencia, empieza a tener un significado personal con base a las similitudes y diferencias que se establecen, mismas que se generan de los temas recurrentes que permiten puntuar el mundo inacabable de la experiencia (Neimeyer, en Naimeyer et al, 1998.)

El pensamiento constructivista condujo a los terapeutas familiares a darse cuenta que más que la búsqueda de la verdad o de la realidad, lo importante es la construcción mutua de lo real en el proceso terapéutico. Esto ha implicado que en la terapia, se tienda más al aumento del campo de posibilidades que a la ejecución de intervenciones específicas; así mismo, se mantiene la importancia de la autonomía individual y por ende, de la responsabilidad personal (Elkaim, 2008).

Epistemológicamente los supuestos del enfoque constructivista en psicología son los siguientes (Neimeyer, en Naimeyer et al, 1998, pág. 33):

- ☞ El conocimiento es una construcción de la experiencia y acción del sujeto.
- ☞ No se pretende llegar a la validación del conocimiento, sino que se pretende que este sea viable a través de la consistencia interna y el consenso social.
- ☞ La verdad es considerada múltiple, contextual, histórica y paradigmática.
- ☞ El objetivo de la ciencia es pluralista ya que favorece la creación de conocimientos locales.

- ☞ El método científico es anárquico, pone énfasis en métodos cualitativos y en el analítico hermenéutico de la narrativa.
- ☞ El ser humano es considerado proactivo.
- ☞ La unidad básica de significado es el constructo o distinción para crear significado por contraste.
- ☞ Las relaciones entre los significados son sistémicas, construcciones jerárquicamente ordenadas en una estructura autoorganizada.
- ☞ El lenguaje constituye la realidad social establecida a través de un sistema de diferenciaciones.

Partiendo de lo anterior Neimeyer (en Neimeyer et al, 1998), plantea cuatro metáforas para la psicoterapia, derivadas de los supuestos constructivistas:

- ☞ La **terapia como una ciencia personal**, donde la persona es vista como un científico que formula hipótesis, de manera activa y las mejora, revisa o elabora en el curso de la experiencia continua.
- ☞ La **terapia como desarrollo del sí mismo**, que conduce al terapeuta a centrarse menos en el cambio cognitivo o conductual y más en las reglas personales de vida o esquemas desadaptativos tempranos. En donde el sí mismo es concebido no como una entidad con rasgos duraderos, sino como una “*construcción y reconstrucción de la realidad capaz de hacer consistente la experiencia continuada de ordenamiento individual*” (Guidano, 1991, pág. 5; citado en Neimeyer et al, 1998).
- ☞ La **terapia como reconstrucción narrativa**, que encamina el trabajo terapéutico hacia la reelaboración de aquellas historias personales que de alguna manera limitan o no son coherentes y que requieren de una nueva significación.
- ☞ La **terapia como una elaboración conversacional**, en donde la labor del terapeuta radica en elucidar y cuestionar de una manera sutil, sobre los constructos basados en el lenguaje, que están perturbando al individuo o a la familia.

Posteriormente el constructivismo también fue cuestionado por los defensores del construccionismo social, quienes se perfilaron hacia la sustitución de las premisas

de la cibernética y la teoría sistémica por las de la antropología y la literatura (Elkaim, 2008)

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

El construccionismo social suele ser confundido o utilizado como sinónimo de constructivismo; y aunque ambas posiciones filosóficas comparten una serie de supuestos, básicamente se diferencian en que el constructivismo considera que la realidad es construida en la mente del individuo concebido como autónomo y constructor de sentidos; mientras que el construccionismo social cuestiona esta postura, poniendo el énfasis en los procesos sociales. El significado es producto del contexto interaccional y comunal, el sentido se desarrolla en el discurso y la mente es relacional (Anderson, 1999, Gergen y Warhus, 2000). El construccionismo social, constituye “*un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto*” (McNamee y Gergen, 1996, pág. 21).

Para Lyddon, (en Neimeyer et al, 1998, pág. 97), “*la esencia del pensamiento construccionista social es la noción de que las construcciones personales del entendimiento están limitadas por el medio social, es decir, el contexto del lenguaje compartido y los sistemas de significado que se desarrollan, persisten y evolucionan a lo largo del tiempo*”. Este aporta una nueva concepción del yo, planteando que sus construcciones son esencialmente sociales, cobrando forma en el lenguaje, por lo tanto los cambios requieren de cambio en el lenguaje para que se produzca en el entorno humano (Elkaim, citado en Gergen , 2006).

Gergen (2006), principal representante del construccionismo social, lo define como un conjunto de conversaciones dentro de un proceso que tiende a generar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos; sin pretender con esto petrificarlo o sacralizarlo. Pone en duda la tradición del individualismo, el yo es producto de la relación; deja de lado el yo unitario y abre paso a la metáfora de las “*vozes múltiples*”. Así mismo deja atrás la idea de que el significado se genera en la mente del individuo postulando que son las relaciones las que lo crean. Promueve la idea del saber comunitario, desafiando la noción de “*verdad*”, todo lo que se toma como real, verdadero, bueno, válido y deseable, es producto de un proceso de coordinación. Invita a tomar una actitud de curiosidad infinita que favorezca la apertura hacia la riqueza que posee cada tradición y la gama de combinaciones impensadas que puede ofrecer.

Esta postura promueve una serie de movimientos importantes de la orientación terapéutica, como lo es el abandono de la búsqueda de **fundamentos** y de la competencia entre las distintas escuelas de terapia pretendiendo constituirse en la

mejor; para dar paso a una postura más **flexible** en donde el terapeuta tenga la posibilidad hacer uso de las múltiples formas de discurso que existen en el ámbito, llevándolo a extender el campo de significados de que dispone. Transitar del **esencialismo** a la **conciencia de la construcción**, es decir, dejar de usar las palabras como si fueran imágenes, mapas o réplicas de aquello que existe independientemente de quien las utiliza. Tener conciencia de la construcción es asumir que los significados son producto de la negociación en la conversación terapéutica, su mayor valor radica en la invitación que hace a limitar la realidad admitida o esencializada cuando ésta es más dolorosa o problemática (Gergen, 2006). Abandonar la creencia del **experto** competente para dar paso a la **colaboración**, lo que implica adoptar una actitud de colaboración con el cliente, una postura de “no saber”, dejando atrás la tradicional posición jerárquica que se atribuye al terapeuta. Pasar de la **neutralidad** a la **importancia** de los **valores**, esto retoma la ya muy criticada idea de que los valores o juicios del terapeuta deben quedar fuera de su quehacer profesional, desde el punto de vista del construccionismo aún la postura neutral tiene consecuencias éticas y políticas; de hecho el trabajo terapéutico en si implica ya una forma de activismo político y social (Gergen, 2006).

Lo anterior ha tenido como consecuencia el surgimiento de nuevas prácticas, de las cuales Gergen (2006), cita las siguientes:

- a) **De la mente al discurso**, lo que implica tener como objetivo la transformación discursiva, volviendo la mirada a los procesos lingüísticos que es donde el significado se genera. Contando como recursos, con la narrativa, la metáfora y el escribir cartas.
- b) **Del self a la relación**, en el discurso construccionista la relación ocupa el primer plano, destacando que el lenguaje es un fenómeno relacional, el significado pues surge del proceso relacional y no de la mente del individuo.
- c) **De la singularidad a la polivocalidad**, da paso al surgimiento de alternativas múltiples que posibiliten la movilización de los diálogos internos que favorezcan el cambio.
- d) **De los problemas a la potencialidad futura**, orientar el discurso hacia las potencialidades, los recursos, los aspectos positivos y las metas a futuro.
- e) **Del insight a la acción**, dejar de privilegiar los déficits y a la psique humana como el lugar de generación del cambio, el cual es de tipo

estructural; para movilizarlo a la acción del diálogo constructorista, generador del cambio pro-activo.

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

1.2.1. MODELO ESTRUCTURAL

El Modelo Estructural, surge en la segunda mitad del siglo XX. **Salvador Minuchin**, médico argentino, especializado en psicoanálisis, es considerado su **creador y principal representante**. Fue seguidor de *Nathan Akerman*, quien en 1960 crea el *Family Institute* en Nueva York, lugar en donde Minuchin empezó su formación y carrera como terapeuta familiar. Posteriormente, en el *Wiltwyck School for Boys*, trabajó conjuntamente con Auerswald, en un proyecto con familias pobres, teniendo como supervisor al mismo Akerman. Conjuntamente con **Brulio Montalvo, Bernard Guerney, Bernice Rosman y Florence Shumer**, publicaron la obra *Families of the Slums* en 1967, como producto de su fructífero trabajo. Gracias a sus investigaciones y aportaciones, en 1965, Minuchin se convierte en el Director del *Philadelphia Children Guidance Clinic*, en donde invitó a laborar con él a investigadores como **Montalvo, Rosman y Haley**, con quienes desarrolló en 1969 un programa de *entrenamiento de Terapia Familiar*, con bastante éxito (Sánchez y Gutiérrez, 2000) Finalmente el grupo, concentro sus esfuerzos, al estudio de la influencia de las relaciones familiares en el mantenimiento de las patologías además de dedicarse a la formación de nuevos terapeutas, implementando algunas reglas para la supervisión en vivo (Minuchin, 1979). Su singular personalidad y forma de intervenir, han hecho de Salvador Minuchin, un ejemplo a seguir para múltiples terapeutas familiares, quienes a pesar de contar con las aportaciones de diversas escuelas que surgieron posteriormente, siguen haciendo uso de muchas de sus técnicas, las cuales en la actualidad, son efectivas en el tratamiento de diferentes casos.

Por su parte, **Brulio Montalvo** ha sido considerado uno de los pioneros en la Terapia Familiar, a partir de los trabajos realizados con Salvador Minuchin, ha dedicado su labor al entrenamiento de terapeutas. Ha recibido reconocimientos sobresalientes por sus importantes contribuciones teóricas y prácticas en el ámbito. Actualmente forma parte del *Programa de Cuidados del Desarrollo de la Universidad de Nuevo México*.

Finalmente, **Jay Haley**, ha sido una figura sobresaliente en el grupo de Palo Alto, en el Mental Research Institute; sus principales maestros fueron Minuchin, Bateson y Erickson. Haley, desarrolló posteriormente su propio modelo de intervención, el cual se hizo popular alrededor de los años 70's, mismo que será abordado posteriormente.

Principios Básicos del Modelo Estructural

El **Modelo Estructural**, al igual que la Terapia Familiar, tiene sus fundamentos teóricos en la Teoría General de Sistemas y la Cibernética. Ha sido **definido** por Minuchin (1979), como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" estas pautas establecen como, cuando y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros. El **individuo** es estudiado entonces en su **contexto social** más inmediato, **la familia**, la cual al ser mediadora entre el individuo y su medio, ejerce una influencia al mismo tiempo que es influenciada por él y por este.

En este modelo la **familia** es concebida como una **estructura dinámica**, en donde sus miembros se relacionan mediante pautas transaccionales, las cuales regulan dicha relación. Se mantienen porque obedecen a reglas universales que prevalecen en la organización familiar o por las expectativas de sus integrantes. Esta estructura requiere adaptarse a las condiciones sociales cambiantes y a los cambios internos del sistema. Está compuesta por **subsistemas** que permiten a la familia cumplir con sus funciones; estos subsistemas responden a diferentes categorías como **sexo, generación, interés o función**; y poseen diferentes niveles de **poder** (Minuchin, 1979).

Para su funcionamiento, requiere de **límites**, que son las reglas que marcan los parámetros de acción de los integrantes de la familia; su propósito es diferenciar cada uno de estos subsistemas y evitar que unos interfieran en los otros. Los límites **deben ser claros** y al mismo tiempo **permitir el contacto** entre subsistemas. Cuando no existe este equilibrio puede presentarse el **aglutinamiento** que se caracteriza por la ausencia de límites o el **desligamiento** que consiste en establecer límites muy rígidos, dando pauta para el surgimiento de la patología (Minuchin, 1979).

Los subsistemas que conforman el sistema familiar, de acuerdo a Minuchin (1979), son:

- a) **Subsistema Conyugal**: formado por dos adultos de sexo opuesto que se unen con el propósito de formar una familia. Este subsistema para funcionar requiere de dos cualidades principales en sus integrantes, **la complementariedad y la acomodación mutua**.
- b) **Subsistema Parental**: se constituye con el **nacimiento de los hijos**, convirtiendo a la pareja en padres. Exige de estos últimos una **readaptación** que permita ahora satisfacer las necesidades de sus

descendientes. Las cuales van cambiando conforme los niños crecen y requieren del conocimiento de las etapas de desarrollo del infante, luego del adolescente, etc.

- c) **Subsistema Fraternal:** Está conformado por los **hijos** del matrimonio, en este subsistema, ellos pueden experimentar **relaciones de igual a igual**, favoreciendo los procesos de negociación, cooperación y competencia entre otros. Lo cual facilita el contacto de sus miembros y con los de otros grupos o familias.

La familia está expuesta a **presiones** tanto **internas** como **externas**, para lo cual requiere desarrollar estrategias que le permitan modificarse y adaptarse a presiones. Las presiones pueden originarse de cuatro fuentes (Minuchin, 1979):

- a) **Contacto estresante de un miembro de la familia con fuerzas extrafamiliares**, en donde un miembro de la familia reacciona a un evento externo, de alguna manera manifiesta esa reacción en la familia, provocando un reajuste en los demás integrantes. Esto puede resolverse de manera adecuada o generar conflictos significativos al interior del sistema.
- b) **La familia entra en contacto estresante con fuerzas extrafamiliares**, por ejemplo con un cambio de casa, en donde todos están experimentando situaciones nuevas y requieren de apoyo para estabilizarse de nuevo.
- c) **Estrés en los momentos de transición de la familia**, se presenta cuando los miembros del sistema van evolucionando, por ejemplo cuando los hijos se convierten en adolescentes, o el hijo mayor se casa; esto implica la necesidad de establecer nuevas reglas del juego.
- d) **Estrés por problemas de idiosincrasia**, que hace referencia a aquellos eventos que en determinadas circunstancias pueden afectar áreas específicas de la vida familiar, por ejemplo cuando un miembro se enferma y otro tiene que cubrir las funciones de éste, eso genera un cambio y cuando se recupera, el sistema requiere organizarse de nuevo.

A los momentos de transición antes mencionados, autores como Haley (1983) y Estrada (1990), los han denominado **Ciclo Vital de la Familia**, éste está conformado por diferentes etapas, estas se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5.- Comparativo del Ciclo Vital de la Familia
Haley (1983) y Estrada (1990)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA			
HALEY (1983)		ESTRADA (1990)	
Posicionamiento Social	Periodo de Galanteo	Desprendimiento	Separación Familia Origen
Ceremonia Iniciación			Individuación
Búsqueda de Ritual Matrimonio			Independencia
Separación Familia Origen	El Matrimonio y Consecuencias	Encuentro	Contrato Matrimonial
Acuerdos y Límites			Rol Cónyuges
Dinámica Familiar	Nacimiento de los Hijos	Los Hijos	Reestructuración Contrato Matrimonial
Nuevo Estatus			Reajuste de Roles
Roles Parentales			Flexibilidad
Profundización Vínculo	Periodo Intermedio	La Adolescencia	Sistema
Redefinición			Aceptación
Divorcio			Diferenciación
Partida de los Hijos	El Destete de los Padres	El Re-encuentro	Choque Síndrome Nido
Nuevas Formas Relación			Vacio
Autonomía –			Reedición de Problemas
Armonía Pareja	Retiro de la Vida Activa y la Vejez	La Vejez	Volver a ser
Crisis Jubilación			
Vejez			
Muerte			Rol Abuelo
			Muerte

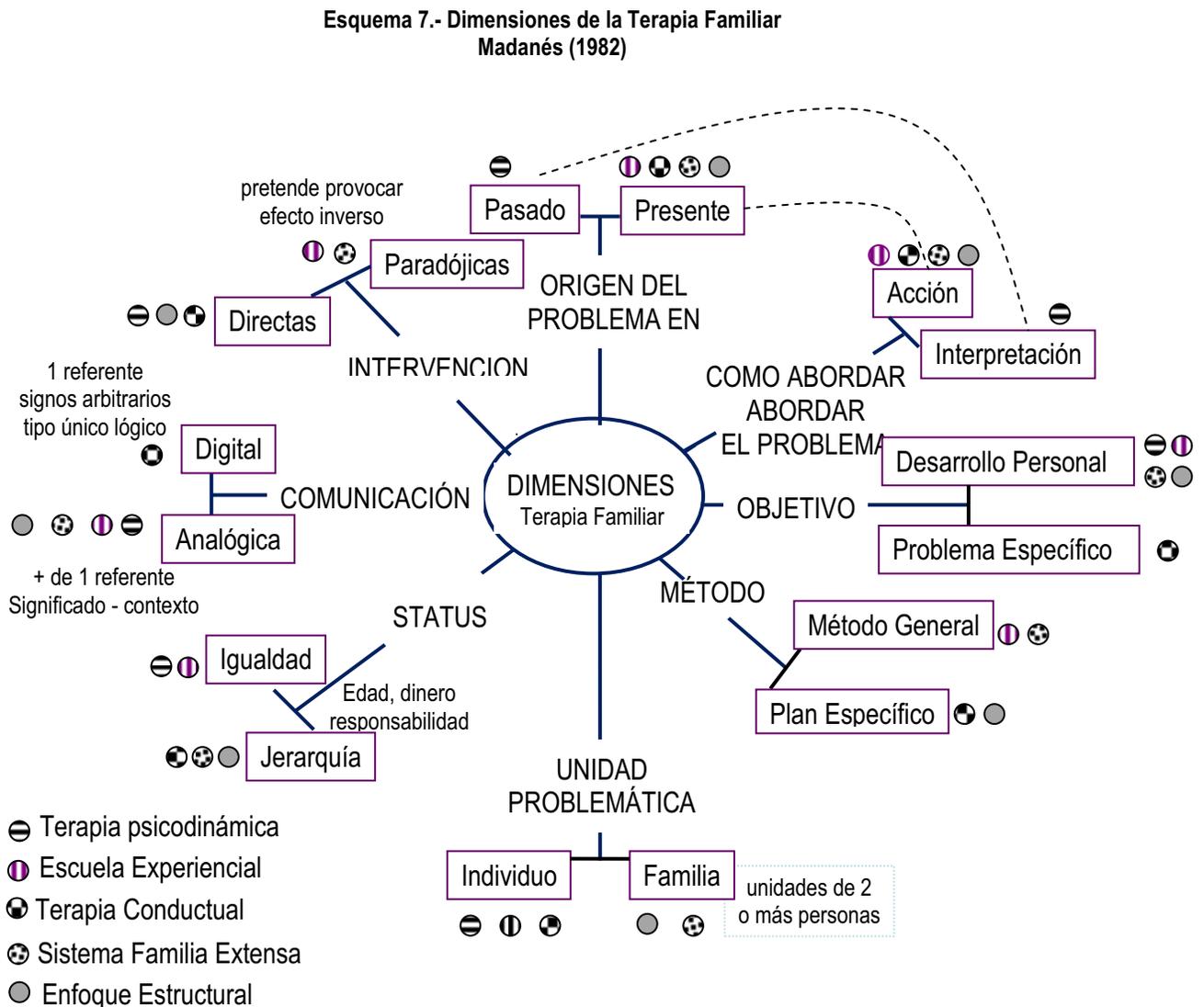
La **patología** puede localizarse en el **interior** del paciente, en su **contexto social** o en la **retroalimentación** entre ambos. Así la terapia que se basa en este punto de vista, tiene tres axiomas (Minuchin, 1979):

1. El individuo puede ser considerado como un subsistema o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.

- Los terapeutas y la familia forman un nuevo **sistema terapéutico**, que gobierna la conducta de sus miembros.

En cuanto al **cambio**, dentro de este enfoque los terapeutas coinciden en tratar los aspectos disfuncionales en el equilibrio familiar; utilizan tres estrategias principales, las cuales cuentan con un grupo de técnicas específicas (Minuchin y Fishman, 1994).

En el Esquema 7 se muestran algunas de las diversas dimensiones en que se desarrolla la terapia familiar y las diferencias entre distintos modelos.



Metas terapéuticas del Modelo Estructural

El Terapeuta que se centra en este modelo, se basa en el **presente** al momento de detectar el **origen de la problemática** que plantea el sistema, por lo tanto el abordaje no se realiza mediante la interpretación, sino a través de la **acción**. No se centra en la solución del problema específico, sino en el logro de **cambios en la organización** de la familia que forzosamente repercutirá en el cambio en cada uno de los miembros, lo cual lleva a cabo mediante **intervenciones directas**. Desarrolla **planes específicos** para los casos particulares, respondiendo así a las necesidades de cada familia. El **terapeuta** se incorpora al sistema y **utiliza su persona** para transformarlo. Descentraliza la atención en el individuo para **centrarse** en las **relaciones** que se establecen en el conjunto, organizado mediante una **estructura jerárquica**; lo que constituye un nuevo enfoque que posibilita la ubicación de las problemáticas en diferentes sectores, generando así una **gama más amplia de intervención**. Parte del supuesto de que el sistema tiene las siguientes propiedades:

- ☞ La transformación de la estructura lleva implícita la posibilidad de generar un cambio.
- ☞ La intervención se dirige a **reparar o modificar el funcionamiento** del sistema para que éste pueda desarrollar sus tareas de manera adecuada o mejorada.
- ☞ El cambio será mantenido por el sistema mediante los mecanismos de **autoperpetuación**.

Para Minuchin (1979), alcanzar las metas que se establecen en el proceso terapéutico depende de que el terapeuta logre asociarse a la familia mediante la formación del **sistema terapéutico**. A todos los métodos que utiliza para lograr éste propósito, se les llama **operaciones de asociación**. La **unión** (establecer contacto con la familia) y el **acomodamiento** (aliarse con algún miembro de la familia o subsistema) se desarrollan de manera bilateral entre la familia y el terapeuta; quien logrará reestructurar a la familia, sólo si está en sintonía con ella; encaminando al sistema terapéutico al logro de las metas, teniendo presente los aspectos que se presenten en cada sesión.

Entre las técnicas del acomodamiento se encuentran el rastreo y el mimetismo. A través del **mantenimiento**, se proporciona apoyo programado ya sea para la estructura familiar como para los individuos; requieren a menudo el apoyo de los subsistemas familiares y su confirmación activa. El humor o las expresiones de afecto, constituyen operaciones de mantenimiento. Con el **rastreo** se da seguimiento a la comunicación y la conducta de la familia, para clarificar, amplificar y motivar a la familia para que siga su curso. Estimula a la familia a través de la información. El **mimetismo** puede ser un recurso que utilice el terapeuta para adaptarse a la familia. Todas ellas pueden funcionar también para la reestructuración de la familia (Minuchin, 1979).

Después de sintonizarse con la familia, el terapeuta debe elaborar un **diagnóstico**, es decir, plantearse una hipótesis con base a las observaciones y evaluaciones que ha ido llevando a cabo. Para ello se enfoca en seis áreas principales: **la estructura familiar, la flexibilidad del sistema y capacidad de reestructuración, resonancia, el contexto de vida, estadio de desarrollo y la forma en que los síntomas del paciente identificado se utilizan para mantener la misma dinámica dentro del sistema**. Organiza la información obtenida en secuencias lógicas, sumando las comunicaciones no verbales, el tono de voz y la fluidez. El impacto que el terapeuta ejerce sobre la familia forma parte del diagnóstico, teniendo como consecuencia la modificación del mismo (Minuchin, 1979).

Posteriormente, plantea Minuchin (1979) es indispensable el manejo de un **contrato terapéutico**, que constituye la promesa de que la familia será apoyada; en él también se especifica la duración del tratamiento, frecuencia de las sesiones y condiciones generales de la dinámica. Puede ser que este contrato sea modificado a lo largo del proceso e inclusive que se cambie por completo.

Es muy importante que el terapeuta logre **conectarse** a la dinámica interna del sistema, es decir a las relaciones que se establecen entre **todos los subsistemas**, a su dinámica peculiar. Incluyendo en el proceso a las personas que son significativamente importantes para el sistema mismo. Explorará las relaciones que mantienen, el poder que ejercen sus miembros y como lo hacen, su funcionamiento en general. Puede ser que trabaje con el sistema en su totalidad o con subsistemas específicos, manteniendo los límites adecuados entre ellos (Minuchin, 1979).

Una vez que se ha logrado la unión con el sistema, Minuchin (1979), plantea que es preciso ejecutar las **operaciones reestructurantes**, éstas tienen el **propósito** de **lograr el cambio**. Existen al menos siete categorías de estas operaciones, enlistadas a continuación:

- ☞ Captación de las pautas transaccionales de la familia
- ☞ Señalamiento de límites
- ☞ Intensificación del Stress
- ☞ Asignación de tareas
- ☞ Utilización de los Síntomas
- ☞ Manipulación del humor
- ☞ Apoyo, educación o guía

Estrategias y Técnicas de Intervención del Modelo Estructural

Para Minuchin et al (1981), es de suma importancia que el terapeuta familiar, se vuelva diestro en el manejo de las diferentes técnicas, olvidándose de ellas al momento de intervenir, para que le sea posible fluir en la sesión y así logre trascender lo meramente técnico. Debe buscar integrarse al sistema pero al mismo tiempo **evitar** que éste lo **absorba**, tomando en cuenta sus características y sus formas de organización. Trabajar con ellos en coparticipación, lo que implica comprenderlos y trabajar con y para ellos, como sistema y de manera individual. Las **hipótesis** que se planteen, deben ser elaboradas con base a la información que se obtiene mediante las entrevistas y aún desde el primer momento en que se concerta la cita.

Debe de tomar en cuenta la composición de la familia, la cual revela ciertos indicadores del comportamiento familiar. Cada una de estas composiciones familiares, tiene características diferentes, lo cual plantea objetivos distintos en la dinámica terapéutica, estos son descritos en la tabla siguiente:

Tabla 6.- Objetivos Terapéuticos en Función de la Composición de la Familia
Minuchin y Fishman (1981)

NOMBRE	CARACTERISTICAS	OBJETIVOS TERAPEUTICOS
FAMILIA PAS DE DEUX	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vinculación Intensa ▪ Dependencia Mutua ▪ Resentimiento Recíproco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer límites entre los involucrados ▪ Desarrollar vínculos con sistemas de apoyo.
FAMILIAS DE TRES GENERACIONES (EXTENSAS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades en la Organización Jerárquica ▪ Formación de Alianzas y Coaliciones ▪ Límites Difusos entre Subsistemas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer una organización jerárquica adecuada ▪ Establecimiento de límites entre subsistemas
FAMILIAS CON SOPORTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de muchos niños ▪ Niños con funciones parentales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Devolución de las responsabilidades a los padres ▪ Distribución de tareas equitativa entre los hijos
FAMILIAS ACORDEON	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de alguno de los padres por largos periodos ▪ Progenitor presente cumpliendo doble función ▪ Tendencia a cristalizar a los padres en “buenos o malos”. ▪ El desajuste se presenta con el retorno del padre ausente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reorganización del sistema involucrando al padre que estuvo ausente en la nueva dinámica familiar
FAMILIAS CON HUESPED	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopción temporal de un infante ▪ Se integra al pequeño al núcleo familiar como si fuese a quedarse permanentemente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se presentar algún tipo de sintomatología, identificar si el problema es consecuencia de la presencia del huésped o resultado de la historia anterior

Las **intervenciones** pueden obedecer a distintas estrategias como son el **Reencuadre**, cuya meta es **cuestionar el síntoma**, es decir, modificar la idea que la familia ha hecho del problema que presenta; las técnicas representativas a las cuales se puede recurrir son:

- ☞ La **escenificación**: Se involucra a los miembros del sistema en actividades que les permitan observar la forma como se relacionan realizando intervenciones en donde lo considera pertinente.
- ☞ El **enfoque**: Consiste en la selección la temática considerada importante para la solución de la problemática.

- ☞ **Intensidad:** Una vez seleccionada la temática (enfoque), esta se intensifica para determinar la frecuencia, magnitud y modalidades con que las relaciones disfuncionales se presentan.

Otra estrategia del modelo estructural es la **Reestructuración**, en ella lo que se pretende es **cuestionar la estructura familiar**, mediante la detección de alianzas, coaliciones, conflictos explícitos; identificación de los desviadores de conflictos, a los cuidadores, los que auxilian y los que sirven de chivo emisario. El mapa que traza la familia le permite identificar aquellos sectores que funcionan como fortalezas o como puntos de disfunción. Las técnicas utilizadas son:

- ☞ **Fijación de fronteras:** Pretende la regulación de los límites entre los distintos holones del sistema.
- ☞ **Desequilibramiento:** Cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema, ya sea mediante el establecimiento de alianzas, coaliciones o descalificando las existentes.
- ☞ **Complementariedad:** Favorecer en el sistema la visualización de la participación conjunta en la manifestación de la problemática.

La **construcción de la realidad**, es la estrategia en la cual se pretende **cuestionar la realidad familiar**, aquí el propósito es que la familia logre tener una visión diferente de la realidad que está viviendo, la cual se ha hecho inviable y es justo el motivo que la lleva a la terapia. Esto se logra mediante la modificación de las relaciones entre sus miembros. Las técnicas que se utilizan son cuestionar los **constructos cognitivos**, las intervenciones **paradójicas** y la insistencia en sus **lados fuertes**.

Reflexiones Generales

El mismo Minuchin (1979) plantea que aun cuando el modelo amplía el panorama para la solución de las problemáticas situando al individuo en el contexto familiar, al mismo tiempo marca un corte que deja fuera el vínculo que tiene la familia con la sociedad. Así mismo, al tomar en cuenta a la familia como centro de atención, las particularidades del individuo pueden disolverse en las relaciones familiares. Asumiendo que es claro también que no todos los cambios realizados en el sistema familiar, afectan de la misma manera a todos los integrantes del mismo. Dependerá de la habilidad del terapeuta el subsanar estas dificultades en la medida de lo posible.

White (2002) por su parte, considera que los modelos estructuralistas y funcionalistas, generalmente elevan los conocimientos y procedimientos que promueven al status de verdad, descalificando los conocimientos de las personas que acuden a la terapia. El movimiento feminista también ha elaborado severas críticas a este modelo por el hecho de manejar jerarquías lo que impide una distribución equitativa del poder.

Desde un punto de vista muy particular, este modelo ofrece un panorama bastante versátil para el abordaje de las problemáticas familiares, gracias a esto las posibilidades de intervención se amplían, teniendo como consecuencia que las oportunidades de solución de los conflictos familiares, también lo hagan. Aunque es preciso señalar que en los textos, las intervenciones que citan como ejemplo, hacen parecer al terapeuta en formación que la dinámica es fácil, sin embargo al momento de llevar a la práctica las diferentes técnicas, la realidad es otra. De pronto es difícil poder empatizar con el sistema y al mismo tiempo mantener la distancia necesaria para seguir teniendo la libertad de movimiento que facilite la ejecución de las mismas.

1.2.2. MODELO ESTRATÉGICO

Jay Haley (1983), es considerado el principal representante de este modelo. Es discípulo de **Milton H. Erickson** quien es identificado en mayor medida por su trayectoria y extraordinaria habilidad dentro del campo de la **Hipnosis**, del cual se desprende el **Modelo Estratégico** (Haley, 1983). Erickson fue el primero en utilizar el sistema de creencias y los recursos internos del paciente como herramientas en la dinámica terapéutica.

Haley, quien fungió como una figura importante en el desarrollo del modelo comunicacional y **estratégico** del grupo de Palo Alto que se hizo popular alrededor de los años 70's; tuvo como maestros a grandes pioneros de la Terapia Familiar además de Milton Erickson, tales como Salvador Minuchin, y Gregory Bateson. Basado en las ideas de estos grandes pensadores, desarrolló su propia y singular manera de hacer terapia familiar en un modelo breve de intervención, el cual se centra en el **contexto y la función del síntoma** del paciente dentro del sistema, dándole mucha mayor importancia a la **solución** de la problemática, que a la **comprensión** de la misma, por parte del sistema.

Hacia 1976 se mudó a Washington, en donde fundó el *Instituto de Terapia Familiar* conjuntamente con **Cloé Madanés**. Hasta la fecha Madanés es reconocida mundialmente como una de las representantes de este enfoque estratégico. Es autora de varios **libros** considerados como **clásicos** en este ámbito, ha recibido significativos

reconocimientos por sus grandes contribuciones a la literatura psicológica. Actualmente es la directora del **Centro Robbins-Madanés** para intervenciones estratégicas, ubicado en La Jolla California. En donde ha desarrollado interesantes trabajos relacionados con el tratamiento de pacientes con experiencias de abuso sexual y violencia intrafamiliar.

Principios Básicos del Modelo Estratégico

El **Modelo Estratégico**, retoma los principios de la hipnosis ericksoniana y las terapias sistémicas. Los trabajos de **Milton Erickson** en el campo de la **hipnosis**, proporcionaron una amplia gama de aportaciones, dada la naturaleza de la relación hipnótica; considerada como el estilo de intercambio y comunicación que se establece entre dos personas, el cual favorece la afluencia de los recursos naturales con que cuenta cada una de ellas para hacer frente a sus problemáticas (González; en Eguiluz, 2004).

El proceso hipnótico se lleva a cabo mediante una secuencia que es también observable en las diferentes modalidades de terapia. Son dos etapas las que se identifican, por un lado se solicita a la persona que haga algo de manera **“voluntaria”** y posteriormente que responda con una conducta **“involuntaria”**; ubicando al paciente en una situación paradójica (al estilo de cambio espontáneamente). Como esta situación puede generar **resistencia** por parte de los pacientes, tanto la hipnosis como la terapia requieren motivarlos para que el paciente se comprometa a encarar su propia resistencia (Haley, 1983).

Las terapias sistémicas tienen como foco de atención las **relaciones** entre los individuos para el tratamiento de las problemáticas que les aquejan. Dicha relación es entendida como pautas **de comunicación, en una teoría de sistemas circulares**. Desde esta perspectiva el **síntoma** entonces toma otra connotación, ubicándose en el terreno de la **comunicación**, en donde éste evidencia una inconcordancia entre el **nivel de mensaje** y el **metacomunicativo**. Lo que mantiene entonces la manifestación del síntoma es el **comportamiento recurrente** tanto del paciente, como de la gente a su alrededor (Haley, 1989).

Haley (1989) plantea que la existencia de un comportamiento **anormal** tiene implícita la existencia de uno **normal**, definidos por los **tipos de relaciones** que se establecen entre las personas. Esta dinámica inicia con la **definición mutua de la relación** y el esclarecimiento de **quién la controlará**. Al lograr el equilibrio en la relación que se establece, ha quedado claro también el tipo de **conducta** que cada participante asumirá; la cual puede ser de tipo **simétrica (competitiva) o complementaria (posiciones superior y secundaria)**. Conductas que no son permanentes, sino que se manifiestan en una relación dinámica sustentada mediante

mensajes llamados **maniobras** (peticiones, órdenes, comentarios, etc.) ya que ponen en duda la naturaleza de la relación. Existe una forma de relación, la **metacomplementaria**, en donde uno permite o es forzado a que otro defina la relación, mediante el control de sus maniobras.

Siguiendo esta misma dinámica, la **psicopatología** se entiende como **diferentes formas de obtener control en una relación**, en donde ambos implícitamente establecen un acuerdo, el **síntoma** da ventaja al paciente para controlar, es una **maniotra** que va encaminada a **limitar** el comportamiento del otro sin reconocerlo o argumentando que se pretende hacer lo contrario, ubicándolo en una encrucijada **paradójica** (Haley, 1989).

Los sistemas de relaciones que se establecen en los grupos, se hayan **organizados** con base a **jerarquías**, las cuales suelen confundirse con el **poder**, aunque una cosa no implica otra. Dicha jerarquía es mantenida por todos los integrantes del sistema, de las cuales la más elemental es la determinada por las distintas generaciones. En las familias lo más común es la jerarquía **trigeneracional** (abuelos, padres e hijos). Toda familia requiere este tipo de organización que le permita establecer reglas, es así como cuando un síntoma se manifiesta, está indicando que existe un **ordenamiento jerárquico confuso**. Esta confusión, propicia lo que se llama **“luchas de poder”**, las cuales tienen el propósito de establecer los límites jerárquicos. En los sistemas, pueden presentarse severos **problemas** si entre sus miembros se establecen **coaliciones** entre distintos niveles jerárquicos, sobre todo si son **secretas**, ya que generan serios trastornos en la organización interna y sus integrantes se angustian (Haley, 1989).

Para Haley (1989), es posible identificar las distintas jerarquías mediante la observación de las **secuencias de los hechos** que tienen lugar en un sistema. Estas secuencias llevan al establecimiento de estructuras y es precisamente esta percepción la aportación más significativa en el campo de la terapia, convirtiendo en el objetivo de la terapia justamente el **cambio de las secuencias de hechos que se dan al interior de la familia**. Dentro de esta misma línea, la **patología** se presenta cuando las **secuencias** se vuelven **rígidas** y **repetitivas**. Es obvio que a los ojos de las personas comunes, estos principios no sean tan evidentes, por lo que se requiere de ayuda profesional, pero no para que tomen consciencia de ellas, sino para que tengan la posibilidad de cambiarla. El **cambio** se logrará **modificando** al menos **dos** elementos de los participantes.

Desde esta perspectiva los problemas surgen de los **intentos inadecuados** por resolverlos, como son: **negar** su existencia, intentando **modificar lo inmodificable** (emprender una acción cuando no tiene sentido) y tratando de darle solución en un

nivel que no es el adecuado. (Fernández, 1998). Dichos problemas están relacionados con el **ciclo vital** de la familia, el momento de evolución en la que se encuentre, determinarán de alguna forma la dinámica en la sesión terapéutica.

Metas Terapéuticas del Modelo Estratégico

La **primera entrevista** con el usuario es de suma importancia, de ella depende la mayor parte del éxito que puede tener el terapeuta en su labor. En ella es importante que el terapeuta sepa como **formular el problema** y la **forma de resolverlo**, requiere de flexibilidad y espontaneidad en su solución, combinando aquellos métodos que haya utilizado con éxito en el pasado e incorporando algunos otros nuevos. Es importante también que elabore un **contrato** con posibilidades de logro e identificar qué lo genera; tiene la posibilidad de elegir el escenario en donde actuará, determinar la duración de las sesiones y la longitud del tratamiento. Harley (1988) considera que es más conveniente iniciar citando a todos los miembros involucrados en la problemática.

Al concebir el problema como un comportamiento que es parte de una secuencia de interacciones entre varios individuos (que involucra también al terapeuta) y que se desarrollan en el plano comunicacional; el terapeuta requiere **identificar** dicho **problema**, definiéndolo de tal manera que sea **factible** de ser **solucionado** y de ser posible involucrando a la red social más amplia como la escuela, centro de salud, etc. (Madanés, 1982).

El **objetivo** de la terapia estará encaminado a la **modificación** de las **analogías** y **metáforas** manejadas por el paciente, generando mayores alternativas de respuestas posibles (Madanés, 1982). Para logra este fin se siguen varios **pasos: Identificación** de las personas **involucradas** y la forma en que lo están; **establecimiento** de las **formas de intervención** con el propósito de **cambiar la estructura familiar** de tal manera que ya no sea necesaria la conducta sintomática. Tal cambio se planea en etapas, pretendiendo involucrar o separar a las personas involucradas en determinadas situaciones. Aquí la **jerarquía** es importante, ya que determina los papeles que cada miembro del sistema debe desarrollar. Las **intervenciones** se llevan a cabo **durante y después** de las sesiones, encaminadas a cambiar la forma de relacionarse de los miembros del sistema. Se **enfoca** en la comunicación y en el **presente**, por lo tanto no requiere de que el usuario comprenda las causas de la modificación de la conducta, sino que logre el cambio. Dichas **intervenciones** pueden ser **directas** o **paradójicas, sencillas o complejas**. Y se sugiere que estén dirigidas en específico a algún lugar, sin tanto rodeo.

Estrategias y Técnicas de Intervención del Modelo Estratégico

La **terapia estratégica**, a diferencia de las demás, concede y exige al terapeuta un papel más activo, responsabilizándole de influir directamente en la gente, conjuntando además diversas teorías de las cuales echará mano para dar **respuesta** a las **demandas específicas** de casos específicos (Haley, 1983). Ante la **resistencia** que puede presentarse por parte de los pacientes, se requiere motivarlos para que se comprometa a encarar su propia resistencia. Pueden identificarse dos tipos de resistencia, la de **no cooperar** y la de **cooperar excesivamente**. Algunas formas de abordar esta situación son las mostradas en el Esquema 8:

Esquema 8.- Alternativas ante la Resistencia
Haley (1983)



El terapeuta bajo esta orientación, puede recurrir al uso de las **directivas paradójicas**, entendidas como proposiciones que contienen dos indicaciones distintas y contradictorias a la vez. La construcción de las mismas implica tres pasos:

- a) Definir el síntoma como motivado por la intención benévola de preservar la estabilidad familiar.
- b) Prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma

c) Coartar a la familia toda vez que muestre signos de querer cambiar

Impartir **directivas** de tal forma que sean llevadas a cabo, es de suma importancia dentro de este modelo. Entre sus **finalidades** se encuentran las de **intensificar** la **relación** que se establece entre el cliente y el terapeuta, fungir como medio **facilitador** de los cambios y finalmente para obtener **información** que de pronto no sería posible conseguir por otro medio.

Existen diversos **tipos** de directivas, las primeras son aquellas que tienen el propósito de que **se cumplan** ya sea indicándole al paciente o a la familia que **deje de hacer** algo, situación que es bastante complicada, por lo tanto se requiere asumir una actitud extrema o solicitar colaboración; o que **haga algo diferente**, ya sea mediante **buenos consejos** (los cuales suelen ser inútiles, a menos que se trate de algún problema sencillo) o a través del **cambio de las secuencias** que se dan en la familia. El **segundo tipo de directivas** son aquellas que se hacen con el fin de que **no sean cumplidas**, esto es motivando la resistencia, para lograr el cambio, sobre todo con aquellas familias que solicitan ayuda, pero rechazan las alternativas que se les presentan.

En el tratamiento de casos específicos como por ejemplo las problemáticas entre la pareja y los conflictos entre padres e hijos, existen aspectos importantes a considerar. En la resolución de las problemáticas conyugales, Madanés (1982) considera que, debe tomarse en cuenta lo siguiente:

1. **Rehusar** colocarse en la posición que la pareja espera en función de la forma como definieron el síntoma.
2. **Redefinir** el síntoma o la metáfora que encierra, para modificar así la forma de interacción centrada en el síntoma.
3. Impartir instrucciones paradójicas
4. **Prescribir** tarea penosa vinculada con el síntoma, al cónyuge que lo presenta, así como la vigilancia de que se cumpla, al no sintomático.
5. **Evidenciar** exageradamente la incongruencia jerárquica, llevando al matrimonio a organizarse jerárquicamente, de una forma más congruente.
6. **Fomentar** la unión de la pareja y el mejoramiento de su relación para que el síntoma ya no sea necesario.

En el tratamiento de problemáticas entre los padres y los hijos, los pasos que se llevan a cabo para desarrollar este tipo de terapia son los siguientes en términos generales:

1. Partir del supuesto que el **síntoma** del niño es una **analogía** y tentativa de solución de las problemáticas de los padres.
2. Identificar la **metáfora** tras la conducta sintomática y a quién de los progenitores es análoga.
3. Ubicar los **sistemas** de interacción (A) y (B).
4. Intervenir, mediante la modificación de la acción metafórica, la formulación de una metáfora alternativa o el cambio de las consecuencias de la metáfora para los padres.

Haley (1988), especifica algunas de las cosas que el terapeuta debe evitar, al momento de la terapia:

1. No debe restarse importancia a los problemas
2. Deben evitarse las abstracciones
3. Deben evitarse las coaliciones persistentes
4. Deben evitarse los debates sobre la vida
5. Evitar hablar del pasado
6. No debe creerse que los problemas son idénticos entre sí
7. El terapeuta joven no debe tratar de parecer más sabio de lo que es
8. No deben dejarse objetivos sin formular
9. No se obligará a la pareja a formular explícitamente lo que desea el uno del otro
10. Deberá evitarse que cristalicen las luchas por el poder
11. La pluralidad de terapeutas puede dificultar el cambio
12. No permitir que se adopten posiciones irreversibles

Reflexiones Generales

Al hablar de una terapia hecha a la medida del paciente, podría sugerir que responde de una manera mucho más adecuada a las necesidades del mismo, sin embargo, hay quienes piensan (promotores del posmodernismo y las terapias narrativas), que en

realidad este enfoque es sumamente manipulativo, dadas las estrategias directivas que utiliza, inclusive por el hecho de considerar que no es necesario que el paciente comprenda por qué está cambiando. El mismo Haley (1988) hace algunas reflexiones en relación a las consideraciones éticas en la terapia, en función del control de la información y la manipulación que ejerce el terapeuta para lograr que el cliente cambie, incluso recurriendo a cierto tipo de engaño. Sin embargo, el hecho de que sea un modelo en donde lo que se pretende es obtener resultados desde el inicio, puede ser motivador para aquellas familias que pretenden que las cosas cambien y que nos les interesa comprender lo que está sucediendo.

Al igual que el modelo estructural, pareciera ser que las estrategias y técnicas de intervención resultarán sumamente fáciles de manejar en la atención de los casos clínicos, sin embargo, en las sesiones terapéuticas hemos comprobado que requiere de mucha agudeza y habilidad por parte del terapeuta para lograr aterrizarlas. Desde un punto de vista muy particular, resulta también bastante difícil inclusive hasta imaginar dichas formas de intervención, como las planteadas por Cloé Madanés, en el *X Congreso de Terapia familiar y de pareja*, que se llevó a cabo en el 2005 en la Cd. de Puebla, en donde mencionó que en sus recientes trabajos, en el tratamiento de los casos de abuso sexual, traía a la sesión a los miembros de las familias tanto del abusador como de la víctima, éstas fungían como reguladoras del comportamiento de ellos.

Anderson (1999) considera que las teorías cibernéticas, son promotoras de la jerarquía y el patriarcado, favoreciendo con esto desigualdades, subordinaciones y explotaciones, pues desde sus premisas, esto se percibe como algo inevitable. Además de que no toman en cuenta la relación entre la terapia y la vida social política.

1.2.3. MODELO TERAPIA BREVE

La necesidad de abreviar la extensa duración del análisis y proporcionar **soluciones** más **inmediatas** a las problemáticas de los pacientes, pueden considerarse como algunos de los factores que motivaron el surgimiento de la **Terapia Breve**. Se considera como uno de los primeros precursores a Sandor Ferenczi (citado en Malugani, 1990), quien en el año 1918 en Budapest, desarrollo su propio método de intervención, al cual llamó "activo", con el fin de reducir la duración del tratamiento. En el ámbito de la Terapia Familiar, se puede considerar que los grupos que han dado mayor impulso a la Terapia Breve, son los de Estados Unidos e Italia. En **Estados Unidos**, el grupo de Palo Alto, California, en el **Mental Research Institute** (MRI), en donde **Bateson, Weakland, Watzlawick y Fisch** han hecho grandes aportaciones. Y en **Italia** el

formado por **Selvini Palazzoli**, en su **Centro para el Estudio de la Familia** (Milán), en donde trabaja conjuntamente con **Boscolo, Cecchin y Prata** (Malugani, 1990); esta escuela será abordada en otro apartado.

Richard Fisch, es uno de los fundadores y de los primeros directores del MRI, primer Instituto del mundo especializado en la investigación de formas más eficaces y eficientes de hacer terapia. Entre él y sus colaboradores, crearon el **Centro de Psicoterapia Breve del MRI**, en donde iniciaron sus trabajos, enfocándose en los aspectos relacionados con el cambio humano (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1982). **Fisch**, realizó sus estudios de medicina y especialización en psiquiatría en Nueva York. Trabajó durante algunos años en los hospitales *Sheppard y Enoch Pratt de Towson*, Maryland, y del condado de San Mateo. Ejerce la docencia en la Universidad de Stanford (Fisch, Weakland y Segal, 2003). Es coautor de varios libros el de **“Cambio” y “La Táctica del Cambio”**, su más reciente libro es **“Terapia Breve con Casos Intimidantes: Cambiando lo Incambiable”**, en el cual ofrece un panorama para la aplicación de la Terapia Breve en aquellos casos que los terapeutas encuentran desalentadores.

John Weakland, se formó originalmente como ingeniero químico, en la Universidad de Cornell, para involucrarse posteriormente en el campo de la antropología y la sociología en la Universidad de Colombia. Después de realizar algunos trabajos bajo la dirección de Bateson, en 1953 ingresa al MRI para trabajar con él en sus investigaciones sobre la comunicación humana; en donde ejerce como consejero matrimonial, familiar, infantil e investigador; al igual que Fisch, ejerce la docencia en la Universidad de Stanford. Es miembro de algunas asociaciones de antropología en Estados Unidos y participa activamente en el consejo de redacción de la revista **Family Process**. También ha tenido una extensa producción bibliográfica (Fisch et al, 2003).

Paul Watzlawick, nació en Austria, realizó sus estudios de Psicología y Filología en la Universidad de Venecia. Antes de ingresar al *Mental Research Institute*, al cual fue invitado por Jackson en 1960; trabajo en Zurich, en el Instituto C. G. Jung y en la *Universidad de El Salvador*. Es uno de los principales autores de la *Teoría de la comunicación Humana* y del *Constructivismo*, y una importante referencia en el campo de la *Terapia Familiar*, *Terapia Sistémica* y, en general, de la *Psicoterapia*. En *Palo Alto*, Watzlawick y sus colegas (en especial, Gregory Bateson) desarrollaron la **Teoría del Doble Vínculo** (*Double Bind*), aunque su mayor aportación, en colaboración también con Gregory Bateson, es en el campo de la **Pragmática de la Comunicación Humana**.

Principios Básicos de la Terapia Breve

El término de Terapia Breve, abarca una gran variedad de enfoques psicoterapéuticos, sin embargo se diferencia de otras escuelas fundamentalmente por los siguientes aspectos, particularmente:

- ☞ La **duración** del tratamiento se limita a un promedio de **10 sesiones** por lo general.
- ☞ El papel del **terapeuta** es más **activo**, dirigido a la **promoción del cambio**, aun cuando el paciente no llegue a una comprensión de todo el proceso.
- ☞ La **atención** se centra en un **problema** en particular, de manera específica.
- ☞ Se da prioridad a las **causas** que mantienen **actualmente** el problema y no a sus posibles orígenes en el pasado.
- ☞ La persistencia del problema no se atribuye a deficiencias en la organización familiar o déficits individuales; sino a las **pautas repetitivas de interacción** entre los miembros del sistema y que no son perceptibles dentro del mismo.
- ☞ En su proceso está abierto o receptivo a las aportaciones teóricas y técnicas de las otras formas de hacer terapia, siempre y cuando armonicen con sus objetivos (Malugani, 1990). Todo lo anterior con el propósito de generar el cambio.

En la **Teoría de la Comunicación Humana**, son cinco los **axiomas** postulados por Watzlawick, et al (1991) *es imposible no comunicar, b) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, c) La naturaleza de una relación, depende de la puntuación de las secuencias de comunicación, entre los comunicantes, d) la comunicación humana es tanto digital como analógica, e) los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios*. Plantean que la alteración en cualquiera de ellos, producirá las patologías que dificultarán la comunicación entre las personas (ver Esquema 6, pág. 35).

Existen dos tipos de cambio, el denominado cambio de tipo uno (**cambio₁**), que se genera dentro del mismo grupo; y el cambio de tipo dos (**cambio₂**), el cual se genera fuera del sistema, es decir, que se logra un cambio de posición denominado **metacambio**; este último es el tipo de cambio que se pretende lograr mediante el proceso terapéutico (Watzlawick et al, 1982),.

Para lograr dicho propósito, es de vital importancia, identificar la naturaleza de los problemas, ya que de ello dependerá el desarrollo del proceso terapéutico en general. Es importante hacer una diferenciación entre lo que es una dificultad y un problema. La **dificultad** de acuerdo a Watzlawick et al (1982) es una situación no deseada o que genera desagrado con posibilidad de solucionarse mediante acciones simples (cambio₁); o bien aquellas que no tienen solución, que son las de tipo natural o social (muerte, enfermedad, etc.). Para estos mismos autores, los **problemas** hacen referencia a *situaciones aparentemente sin solución, son dificultades que fueron abordadas de manera inadecuada*. Existen tres formas de convertir una dificultad en un problema:

- ☞ Intentar la solución negando el problema
- ☞ Intentar cambiar una dificultad inmodificable
- ☞ Intentar solucionar en el nivel lógico donde no es posible

Cabe señalar que en el libro “La Táctica del Cambio”, Fisch et al (2003), consideran que para que las dificultades se hagan problemas solo se requiere que se cumplan dos aspectos, 1) que la dificultad sea enfrentada de manera equivocada y 2) al no ser solucionada se eleve la dosis de la misma supuesta solución. Además plantean que el problema permanece debido a la presencia de comportamientos problemáticos repetitivos, los cuales por absurdo que parezca, son mantenidos por los intentos de solución. Por lo cual, para solucionar los problemas, cambio va dirigido a la modificación de la solución, con el propósito de lograr un cambio₂, es decir, generar un salto a un nivel lógico superior.

Metas Terapéuticas de la Terapia Breve

El principal objetivo del terapeuta será influir sobre el paciente para que su problemática se solucione de manera satisfactoria para este último. Para lograr tal propósito, es preciso que tenga una visión clara sobre la problemática, los elementos que la mantienen, identificar el cambio más sencillo e inmediato en las soluciones intentadas y perfilarse hacia la promoción del cambio, involucrando al paciente en ese proceso (Fisch et al, 2003).

La **capacidad de maniobra** es importante para desarrollar su labor, esta hace referencia a la libertad de acción que tiene el terapeuta para conducir el tratamiento y mantener el control pese a los obstáculos que se presenten, mediante acciones con un propósito claro. Esta libertad de acción es favorecida por diversos elementos como son:

- a) **Oportunidad y Ritmo:** El terapeuta requiere ser cuidadoso en no mostrar una postura radical de manera inoportuna, indagando en primer término cual es la postura del cliente, avanzando con tiento mientras se va evaluando a cada paso su respuesta a las acciones del terapeuta. Teniendo la habilidad para cambiar de rumbo si es necesario.
- b) **El Tiempo Necesario:** Hace referencia al tiempo que deberá invertir el terapeuta en la planeación del caso, pese a la urgencia que pueda tener el paciente; además de no precipitarse en la toma de decisiones, hacer una pausa cuando no le quede clara la información o no tenga definida la problemática; inclusive en la regulación del tiempo que durarán las sesiones.
- c) **Uso de un Lenguaje Condicional:** Es una herramienta útil en diversos casos, por ejemplo, auxilia al terapeuta a no asumir una postura que no desea o que no es oportuna; también cuando no se tiene claro si la intervención o la tarea que pretende manejar funcionará.
- d) **La Búsqueda de Concreción del Cliente:** Alentar al paciente para que mantenga una postura comprometida y definida, permite mantener limitada la capacidad de maniobra del cliente.
- e) **Actitud Igualitaria:** Asumir una actitud de este tipo, favorece la relación entre el terapeuta y el paciente, contribuyendo a que este último brinde la información necesaria y lleve a cabo las sugerencias y tareas.
- f) **Sesiones Individuales y Conjuntas:** Elección de la modalidad de las sesiones dependiendo de los objetivos que se persiguen, sin que esto implique la pérdida del enfoque sistémico.

Existen algunos **pacientes** considerados como **difíciles**, que son aquellos que “amenazan con impedir que la terapia ni siquiera inicie su andadura” (Fisch et al, 2003, pág. 8), obstaculizando la capacidad de maniobra del terapeuta. Entre ellos están los pacientes que acuden a terapia obligados (**comprador fingido**), por lo tanto no se

encuentran interesados en cambiar la situación. El terapeuta tiene varias **salidas**, puede negociar un nuevo contrato con él, de tal manera que pueda expresar una necesidad o dolencia propia que le interese y lo involucre. Puede optar por trabajar con la persona directamente afectada o lograr que el comprador fingido se decida a comprar verdaderamente (adoptando la misma postura del cliente). Si ninguna de estas alternativas funciona, es posible finalizar la terapia.

Otra modalidad de paciente difícil, es el **restrictivo**, que se caracteriza por sus *intentos de sabotear el tratamiento, mediante el establecimiento de condiciones que limitan la libertad de acción del terapeuta*. Estas condiciones pueden ser, la revelación de secretos con la condición de que no sean comentados al otro (conspiración de silencio); otra es limitar el contacto del terapeuta con otro miembro de la familia involucrado en la problemática; también puede tratar de intimidar, dejando de manifiesto una posible explosión de ira. Ante esto es preciso que se evite la **conspiración de silencio**, que no se acepten las restricciones impuestas por el paciente y que el terapeuta manifieste que existe intimidación, la cual debe cesar para que el proceso continúe. Si lo anterior no funciona, puede optarse por finalizar el tratamiento.

Debido a que el tiempo es un factor importante desde esta perspectiva, desde la **entrevista inicial** el terapeuta enfocará sus esfuerzos en obtener información (responder al qué en lugar del por qué) acerca de la naturaleza de la problemática, las respuestas de los involucrados ante ésta, los objetivos del paciente, así como su actitud y el tipo de lenguaje que maneja. Tomar en cuenta la **postura del cliente** ante el problema, la terapia y el terapeuta mismo, es fundamental para lograr su colaboración en el proceso. Por postura se entiende el compromiso que se tiene con un valor específico que ha sido manifestado abiertamente (Fisch et al, 2003). Entre ellas están por ejemplo, como se define el cliente, si como paciente o como la persona preocupada por el otro que tiene el problema. Puede mostrarse también pesimista ante la solución de la situación o por el contrario con una gran expectativa ante ella.

En relación a la terapia pueden asumirse **tres posturas** básicamente, el cliente puede mostrarse como un **receptor pasivo** depositando la responsabilidad absoluta del proceso en el terapeuta; o como un **agente activo** que visualiza al terapeuta como un ser pasivo; o finalmente como quien busca ayuda pretendiendo establecer una relación de trabajo y **responsabilidad recíprocas**. Estas posturas pueden ser utilizadas a favor del proceso para evitar la resistencia y lograr una mayor participación del cliente, hacia las sugerencias y tareas.

La solución de la problemática del paciente reside en mayor medida de una adecuada **planificación del caso**, esto implica tener claros los objetivos, las

estrategias de tratamiento y las intervenciones requeridas por dicha estrategia. La planificación consiste en:

- ☞ **Establecer el problema del cliente** (Definirlo de manera clara y sencilla)
- ☞ **Establecer las soluciones intentadas por el cliente** (Entender el impulso básico de tales esfuerzos)
- ☞ **Decidir lo que se debe evitar** (Básicamente deberá evitarse el impulso básico identificado)
- ☞ **Formular un enfoque estratégico** (Elegir aquellas que se oponen al impulso básico)
- ☞ **Formular tácticas concretas** (Ofrecer respuestas alternativas)
- ☞ **Encuadrar la sugerencia en un contexto** (Planear el modo de inducir al paciente a llevar a cabo la sugerencia)
- ☞ **Formular objetivos y evaluar resultados** (Objetivos que respondan a la demanda del cliente y especificación de los datos que permitirán determinar que el objetivo se ha logrado)

Estrategias y Técnicas de Intervención de la Terapia Breve

Para generar un cambio₂, una de las estrategias principales para conseguirlo, es la reestructuración. Por supuesto se habla de la reestructuración de la **estructura** que generalmente se sigue para lograr el **cambio**. Esta estructura es la siguiente:

- ☞ Se aproxima un acontecimiento x que no es deseado.
- ☞ Por sentido común se pretende prevenirlo o evitarlo haciendo uso de su recíproco u opuesto (cambio₁).
- ☞ En esta intento de solución (x vs. no-x) lo que se genera es una ilusión de solución, de acuerdo a las propiedades de los grupos antes mencionadas.
- ☞ La permanencia en esta ilusión de “alternativa” de solución, es lo que mantiene el problema ya que impide la visualización de otras alternativas.
- ☞ Con el cambio₂ lo que se pretende es un salto a un nivel lógico superior. Se rechaza la clase entera y no solo a un miembro.

Con la reestructuración lo que se pretende conseguir es cambiar el marco conceptual o emocional en donde se presenta la problemática, para colocarla en una estructura diferente, aunque la situación permanezca inmodificable, es decir, lo que se modifica es el significado que se da al problema y no los hechos específicos. Esta estrategia resulta efectiva porque una vez que se contemplan nuevas alternativas de solución, no es tan fácil dar marcha atrás y quedar atrapado de nuevo, ampliar el panorama, facilita la toma de decisiones.

De acuerdo a Watzlawick et al (1982), el cambio puede generarse en cuatro etapas:

- ☞ Clara definición del problema en términos concretos
- ☞ Investigación de las soluciones intentadas
- ☞ Clara definición del cambio a realizar
- ☞ Formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio

La solución de la problemática puede estar encaminada, ya sea al impedimento de la conducta que perpetúa el problema o bien hacia la rectificación de la opinión del cliente sobre el problema, de tal manera que ya no sienta incomodidad al respecto, ni sea necesario continuar con el tratamiento. Las intervenciones perfiladas hacia la primera opción, se presentan a continuación:

Esquema 9.- Intervenciones
Fisch, Weakland y Segal (2003)

INTERVENCIONES	
SOLUCIÓN PERPETUADORA	INTERVENCIÓN
1.- Intento de forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente	Renunciar al intento de solución
2.- Intento de controlar algo temido	Provocar el síntoma
3.- Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición de	Resaltar los aspectos benéficos del síntoma
4.- Intento de conseguir sumisión a través de la libre	La ventaja atractiva de la intervención, es de suma importancia; Exposición a la tarea, exigiendo un dominio o suma importancia;
5.- La confirmación de las sospechas del acusador, mediante la autodefensa	El solicitante se coloca en una actitud de Reafirmación del síntoma, como inconscientemente
	Interferencia Aceptación de las acusaciones por parte del defensor

Existen **intervenciones generales** que favorecen el logro de los objetivos, estas son *no apresurarse, señalar los peligros de la mejoría, efectuar cambios de dirección* (en caso de ser necesario); cuando el paciente no ha seguido sugerencias previas se puede recurrir a *empeorar el problema*, asegurando que las acciones que se recomiendan ahora, provocarán tal efecto.

Cuando al cliente refiere mejoría, el terapeuta puede sugerir la **terminación** del tratamiento, estando pendiente de su respuesta ante esta posibilidad. Seguramente también se mostrará un tanto inseguro en cuanto a lo que ha conseguido, o con cierto temor a recaer, el terapeuta definirá la **recaída** como un evento esperado. Si el paciente no desea terminar con el tratamiento, pese a la mejoría, se puede concertar otra cita, pero dejando un lapso de tiempo de dos o tres semanas aproximadamente, condicionando la asistencia del paciente, pese a que este considere que no es necesario. En caso de que el cliente tenga deseos de abordar una nueva problemática, es conveniente que se de un lapso de tiempo para realiza un **nuevo contrato** terapéutico. Si por algún motivo el paciente ha experimentado mejoría, aún cuando no se han logrado los objetivos y desea terminar el tratamiento, se tratará de convencerlo para que continúe, de no lograrlo se respetará su decisión, concretando una última cita en donde prevalezca un ambiente de cordialidad que deje manifiesta la posibilidad de regresar.

Cuando el problema no fue resuelto y se agotó el número de las sesiones, en la última de ellas es conveniente averiguar las causas de esto, más que intentar solucionarlo a toda prisa. Si el paciente no se siente satisfecho, el terapeuta deberá

abstenerse de debatir con él al respecto, sugiriéndole si es necesario que acuda con otra persona.

Reflexiones Generales

Este modelo me llama la atención, particularmente, por la posibilidad de utilizar recursos de otras teorías, para lograr sus objetivos. Considero que esto permite al terapeuta tener un gama mucho más amplia de opciones a la cual recurrir en beneficio del paciente. Además el manejo de límites en cuanto a la duración de tratamiento, me parece interesante y prudente, debido a que, por experiencia propia, aquellos tratamientos que son prolongados, llegan a generar la sensación de que no se va para ningún lado o de que el espacio terapéutico es una prolongación de la charla de cafetería. El hecho de especificar un número determinado de sesiones, de alguna manera obliga a ambas partes (terapeuta-paciente), a comprometerse en el logro de un objetivo determinado.

Sin embargo creo que estos mismos aspectos pueden convertirse en los puntos que pudiesen ser criticables, ya que si puedes echar mano de todo, entonces de que manera puede diferenciarse de otras terapias. Creo que este cuestionamiento se resuelve, teniendo especial precaución en no perder de vista el objetivo principal de la Terapia Breve, lo importante para llegar, es no perder de vista la meta independientemente del camino que se tome.

En cuanto al manejo del tiempo, también pudiera ser un motivo de crítica en el sentido de la presión que puede ejercerse en el paciente para enfocarlo en un aspecto específico de las frecuentes múltiples problemáticas que le aquejan. Sin embargo considero que esto puede superarse, determinando desde el inicio el tipo de tratamiento que el padecimiento del cliente requiere, es decir, si es en verdad un candidato para la terapia breve, o requiere de otro tipo de abordaje.

1.2.4. MODELO TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

Después del gran éxito que tuvieron los trabajos realizados por Haley y los realizados posteriormente en el Centro de Terapia Breve de Palo Alto, hubo un gran interés por el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos breves/estratégicos (Cade y O'Hanlon, 1995). A finales del siglo XX, con el surgimiento de la crítica posmoderna, en el ámbito de la psicoterapia, empiezan a surgir numerosas terapias, las cuales cuestionan las premisas tradicionales de la modernidad. El modelo de la Terapia Breve Centrada en la

Solución (**TBCS**), es una de ellas y en la actualidad es un modelo sólidamente fundamentado (Lipchik, 2002).

Basados en los trabajos de Erickson, Bateson, Watzlawick, Jackson, Weakland y Haley, entre otros; De Shazer y sus colaboradores, elaboraron este modelo en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, hacia mediados de los años 80's; por otro lado las aportaciones de William H. O'Hanlon y Michele Weiner-Davis, son también consideradas como pilares en su desarrollo (Selekman, 1996).

Eve Lipchik (2002), perteneció al grupo de colaboradores de De Shazer y sus aportaciones están encaminadas al trabajo de las emociones bajo este mismo modelo. Ella ha sido influenciada principalmente por los trabajos de Maturana y Varela; incorporando a su labor, una gran gama de ideas retomadas de la biología, la lingüística, la cibernética, el constructivismo, la antropología y el construccionismo social (Lipchik, 2002).

Matthew D. Selekman, por su cuenta, ha destacado en el ámbito, debido a sus aportaciones en relación al trabajo con adolescentes. Como él mismo lo comenta, ha buscado la ampliación del alcance del modelo mediante los trabajos realizados por Michael White, Harry Goolishian, Marlene Anderson y de Tom Anderson (Selekman, 1996).

Principios Básicos de la Terapia Breve Centrada en la Solución

La Terapia Breve Centrada en la Solución, comparte algunos de los principios de la Terapia Breve, como son:

- a) La intención de abreviar la terapia lo mayormente posible
- b) El papel activo del terapeuta, encaminado a la promoción del cambio, aún cuando el paciente no logre la comprensión de todo el proceso
- c) No se buscan las causas pasadas del problema, se proyecta al paciente hacia el futuro.

Selekman (1996) y Lipchik (2002), señalan algunos de los supuestos del modelo centrado en la solución, ambas aportaciones son integradas a continuación:

1. ***La resistencia no es un concepto útil.*** Se parte de la idea de que cada cliente tiene una forma peculiar de cooperar y es labor del terapeuta descubrir cuál es esta, para favorecer el cambio desde

ahí. Según Lipchik (2002), el terapeuta denomina resistencia, a su incapacidad para comprender la forma de actuar para lograr el cambio en el paciente.

2. ***Cada cliente es único.*** Tener esto en mente facilita la identificación de la solución más rápida y adecuada, para cada caso en particular. Ya que lo que pudo resultar apropiado en casos similares, pueden no serlo para uno en particular.
3. ***El terapeuta no puede cambiar a los clientes, solo ellos pueden cambiarse a sí mismos.*** De acuerdo a Lipchik (2002), este supuesto es funcional cuando el terapeuta se ve atrapado en una lucha por el poder con el paciente o cuando este último parece estar estancado, desde su perspectiva, es momento de abordar el sentir del paciente. Desde mi punto de vista, más que restar importancia a la preparación o habilidad del terapeuta, va encaminado a sugerir que no nos olvidemos del paciente y de su condición particular.
4. ***El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes.*** Sugiere al terapeuta, mantener una actitud de esperanza; ya que los problemas son considerados como parte de la dinámica de la vida.
5. ***Nada es completamente negativo.*** Llevar a los clientes a reflexionar al respecto debe ser una tarea del terapeuta, con el propósito de que el primero, tenga un panorama más amplio sobre su situación.
6. ***Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.*** Se refiere a no perder de vista la necesidad de que los pacientes identifiquen el problema que quieren resolver primordialmente; mientras lo que quieren cambiar va más de acuerdo a sus necesidades, más se comprometerán con el proceso terapéutico.
7. ***Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos.*** Es labor del terapeuta identificarlos y aprovecharlos para construir con el paciente soluciones a su problemática.
8. ***El problema son intentos fallidos de resolver los conflictos.*** Tomando en cuenta los preceptos de la Terapia Breve Centrada en el Problema, aquí lo que se sugiere al terapeuta es evitar dar más de lo mismo al cliente y ser más creativo.

9. **No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.** Sugiere perfilarse a las cosas que funcionan para capitalizarlas, ampliarlas y consolidarlas como soluciones previas al tratamiento.
10. **La Terapia Centrada en la Solución avanza a paso lento.** Aquí Lipchik (2002), comenta que a propósito le quita el término breve, ya que suele confundirse con rápido. Considera que la brevedad depende de lo adecuado de las intervenciones.
11. **No hay causa y efecto.** En lugar de preguntarse por qué se presenta un problema, es mejor encaminarse a lo que requiere ser cambiado para solucionarlo.
12. **Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema.** Hace referencia a que de pronto preguntar por lo que no se quiere cambiar, facilita el cambio; sobre todo cuando el paciente no puede producir soluciones concentrado solo en el problema.
13. **Las emociones son parte de todo problema y de toda solución.** Partiendo del supuesto de que el lenguaje es una acción inseparable de la emoción, Lipchik (2002), señala que el no tomar en cuenta las emociones puede limitarnos en la comprensión de la problemática del cliente en sí mismo y por lo tanto obstaculizar posibles soluciones.
14. **No podemos cambiar el pasado de modo que debemos centrarnos en el futuro.** Recordar este supuesto, permite al terapeuta, evitar caer en la tentación o entrar en complicidad con el cliente, acerca de las causas pasadas de su problemática y centrarnos en lo que se requiere modificar en el aquí y ahora.

Son estos ejes lo que guían la labor terapéutica y regulan la relación existente entre el paciente y el terapeuta.

Metas terapéuticas del Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución

En este modelo, se espera que el terapeuta tenga una actitud de aceptación hacia el paciente; que identifique y destaque los aspectos positivos de todas las situaciones planteadas por los pacientes; que asuma una postura de “no saber”; debe considerarse como un guía y tener claro que es el cliente quien decide hacia donde va. Lipchik

(2004), señala que el terapeuta requiere estar muy al tanto de las reacciones del paciente al igual que de las suyas, a esto le llama ***pensamiento en dos carriles***.

En la primera sesión, es importante facilitar que el paciente se sienta cómodo y que pueda percibir en nosotros un interés genuino por su situación. Posteriormente tras una breve descripción del problema, a través de diversas preguntas, se pretende obtener información acerca de las excepciones, las soluciones que han funcionado y los recursos del paciente. Los problemas son considerados como eventos casuales que al mantenerse durante el tiempo suficiente, fueron considerados como tales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Por lo tanto es importante que el terapeuta normalice y despatologice tales dificultades; para posteriormente lograr que los pacientes, centren su atención en las excepciones, soluciones y recursos de todo lo que sea posible.

Desde esta perspectiva, es el cliente quien fija los objetivos a alcanzar, siendo responsabilidad del terapeuta cerciorarse de que éstos, sean alcanzables y lo suficientemente claros como para que pueda ser identificado el momento en que se presenten; se pretende el logro de pequeños cambios que a su vez lleven a otros mayores. En términos generales se puede considerar que la labor del terapeuta es validar a la persona y sus experiencias, cambiar el "hacer" del problema y cambiar el "ver" del problema. (O'Hanlon et al, 1993).

Estrategias y Técnicas de Intervención de la Terapia Breve Centrada en la Solución

Entre las estrategias y técnicas de intervención que se manejan dentro de la Terapia Breve Centrada en la Solución, es de vital importancia el tipo y la forma como se elaboran las preguntas dirigidas al paciente. Estas pueden tener distintos propósitos, pero siempre enfocadas hacia la identificación de las soluciones posibles a la problemática del cliente.

Algunos de los propósitos pueden ser el cuestionar para crear un ***nombre*** o rótulo a la ***problemática*** ya que permiten referirse a ésta, de una manera sencilla pese a la complejidad que pueda tener. Perfilar al paciente a ***rever el pasado***, con el propósito de ***cambiar la apreciación*** que se tiene de los eventos acontecidos en él y darles una nueva connotación más favorable. ***Deshacer las conexiones con otros problemas***, con el propósito de identificar soluciones con mayor facilidad a cada uno de ellos. Pueden formularse preguntas para sacar a relucir los ***recursos*** de los consultantes, de los cuales hacer uso para la solución del problema; así como para crear una visión positiva del futuro, etc.

Algunas de las ***técnicas*** más relevantes son las siguientes:

- ☞ **Escala de evaluación.**- La utilización de la escala permite crear en los pacientes una visión de posibilidad de cambio, ya que esta implica una continuidad; además de perfilar a la persona hacia la dirección deseada. Aquí se solicita al paciente que se ubique en una escala del cero al diez, en donde cero es lo menos satisfactorio o inadecuado y diez lo más satisfactorio o adecuado.
- ☞ **Pregunta del milagro.**- En ella se estimula a las personas para que traten de imaginar de la manera más vívida, todas aquellas cosas que serían diferentes si el problema se solucionara. Esto permite enfocar a los pacientes a las soluciones potenciales.
- ☞ **Búsqueda de la excepción.**- Aquí lo que se pretende es identificar todos aquellos momentos en que el motivo de la queja no está presente, con el fin de identificar lo que la persona ha hecho y que le ha funcionado; para después agrandararlo y generalizarlo.
- ☞ **La pregunta del futuro.**- Esto se utiliza con el propósito de crear una visión positiva del futuro e identificar todos aquellos elementos susceptibles de cambio, que lleven al logro de esa visión.

Reflexiones Generales

Este modelo me ha parecido interesante, lo considero sencillo, funcional y práctico. Puede ser un excelente recurso para el trabajo en las instituciones, en donde no siempre se tiene el tiempo y las condiciones para tratamientos prolongados. En las escuelas, también los alumnos requieren de soluciones a veces casi inmediatas a los problemas que se les presentan y en muchos de ellos, como lo son los académicos, el factor tiempo es determinante para el logro de las metas. Además, en el caso de los adolescentes, no suelen ser reflexivos, son más prácticos, elemento que se convierte en otro punto a favor de la aplicación de este modelo en las escuelas.

Me agrada el hecho de que no se centre en deficiencias sino en puntos fuertes; no en las carencias, sino en lo que se tiene, me recuerda una frase que escuche hace mucho tiempo y he tomado como filosofía de vida “empieza con lo que tienes y hazlo crecer”. Sin embargo tratando de ser objetiva, considero que el terapeuta debe desarrollar destreza para identificar aquellos casos en donde el cliente requiera de otros modelos para la solución de las problemáticas que presenta.

1.2.5. MODELO DE LA ESCUELA MILÁN

Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia, funda en 1967 el Instituto de la Familia, invitando a trabajar con ella a Luigi Boscoso, Giofranco Cecchin y Guiliana Prata; todos ellos con formación psicoanalista también. Es justamente en este instituto en donde fue creado y desarrollado el Modelo Terapéutico conocido como Modelo de Milán. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Este grupo realizó sus trabajos con el tratamiento de pacientes psicóticos y muchachas anoréxicas, tema que había llamado la atención de Palazzoli desde la época en que se especializara en medicina (Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). Después de algunos años de trabajo, Palazzoli siente la necesidad de buscar respuesta a las situaciones que no podían resolver en el instituto; es ese mismo tiempo tiene contacto con el libro **“Pragmática de la Comunicación Humana”** de Watzlawick, Beavin y Jackson, por lo cual decide realizar una visita a la escuela de Palo Alto, el **Mental Research Institute** (MRI), la cual fue muy fructífera para el grupo, a partir de la cual adoptan la epistemología sistémica. Sin embargo, a lo largo de la trayectoria del grupo, fueron experimentando con nuevas formas de tratar la problemática de las anoréxicas, proceso que queda ampliamente descrito en las publicaciones, **“Juegos Psicóticos de la Familia”** (Palazzoli Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1993) y **“Muchachas Anoréxicas”** (Palazzoli et al, 1999). Para 1978 este grupo se separa, formándose dos grupos, el conformado por Palazzoli y Prata, y el otro que formaron Boscolo y Cecchin. Alrededor de los años 80’s, se incorporan al grupo de Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna María Sorrentino (Palazzoli et al, 1999). Con sus aportaciones en el ámbito de la Terapia Familiar, han logrado reconocimiento a nivel internacional.

Principios y conceptos básicos del Modelo Milán

Desde este modelo se parte del supuesto de que en las familias que eran diagnosticadas como patológicas, existían una serie de normas particulares, que seguían siendo mantenidas por las conductas, la comunicación y las respuestas, entre sus miembros. Entre las características de las familias de chicas anoréxicas, se dieron cuenta de que existía una dinámica muy peculiar, los padres de estas mujeres habían experimentado carencias afectivas en su infancia, mismas que en sus relaciones de pareja adultas no eran cubiertas; impulsando al padre a centrar su atención en la hija como fuente afectiva, lo que trae como consecuencia que haya un distanciamiento entre madre e hija, generando lo que denominaron **“embrollo familiar”** (Palazzoli et al, 1999).

Para descubrir cuales eran estas reglas, a lo largo de su proceso, el grupo de Milán desarrolló varios métodos como son la utilización de la **paradoja, la prescripción invariable y finalmente la revelación del juego familiar**. Mismos que serán descritos en el apartado de estrategias y técnicas de intervención.

Los tres principios básicos que se manejan en este modelo, son hipotetizar, circularidad y neutralidad, los cuales son considerados indispensables para entrevistar de manera adecuada a la familia (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). Estos son descritos a continuación:

1. **Hipotetizar**, formulación que hace el terapeuta, basada en la información que recibe del sistema; esta es considerada como el punto de inicio e hilo conductor de la entrevista, el terapeuta a partir de ella encaminará sus esfuerzos a corroborar dicha hipótesis o a reformular otra nueva, en caso de que sea rechazada. Estas deben ser formuladas de manera sistémica, es decir, que incluya a todos los miembros de la familia y describan las relaciones que se establecen y mantienen el problema; a través de este medio es que también se introduce a la familia en un contexto sistémico, mediante el cual se proporciona un panorama distinto acerca del problema. Su función radica en la obtención de información sobre el sistema, así como la organización de la misma.
2. **Circularidad**, Es la capacidad que tiene el terapeuta para conducir el rastreo de información que obtiene de la familia, ante las preguntas que formula en relación a las relaciones que entablan, sobre las diferencias y en lo que se refiere al cambio. Partiendo del supuesto de que la información es una diferencia y la diferencia es una relación o un cambio en ella; en sus cuestionamientos, el terapeuta solicita información a través de triadas, es decir, cuestiona a un tercero sobre la relación que se entabla entre dos miembros distintos del sistema; logrando con esto que se establezca una metacomunicación entre los miembros de la familia. Así también se obtiene con ellos variada información acerca de las distintas triadas que existen en el sistema. Se puede cuestionar en diferentes términos, por ejemplo: interacciones en situaciones específicas, de diferencia en cuanto a comportamientos, de categorización o jerarquización de varios miembros de la familia acerca de un comportamiento o interacción específica, de comportamiento indicativo de cambio en relación a un evento determinado y de diferencias en circunstancias hipotéticas.
3. **Neutralidad**, hace referencia a la postura del terapeuta en relación a los integrantes de la familia, evitando privilegiar a alguno de los miembros o estableciendo coaliciones con ellos. Esto solo se logra, si el terapeuta consigue colocarse en un metanivel en relación a la familia.

Metas terapéuticas del Modelo Milán

El objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. El terapeuta no pueda conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser ella misma la que encuentre una solución que le resulte adecuada.

Estrategias y técnicas de intervención del Modelo Milán

Como se comentó con anterioridad, en la Escuela de Milán fueron utilizando a lo largo del tiempo distintas formas de abordar la problemáticas de los pacientes que trataban; lo cual implicaba la utilización de distintos recursos (Palazzoli et al, 1999), como se describen a continuación.

a) Utilización de la paradoja

- ☞ **Connotación positiva**, consiste justamente en resaltar como positivo el comportamiento de todos los miembros del sistema.
- ☞ **Reformulación paradójica**, que hace referencia a darle un nuevo giro al juego familiar, prescribiendo ese mismo juego. Es decir, primero se da a la conducta sintomática como un acto sacrificio benevolente, para mantener a la familia, por lo cual se solicita a sus miembros que mantengan su comportamiento.
- ☞ **Los rituales familiares**, con su utilización se pretende sustituir los patrones de comportamiento habituales, dando indicaciones precisas a cada miembro de la familia, sin dar explicaciones ni hacer críticas.
- ☞ **Intervalo mensual entre las sesiones**, este período se establece con el fin de que las intervenciones surtan el efecto que se pretende.

Con la connotación positiva del síntoma, lo que se pretende es conducir a la familia a la paradoja, ya que define de manera clara la relación entre los integrantes del sistema como complementaria, lo que hace innecesaria la simetría encubierta, sin que se corra el riesgo de descalificar a nadie. Define también el vínculo entre el terapeuta y la familia como complementario y el contexto como terapéutico. Con la paradoja, haga lo que haga la familia, estará bien (Palazzoli et al, 1999).

b) Prescripción Invariable

La prescripción invariable consta de varios puntos, lo cuales es preciso seguir al pie de la letra, estos son (Palazzoli et al, 1993):

- ☞ **Preparación para la prescripción.**- Citar a la primera sesión a la familia extensa y nuclear, al final de esta sesión se agradece la participación de la familia extensa, para volver a citar solo a la familia nuclear. Se dice que aún no pude darse ninguna indicación precisa de terapia familiar y se agradece la colaboración. En la segunda cita se habla acerca de las reacciones de los miembros excluidos y las actitudes de la propia familia.
- ☞ **Paso uno.**- Para el final de esta sesión, después de salir con el equipo, al regresar se dice que se tiene una indicación de terapia familiar, solicitándoles que para la siguiente sesión sólo se presenten los padres e indicando a los hijos que ellos se quedarán en casa y se da por terminada la sesión.
- ☞ **Paso dos.**- En la cita con los padres se indaga sobre las reacciones de los otros miembros de la familia y sobre sus propias reacciones. Si hablaron de esto y las explicaciones que se dieron al respecto.
- ☞ **Paso tres.**- Posteriormente se les dice que les darán una indicación difícil de que la lleven a cabo, pero que es muy importante y que consta de cuatro pasos.
 - Al regresar a casa que guarden el secreto sobre lo que se habló.
 - A los ocho días, tendrán que salir (la cantidad de veces que fije el terapeuta) algunas noches, después de la cena, sin decir a nadie a dónde irán. Habiendo dejado solo un recado en donde digan que no estarán. Si les preguntan decir que son cosas que solo les conciernen a ustedes.
 - En una libreta anotarán los comportamientos de todos, cuidando de que nadie la vea.
 - Se cita para la siguiente sesión a la pareja, con sus libretas.

Con los rituales familiares lo que se pretende es cuestionar el mito, para así logara un cambio en las reglas del juego. Los mitos son entendidos como convicciones compartidas dentro del sistema que determinan las reglas que rigen sus relaciones. El ritual se conforma de una serie de acciones, acompañadas de ciertas indicaciones, que involucran a todos los miembros de la familia.

1. Revelación del juego familiar

- ☞ Aquí lo que se pretende es que con la revelación del juego familiar, era que al evidenciarlo, se haga imposible que este se siga reproduciendo. Al sacar a relucir el juego, se pretende validar el sentimiento del hijo involucrado en la relación de los padres, pero al mismo tiempo conectándolo con el sufrimiento de los propios padres en esta dinámica. Así se logra que nadie sea descalificado ni criticado (Palazzoli et al, 1999).

Otros recursos para intervenir, son por ejemplo la utilización del futuro, ya sea mediante la formulación de **preguntas a futuro**, las cuales en conjunción con la connotación positiva, colocan a la familia en una metaposición la cual les permite observar nuevas soluciones a los viejos problemas (Penn y Frankfurt, 1985).

Reflexiones Generales

Para Andersen (1994), uno de los aciertos de la escuela de Milán, consistió en centrar la atención en el proceso de la entrevista, más que en las intervenciones; aspecto característico de las escuelas estructurales y estratégicas que le precedieron.

Es muy interesante el proceso que ha llevado la Escuela de Milán y las aportaciones que ha hecho en cuanto al trabajo con las chicas anoréxicas. En este sentido ha sido enriquecedor conocer sobre las distintas formas de abordar la problemática, la cual es muy común en nuestra época y en la que de manera particular la información era bastante limitada.

Es un poco difícil aún manejar las herramientas que proporciona el modelo, en el tratamiento de los casos actuales. Sobre todo cuando se está trabajando con pacientes de manera individual.

1.2.6. MODELOS POSMODERNOS

1.2.6.1. MODELO TERAPIA NARRATIVA

La decepción que muchos terapeutas experimentaron con respecto a la Terapia Familiar basada en los modelos sistémicos, en relación al tratamiento de algunas problemáticas específicas como la violencia y el abuso; las fuertes críticas de los movimientos feministas y multiculturales; la tendencia al reconocimiento de la familia como un sistema abierto influido a su vez por diversos sistemas sociales, el interés en la importancia del lenguaje en la terapia y la consideración de los aspectos sociales y políticos en el proceso terapéutico; de alguna manera abrieron los caminos para el surgimiento de las Terapias Posmodernas, entre las cuales se encuentra la llamada Terapia Narrativa (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, en Limón, 2005).

Michael White, David Epton y Lynn Hoffman han sido considerados como sus principales exponentes. De acuerdo a White (2004, pág. 31), *“la metáfora narrativa propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginarios, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida”*.

Principios básicos de la Terapia Narrativa

Ante la imposibilidad de conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere de una interpretación, ubicado dentro de un contexto. Esta interpretación que hacemos del mundo es lo que le da significado. Desde esta perspectiva, la vida puede ser considerada como una narrativa, una historia construida a través de los significados atribuidos a las cosas, mediante los diálogos que se establecen entre las personas, en ámbitos específicos. En esta construcción, el individuo es al mismo tiempo **el escritor, lo escrito y el crítico literario**. (Goncalves, en Neimeyer et al, 1998)

El observador y lo observado se sitúan dentro de la narración, dando al observador el papel de autor privilegiado de su propia construcción. Los marcos interpretativos que manejamos para la atribución de significados, se convierten en **analogías** a través de las cuales recortamos el mundo, que es desde donde lo interpretamos. La analogía de texto hace referencia a que las narraciones determinan la forma como se interrelacionan y se organizan en la vida las personas, el desarrollo de éstas se da a partir de dichas narraciones o relatos, los cuales son construidos a través del filtro de la conciencia. Esta analogía nos habla pues de que las personas están situadas en **textos dentro de textos** y que cada vez que vuelven a contar sus historias, aparece un **nuevo relato**, que contiene al anterior y lo amplía. (White y Epton, 1993).

Bruner (1986, citado en White, 2004, pág. 31), considera que los las **historias** se componen de un **panorama de acción**, al cual lo constituyen “hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas

específicas”; y de el **panorama de conciencia**, constituido por las interpretaciones tanto de los personajes que aparecen en la historia como del lector; son percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones de estos personajes, que elaboradas adecuadamente en un texto, generan compromisos que finalmente determinan estilos de vida (White, 2004).

En palabras de propio White (2004, pág. 30), “*desde esta perspectiva se propone que la vida de las personas está moldeada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación*”. Los **problemas** se generan entonces cuando las narraciones que contienen sus relatos no representan sus vivencias. Estos **relatos dominantes** dejan fuera una gran riqueza de experiencias (**acontecimientos extraordinarios**), las cuales constituyen un valioso recurso de donde pueden emanar **relatos alternativos**. **Externalizar** el relato dominante o problemático, permite a la persona colocarse en una nueva posición que favorece el desarrollo de un sentimiento de **agencia personal**, la persona se convierte en protagonista de su propio mundo, teniendo la posibilidad de intervenir en relación al problema, su vida y relaciones. Las narraciones dominantes se encuentran a su vez inmersas en otros marcos más amplios, por lo tanto al externalizarlas, también se obtiene un panorama acerca de los efectos del **poder** en la vida y relaciones de los clientes. Poder ejercido mediante las prácticas culturales que cosifican a las personas y sus cuerpos, llevándolas a relacionarse consigo mismas y con otras personas, como objetos (White et al, 1993).

Jenkins (1994) plantea que, es desde esta perspectiva que se empieza a tomar en cuenta el contexto socio-histórico en el abordaje de las problemáticas en el proceso terapéutico, manejando parámetros como son el género, raza, cultura, espiritualidad, etc.; por lo cual existe el reconocimiento de que la terapia es un proceso político y el **terapeuta** por ende, un **agente de cambio**. Considerar los aspectos de poder y jerarquía son sumamente importantes, sobre todo en las situaciones de violencia y abuso en las familias. Este aspecto es una de las diferencias más significativas en relación a las terapias constructivistas, para quienes, el poder es una ilusión, el terapeuta no es un agente de cambio y además éste mantiene una relación de igualdad con los clientes.

En la práctica terapéutica dentro del modo narrativo, de acuerdo a White et al (1993):

- ☞ Las vivencias de la persona son de máxima importancia
- ☞ Es considerada la dimensión temporal de las experiencias vividas

- ☞ Las prácticas lingüísticas se basan en el modo subjuntivo que desencadena presuposiciones, favorece el establecimiento de significados implícitos y la generación de perspectivas múltiples.
- ☞ En la construcción de los nuevos relatos, estimula el uso de diversos estilos de lenguaje, así como la diversidad de significados de las palabras
- ☞ Invita a la adopción de la postura reflexiva y a la apreciación de la participación en los actos interpretativos
- ☞ Al contar y volver a contar la historia de vida, se fomenta el sentido de autoría y re-autoría en ella.

Metas Terapéuticas de la Terapia Narrativa

Ya que los problemas se generan cuando no existe concordancia entre las narraciones dominantes y la expresión de la vivencia del cliente, el proceso terapéutico estará encaminado a la generación de relatos alternativos que a su vez generan nuevos significados que sean más satisfactorios para la persona.

Para ello, se propicia la **externalización del problema**, es decir, se pretende establecer una separación entre el problema y la persona, esto se logra motivando al cliente a que hable de la problemática como algo externo. Explorar la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona así como la influencia que esta ha tenido en la vida del mismo. Este proceso no es estático, es un proceso continuo de “co-elaboración” de una nueva realidad, en donde el problema externalizado no se proyecta a nadie más. Este tipo de conversaciones, propicia la **internalización de la posición como agente**, que lleva a la persona a experimentar mayor control de la problemática. Además favorece los siguientes aspectos (Tomm, en White, 2004).

- a) Hace disminuir los conflictos personales disipando las discusiones acerca de quien es el responsable del problema.
- b) Combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema.
- c) Aligera el camino para lograr que se inicie una lucha común ante el problema y se deslinden de su influencia.

- d) Posibilita el surgimiento de alternativas para que los involucrados actúen alejándose de la influencia del problema.
- e) Permite enfrentar el problema de una forma menos tensa y más eficaz.
- f) Ofrece opciones de diálogo sobre el problema

En este proceso de externalización, se generan los relatos en donde es necesaria la identificación de los **acontecimientos extraordinarios**, con lo que se pueden construir relatos alternativas al discurso dominante en la vida de la persona. Para White (2004), la **deconstrucción**, entendida como aquellos procedimientos que permiten sacar a la luz realidades y prácticas que no han sido consideradas dentro de los relatos dominantes, es un medio para lograrlo. Una vez identificadas es preciso atribuirles **significado** mediante la formulación de preguntas que lleven a las personas a explicarlos, re-describirlos o a reflexionar sobre nuevas posibilidades (White et al, 1993).

Tanto para la **elaboración** como para el **mantenimiento** de las nuevas historias, el involucramiento de público que funja como **testigo**, es un buen recurso. Los testigos, contribuyen a la creación de nuevos significados lo cual tiene efectos reales en la interacción que se da entre el cliente y los relatos alternativos. Así mismo, cuando la persona tiene conocimiento sobre lo que los testigos construyen en relación al nuevo relato, esta tiene la posibilidad de revisarlo y ampliarlo (White et al, 1993).

Estrategias y Técnicas de Intervención Terapia Narrativa

A continuación se describen los recursos que tiene el terapeuta para la concreción de los procesos anteriores, teniendo en cuenta que esto no quiere decir que los procesos estén desvinculados, ni que estos recursos sean específicos para fases concretas:

↻ *Externalización del Problema*

Externalizar el problema requiere de la definición del mismo, para ello es preciso que el cliente vaya moldeando la definición que hace de él, de tal forma que si esta es muy concreta, el terapeuta le invitará a generar una más general; así mismo puede ser que los pacientes hagan uso de las definiciones “científicas” de sus problemáticas, lo cual limita su posibilidad de intervención, en este caso es conveniente que describan con sus propias palabras la situación que les genera incomodidad. Finalmente, es de suma importancia que la definición sea aceptada por todos los miembros que la generan, ya que con esto se podrá contar con la participación de todos ellos en el proceso terapéutico (White et al, 1993).

White et al (1993) plantean que cuando las personas logran separarse del problema, puede ser que también se llegue al punto de que desafíen prácticas que cosifican a la persona.

☞ *Identificación de acontecimientos extraordinarios*

Para la identificación de los **acontecimientos extraordinarios**, se recurre a las **preguntas** llamadas de **influencia**, para indagar acerca de la manera en que la problemática impacta en la vida y relaciones de los involucrados, así como la manera en que ellos responden ante dicha influencia y la forma en que las personas contribuyen al mantenimiento del mismo. Como ya se mencionó el **método deconstructivo** constituye una herramienta importante.

Se pretende entonces que las personas se separen de sus historias dominantes, para orientarse a aquellas experiencias que contradicen esas historias (**excepciones**), lo que permitirá traer a la luz aquellos **“logros aislados”** (Goffman, citado en White, 2004), los cuales deben ser calificados como tales, por las mismas personas; estos logros constituyen las bases para la construcción de narraciones alternativas. En este proceso, el terapeuta puede hacer preguntas relativas al panorama de acción y/o al de conciencia, las primeras permiten situar los logros en secuencias de sucesos desarrollados en el tiempo con tramas particulares; las segundas permiten que los clientes reflexionen y den significado de los sucesos identificados en el panorama de acción.

Las **preguntas del panorama de acción** pueden estar enfocadas hacia el pasado, el presente o el futuro, dando la pauta al surgimiento de historias alternativas a través de la dimensión temporal. Los logros aislados pueden ser identificados en las historias del pasado en relación al problema externalizado, en el transcurso de la sesión o incluso en el futuro, revisando los planes, que se tienen para escapar de su influencia. **Las preguntas relativas al panorama de conciencia**, llevan a los clientes a hacer una revisión en relación a lo que surgió en el panorama de acción, con ello a identificar los compromisos que adquirieron y la naturaleza de sus tendencias (White, 2004).

Sin embargo no son estas las únicas preguntas a que se puede recurrir para lograr auxiliar al cliente en este proceso, White (2004) hace una clasificación de ellas, conforme aquello a lo cual es alentado el cliente, esta se presenta a continuación:

- ☞ Selección directa de logros aislados
- ☞ Selección indirecta de logros aislados

- ☞ Revisión y reevaluación la relación que se mantiene con sí mismo
- ☞ Revisión y reevaluación de uno con los demás

Es importante en el proceso terapéutico, aclara el autor, asumir una postura de verdadera curiosidad, empeño cooperativo y el cuestionamiento de nuevas posibilidades.

Además de los distintos tipos de preguntas, existen otros medios narrativos que pueden ser utilizados con fines terapéuticos, que se expresan a través de la escritura. La escritura en terapia, contribuye a fomentar una participación mucho más activa en la organización de la información y experiencia de la persona, así como el surgimiento de diversos relatos (White et al, 1993). Entre estos medios se encuentran las cartas la diversidad en relación a estas es basta, dependiendo del uso que se les de; algunas de ellas son:

- ☞ **Invitación**, dirigidas las personas que no se presentan a la terapia y que se encuentran involucradas en la problemática.
- ☞ **Despido**, son aquellas elaboradas para que las personas se den cuenta de que no es necesario llevar a cabo ciertas prácticas.
- ☞ **Predicción**, se utilizan al final de la terapia, con el fin de sugerir el seguimiento de la terapia y fungir como profecía autocumplidora.
- ☞ **Recomendación**, resaltan las cualidades de las personas que no suelen ser reconocidas por ellas mismas.

- ☞ *Identificación de testigos*

Tanto para la elaboración de las nuevas historias, como para su mantenimiento, los llamados testigos externos, tienen una gran importancia. Por un lado el público propicia la generación de nuevos significados lo cual tiene repercusiones en la relación que se establece entre ellos y los protagonistas del nuevo relato; en segundo lugar, al momento en que los protagonistas tienen contacto con las ideas que los testigos tienen en relación al nuevo relato, de alguna manera lo revisan y amplían (White et al, 1993).

Si bien es cierto que se puede hacer alusión a estos testigos mediante ciertas preguntas o a través de los medios escritos, existe un recurso llamado equipo reflexivo,

White (2002) hace una analogía en relación a este y la ceremonia de definición⁸ debido a que ambos contribuyen a que se establezca una autoconciencia reflexiva y a la participación en la escritura de la vida propia.

Quienes participan en el equipo reflexivo, interactúan con quienes acuden a consulta tomando en cuenta que (White, 2002):

- ☞ Tienen conciencia de el privilegio de su posición en este contexto
- ☞ Reconocen las experiencias de las personas en el problema
- ☞ Provocan la fascinación de los clientes por algunos aspectos, negados hasta entonces

⁸ De acuerdo a Myerhoff (1986, citada en White, 2002) estas ceremonias proporcionan a los individuos la posibilidad de ser vistos desde sus propia perspectiva mediante la congregación de testigos de su existencia, mérito y vitalidad.

- ☞ Sus respuestas están situadas en su propia experiencia personal

El proceso se lleva a cabo en cuatro fases, en la **primera parte** de ésta, el terapeuta tiene contacto con la familia, mientras que el equipo funge como observador, los consultantes tienen la opción de elegir si quieren conocer a los miembros del equipo.

En la **segunda parte** se invierten los papeles y se llevan a cabo una serie de acciones: *incorporarse*; se presentan en el momento de su primera participación, se verifica que todos los consultantes sean reconocidos. *Misterio*; se responde a los desarrollos preferidos, excepciones, acontecimientos extraordinarios, contradicciones, etc. *Paisajes alternativos*; aquellos desarrollos que llaman la atención de los miembros del equipo se toman como caminos para el desarrollo de narraciones alternativas. Tratan cuestiones del *paisaje de acción y paisaje de conciencia*, lo hacen mediante la entrevista activa entre todos los miembros del equipo reflexivo. *Deconstrucción*; sirve de alguna manera para tratar de nivelar el desequilibrio que de por sí existe en el contexto terapéutico, se produce hacia el final de la respuesta del equipo reflexivo. Ayuda a que las contribuciones de los participantes en el equipo se perciban como de verdadero interés y no como una mera curiosidad académica.

La tercera parte se desarrolla con la entrevista de la familia en relación a las dos primeras partes, el entrevistador puede hacer preguntas perfiladas al futuro para empezar a explorar posibilidades para la acción. En **la cuarta** y última, se reúnen todos, para cuestionarse mutuamente y deconstruir la terapia misma; se invita a los

consultantes a comentar sobre su experiencia, a cuestionar sobre el proceso y se les retroalimenta positivamente (White, 2002).

El manejo del equipo reflexivo en el proceso terapéutico, contribuye al reconocimiento de las personas y les permite además salirse de aquellos relatos sobre su vida como la han visto hasta ese momento. Además permite controlar el desequilibrio de las relaciones de poder que de por sí se dan en la relación terapéutica, favorece el desprendimiento de los discursos de patología a los terapeutas, cuestiona la postura del saber de experto, privilegia los sistemas de conocimiento alternativo (White, 2002).

Reflexiones finales

Algunas de las críticas que se han hecho a la terapia narrativa, están encaminadas a considerar que pareciera que el terapeuta posee mayor credibilidad como experto en historias humanas, a diferencia del cliente. Esto es creer que hay historias humanas universales y que no hay nuevas historias por escuchar. El papel del editor es un papel dominante. (Anderson, 1999).

Desde una perspectiva muy personal, este enfoque permite a las personas obtener panoramas muy distintos de aquello que los conflictúa, de una manera que parte desde sí mismos, es decir, mediante un proceso de reflexión que les permite reelaborar sus historias; me ha tocado ver esa expresión de sorpresa en las personas, cuando comentan “eso ni siquiera lo había pensado”, ante las preguntas que se manejan en la sesión, acompañado de un sentimiento de liberación, según ellos mismos refieren, al contar con nuevas narrativas. He tenido esta misma sensación en mi propia experiencia, acompañada de una especie de claridad de pensamiento que acompaña el sentimiento de estar bien. A diferencia de los enfoques estructurales y estratégicos, en donde de pronto las intervenciones, aún cuando resulten efectivas para lograr los cambios que se planearon, no son del todo del agrado de quienes se encuentran en el proceso terapéutico.

1.2.6.2. MODELO TERAPIA COLABORATIVA

Harlene Anderson, es reconocida internacionalmente por estar a la vanguardia posmoderna con sus prácticas colaborativas como pensadora, médico, profesora y consultora. Es considerada la figura más destacada del “Enfoque Colaborativo”⁹, quien en colaboración con Harry Goolishian, fundan el Instituto Galveston de Houston,

alrededor de los años setentas, lugar en que se fueron sentando las bases para el surgimiento de este enfoque gracias a los trabajos ahí realizados (Anderson, 1999).

Su autora considera que el enfoque colaborativo surge dentro del movimiento de aquellos pensadores que criticaron las narrativas predominantes en el campo de las ciencias en general y de la terapia en particular, basándose en las aportaciones del construccionismo social, la hermenéutica y la narrativa; movimiento conocido como posmodernismo.

Principios de la Terapia Colaborativa

Como se mencionó con anterioridad, el movimiento posmoderno pone como centro de atención el lenguaje y el diálogo como dinámica conversacional que abre espacio para

⁹ *Ella ha preferido llamarle de esta manera, mismo que se deriva de la concepción que tiene de la terapia. Anderson, H. (1999) Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Buenos Aires:Amorrortu*

la manifestación de todas las voces, éste también supone un intercambio en ambos sentidos y entrecruzamiento de ideas, pensamientos, opiniones y sentimientos. El surgimiento de nuevos significados, conocimientos y entendimientos, son resultado de la dinámica del diálogo (Anderson; en Limón, 2005).

Para Anderson (1999), los principios de su enfoque se encuentran expresados en los siguientes puntos:

- ↻ Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y sentido.
- ↻ Al construir realidad, son más formas de acción social.
- ↻ El ser es un compuesto social, relacional.
- ↻ Realidad y sentido son fenómenos interaccionales creados a través de la conversación entre individuos.
- ↻ El lenguaje da orden y sentido, es una forma de participación social.
- ↻ El conocimiento es relacional, está inserto en el lenguaje y se genera en las prácticas cotidianas.

Estos principios implican ciertas prácticas distintas en el proceso terapéutico y la posición del terapeuta. La terapia es concebida como “*un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, una búsqueda conjunta de posibilidades*” (Anderson, 1999, pág. 28); por

lo tanto **el sistema** no se define por una estructura de roles, sino por el contexto, integrado por seres multifacéticos que se encuentran interrelacionados mediante el lenguaje y participan como coinvestigadores en la creación de lo que descubren. **El terapeuta** adopta una postura filosófica que invita a un proceso colaborativo, asumiendo la posición de ser-informado ante su no-saber guiado por el deseo de conocer más acerca de su paciente, de comprenderlo profunda y genuinamente; el papel del terapeuta es el de creador de conversaciones que faciliten el diálogo y el proceso dialógico, en las cuales hace públicos pensamientos, conocimientos, supuestos, opiniones, dudas, etc.; a medida que esto ocurre, se va creando un vocabulario local, a través del diálogo compartido, en el que el papel del terapeuta consiste en colaborar con las personas para que encuentren los medios adecuados para expresar sus verdades narrativas, confirmando de manera permanente si lo que escucha, es lo que el paciente quiere decir dejando de lado aquellos saberes preconcebidos acerca de la persona o su problemática. **La terapia** se concentra en la búsqueda de posibilidades que surgen de las contribuciones y creatividad de quienes participan en ella y en donde se generan cambios o transformaciones como consecuencia natural del diálogo generador y la relación colaborativa; la terapia es pues una relación que se caracteriza por la *conexión, la colaboración y la construcción* (Anderson, 1999).

Andersen (1994), señala que en toda relación que se entabla, están presentes aspectos del **sentir, conocer y actuar**. En el proceso conversacional colaborativo, se encuentran interrelacionados y ocurren de manera paralela dos tipos de procesos, el proceso interno que involucra el sentir, conocer y actuar independiente de cada participante, el cual permite **mantener la integridad** de la persona; y un proceso externo que involucra los procesos internos de cada individuo y que favorece la expansión de éstos. Es a esto a lo que se le llama **“conversación curativa”**.

Por su parte Penn y Frankfurt (2005) plantean que la construcción de los problemas está ligada a **monólogos negativos** que por lo general suelen apoderarse de nuestros pensamientos y comportamientos, estos pensamientos son percibidos como voces negativas acusadoras. Ante esta situación, es posible que se generen o descubran voces alternativas igualmente poderosas, que nivelen el poder ejercido por las primeras a través de **diálogos internos**. Siguiendo esta línea Penn et al (2005), indican que todas estas voces son las que representan nuestros **múltiples selfs** y que las historias que nos contamos es la manera como nos inventamos con los otros.

En relación al **cambio**, Andersen (1994), considera que el este puede ser una **limitación** o una **evolución**, en el primer caso el cambio es producto de imposiciones o consejos externos; está relacionado directamente con el actuar (comportamiento) y lo que lo produce es la intimidación o amenaza a la integridad de la persona, provocando

que ésta se cierre, restringiendo su gama de comportamiento lo cual también impacta los aspectos del conocer y el sentir. El cambio como **evolución**, se produce cuando se cuenta con la libertad para el intercambio de ideas, de tal manera que la integridad de las personas se ve salvaguardada; permitiendo el surgimiento de nuevas formas de actuar, sentir y conocer. Estos cambios contemplan su propio tiempo y ruta.

Metas terapéuticas de la Terapia Colaborativa

Anderson (1999) considera que la conversación dialógica es generadora de significados nuevos, y que su consecuencia natural es el cambio. Desde este enfoque lo que se pretende es que el terapeuta, centre su interés y atención en generar espacios para que el diálogo fluya y a través de él se abran las oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades específicas para cada cliente, en sus condiciones particulares; en donde este mismo participa en la generación y perfeccionamiento de ellas. Lo cual trae como consecuencia la generación de nuevas narrativas; si consideramos que la problemática se genera en las narraciones mismas, es a través del transcurrir de ellas, que el cambio ocurrirá.

El objetivo es entonces, facilitar el diálogo, y a través de él, crear la oportunidad para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones. El terapeuta busca estimular el diálogo interno y el externo; es activo pero no directivo, su actitud y pericia, están más orientadas al proceso de la terapia más que a su contenido. Se espera que el terapeuta asuma una **postura filosófica**, esto habla acerca de la manera como éste se posiciona, desenvuelve y se responsabiliza en la relación terapéutica. Es una posición auténtica, natural, espontánea y sostenida, única en cada relación y discurso. El modelo reintroduce a las personas del cliente y del terapeuta en el consultorio, quienes se influyen mutuamente. Dicha postura filosófica se caracteriza por el reconocimiento de que el **experto** en su propia vida es el consultante y por la confianza de saber que es él quien guiará hacia donde haya que llegar; permitiendo que todas las voces fluyan, antes que acallarlas en la búsqueda de un consenso, con la apertura para hablar de aquello que la persona considera importante, dando valor a la incertidumbre de no saber de antemano la situación ni su desenlace (Anderson, en Limón, 2005).

De acuerdo con Anderson (1999), la posición de “no saber”, proporciona la posibilidad de que **lo inesperado**, lo **no-dicho** y lo **aún no-dicho**, emerjan en el intercambio dialógico entre terapeuta y consultante; en donde la interpretación es producto de ese mismo diálogo mutuo. En esta postura el primero, asume que existe información privilegiada, que no podrá comprender plenamente, por lo tanto requiere estarse informando constantemente. Esto requiere una actitud de incertidumbre en la que el terapeuta tenga la **voluntad de dudar**, es decir que deje a un lado lo que sabe y

tenga cuidado de **no entender demasiado rápido**, lo que pretende es realmente entender el sentido que le da el paciente a su historia. También implica una **voluntad de arriesgarse**, ya que en este proceso, el propio terapeuta corre el riesgo de cambiar, al permitir que sea el cliente quien determine aquello sobre lo que se hablará y arriesgarse a ser un aprendiz; tener **humildad** ante lo que no se sabe y mantener el interés por aprender. Lo anterior no significa que se sitúe al terapeuta en una postura de ignorancia generalizada, sino más bien que se encuentra en un punto más allá del conocimiento absoluto; comprende que los sinsentidos, tienen sentido para el cliente.

Existen algunos rasgos que el mismo Anderson (1999), retoma como requisitos del no-saber:

- ☞ **Confiar y creer**, los clientes desean que se crea en la versión que están dando de su vida, por lo cual el terapeuta no hace un diagnóstico inicial ni formula preguntas que le lleven a validarlo o no; lo que intenta es comprender cuál es la verdad narrativa del paciente.
- ☞ **Hacer preguntas conversacionales** desde la postura de no-saber, implica que con ellas se dará apertura a nuevos diálogos, que éstas son formuladas desde la conversación del momento y no desde fuera de ella, posibilitan que el cliente cuente, aclare y amplíe la historia que cuenta; una pregunta lleva a otra pregunta, en un proceso continuo de preguntar que favorece el proceso dialógico. Para esto es preciso dejar la tendencia a elaborar aquellas preguntas que llevan implícita la dirección de la respuesta (pedagógicas) o la propia respuesta (retóricas). La labor del terapeuta será encontrar aquella pregunta que le permita aprender más sobre lo contado por el cliente, sin embargo no se puede saber cuál será la “correcta” antes de tiempo, estas surgen al compenetrarse en el mundo del cliente.
- ☞ **Escuchar y responder**, entendiendo el escuchar-oír, como procesos interrelacionados en un esfuerzo por alcanzar significados compartidos, que representa una respuesta activa, que invita a los clientes a decir más sobre sí mismos; el terapeuta requiere adentrarse al proceso terapéutico, tomando en cuenta la ideología, creencias, experiencias, etc. del cliente. El escuchar-oír, “*es una manera de ser, actitud genuina que comunica y demuestra un interés, un respeto y una curiosidad sinceros*” (Anderson, 1999, pág. 210).
- ☞ Escuchar se relaciona con **Mantener la coherencia**: cuando se trabaja con la realidad del cliente, con lo que éste quiere contar, con su propio lenguaje, vocabulario, etc., entonces es altamente probable que el

terapeuta pueda mantener la coherencia dentro del proceso, dándole prioridad al sentido que el cliente trae a sesión.

- ☞ **Mantener la sincronía:** es importante que el terapeuta se sincronice con el ritmo del paciente, dejándose fluir con su relato, incorporándose a la dinámica de su narración.
- ☞ **Honrar la historia del cliente:** es vital validar la historia del paciente, en su calidad de experto en su propia vida.

Entonces, a medida que el diálogo se desenvuelve, se crea una nueva narración: las historias “aun no narradas”, que cuentan con nuevos y más favorables significados para el paciente y su vida.

Estrategias de la Terapia Colaborativa

Este es un modelo en el que no se plantean objetivos concretos de trabajo con el paciente. Tampoco se diseña un plan de tratamiento a seguir. Como ya se mencionó lo que se pretende es generar cambios a través de la conversación. Sin embargo, no se hace referencia a una conversación cualquiera, sino a la que Anderson (1999), ha denominado **conversación dialógica**, esta se caracteriza por la indagación compartida entre las partes involucradas, lo cual favorece el intercambio de ideas, opiniones, experiencias, etc. Las **preguntas** formuladas son la **herramienta principal** de esta conversación y van surgiendo del diálogo entablado entre paciente y terapeuta, cada respuesta del primero es fuente de retroalimentación para futuras preguntas.

Es importante considerar algunos aspectos durante el proceso conversacional; Andersen (1994), señala que en las conversaciones con los clientes, la introducción de lo **inusual**¹⁰ favorece el cambio; sin embargo es menester tener presente que si esto es demasiado nuevo, puede provocar que el consultante se cierre; por lo cual es importante que en el transcurrir de la conversación, el terapeuta esté atento al desenvolvimiento (**signos**) que va teniendo quien lo consulta, de tal manera que se le permita conservar su integridad, avanzar a paso lento. Sin embargo en esta relación ambos participantes están en una **posición de observación**, el terapeuta al estar pendiente de los signos que presenta el cliente, se convierte en observador de su propia observación; el consultante por su cuenta también observa a quien lo cuestiona, mide el terreno para saber hasta donde puede involucrarse en la conversación.

Otro elemento importante es el **significado**, cada palabra puede tener miles de significados para cada uno de los que participan en la conversación, por lo tanto, lo que se dice entre uno y otro puede ser que no tenga el mismo significado para ambos,

indagar constantemente al respecto es fundamental, en el entendido de que cada quien es responsable de las descripciones y significados que construye. Así mismo, aunque el proceso de construcción de estas descripciones, se ve limitado por la comprensión de la relación que el observador tiene con el que describe, las descripciones ofrecidas son tan bastas, que al no ser posible prestar atención a todo lo dicho, habrá siempre algo que quede fuera; son las **preguntas**, el medio a través del cual se van construyendo las descripciones y se posibilita el acceso a aquello que a quedado fuera de ellas (Andersen, 1994).

En el discurrir de las conversaciones curativas, el ritmo y las pausas con que se desarrollan son de vital importancia; en este sentido el terapeuta requerirá de pequeñas

¹⁰ Término coloquial que utilizó para nombrar la diferencia que hace la diferencia, la apropiadamente diferente **pausas** que le permitan cuestionarse constantemente, lo que el consultante dijo en realidad así como si aquello que él mismo dijo es lo suficientemente inusual para producir nuevas narrativas o lo es tanto que provocó el cierre de la conversación (Andersen, 1994).

Darle seguimiento a la conversación, mediante el cuestionamiento continuo, para identificar qué de lo que se dice es lo más importante, con base a lo que el consultante va exponiendo al terapeuta, genera lo que Andersen (1994) llama **aperturas**, líneas conductoras de la misma.

Todo este proceso se ve favorecido con la intervención de lo que se ha llamado el **equipo reflexivo**; este concepto, para Andersen (1994), hace referencia, más que a un método, a una forma de pensar que conlleva a una práctica terapéutica específica, la cual se encuentra sustentada en los aspectos desarrollados a lo largo de este apartado. En el proceso de trabajo con el equipo reflexivo, se distinguen dos sistemas, **el sistema de entrevista** que está constituido por el sistema estancado en la situación problemática y por el entrevistador, este sistema es considerado autónomo, define por sí mismo de lo que quiere hablar y cómo quiere hacerlo; y el del equipo reflexivo que se conforma generalmente por tres personas y a menudo se ubica tras el espejo unidireccional, aunque estos aspectos pueden variar. En el **primer momento**, el sistema de entrevista determina de manera autónoma la conversación, así como la forma como ésta se desarrolla, mientras que los integrantes del equipo reflexivo escuchan atentamente las narraciones, cada uno de sus miembros entabla una conversación interna, cuestionándose acerca de nuevas formas para explicar lo expuesto. En su **segundo momento**, si el sistema de entrevista lo solicita, los integrantes del equipo comentan entre sí, sus ideas y exponen sus preguntas, mientras el primero escucha, proporcionándoles la posibilidad de obtener una mayor variedad de

versiones sobre aquello que se trajo a la conversación. **Finalmente**, después de escuchar al equipo, los miembros del sistema exponen las ideas que emergieron de las reflexiones expuestas.

Como ya se mencionó, son las preguntas las que favorecen el proceso de creación de nuevas conversaciones, es por esto que desde el primer contacto se requiere la elaboración de las mismas. En una primera etapa éstas tendrán el propósito de esclarecer quiénes son las personas que pretenden conservar el sistema, mismas que proporcionarán los parámetros para determinar si las conversaciones han tomado un giro demasiado inusual. Definir los temas de discusión y la mejor forma de abordarlos, sería otro de los aspectos relevantes para enfocar los cuestionamientos. Todo lo que surge en el diálogo que se entabla, ofrece una gran cantidad de aperturas, es el entrevistador quien elige cual de ellas seguir y también cuáles no abordar, ya que es una regla el no seguir aperturas que él mismo considera desagradables (Andersen, 1994).

Al entrevistar, es preciso monitorear constantemente si las preguntas que estamos manejando, están generando nuevas aperturas. Si las **preguntas** son **demasiado usuales** no provocarán ninguna tensión en la persona, si son **apropiadamente inusuales**, se podrá observar algún cambio en la actividad del consultante, al igual que aquellas que son **demasiado poco usuales**, la diferencia es que en éstas últimas el cambio limita la apertura y perturban a la persona. Las preguntas poco usuales están relacionadas con las **descripciones, explicaciones y el futuro** de las actividades involucradas en los temas abordados (Andersen, 1994).

De acuerdo a Penn et al (en Limón, 2005) la **escritura** constituye también un recurso para descubrir nuevas voces y narrativas en las conversaciones terapéuticas. Entre estos recursos escritos se encuentran los diarios, cartas, biografías, sueños, poesías, etc., los cuales al ser utilizados de manera recursiva crean una narrativa a la cual han denominado **texto participante**, mismo que opera dentro y fuera de las sesiones. La escritura posibilita que aquellos significados que no han sido relatados, emerjan para ser puestos sobre la mesa en la relación conversacional; en algunas ocasiones estos escritos adquieren la forma de **discurso literario**, en la medida en que se vuelven más ricos y complejos sus significados.

Reflexiones finales

El enfoque colaborativo ha generado en el mundo de la terapia familiar tanto aceptación como rechazo; hay quienes critican el lugar dado al terapeuta y que ponen en duda el hecho de que en la simple conversación sea posible generar un cambios significativos en la vida de las personas. En este sentido es frecuente que se pierda de vista el

contexto de este enfoque, el respaldo epistemológico que lo sustenta, que permite comprender a mayor profundidad su propuesta terapéutica.

Es importante señalar que aunque las preguntas constituyen la principal herramienta para la estimulación del surgimiento de la conversación dialógica; estas de pronto parecen estar elaboradas con cierta complejidad, se requiere desarrollar la habilidad para poder formularlas, de tal forma que se generen nuevos significados; puesto que de lo contrario se puede cometer el error de entrar en una dinámica de simples preguntas y respuestas, que no sean de utilidad para el consultante. Aunque cabe la posibilidad de que parezcan complejas cuando se les observa fuera del contexto para el que han sido elaboradas, ya que también se tuvo la experiencia de presenciar el surgimiento de diálogos mucho más ricos en significados, en el transcurso del proceso terapéutico, en algunos de los casos que se manejaron bajo este enfoque.

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

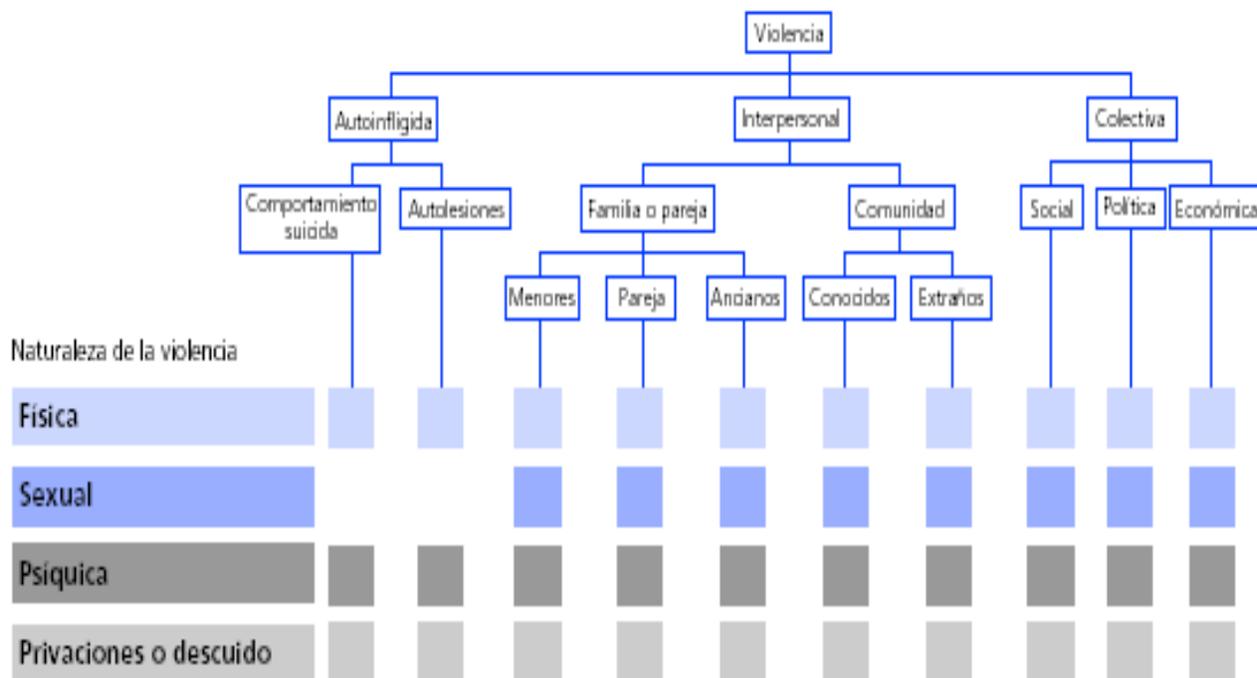
Uno de los aspectos más enriquecedores en este proceso, sin duda lo constituyó, el trabajo clínico con la supervisión correspondiente. Las experiencias fueron muchas y variadas; contribuyendo indudablemente al desarrollo de las habilidades clínicas terapéuticas del estudiante. Otro aspecto relevante e igualmente enriquecedor, lo constituyó el trabajo con familias en situación de violencia, con las cuales no había trabajado.

La Violencia y la Terapia Familiar

Desde 1996, fecha en que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara la resolución WHA49.25, la violencia fue asumida como un problema de salud pública fundamental, por lo cual su prevención se volvió un asunto prioritario para la salud pública internacional. La Organización Mundial de la Salud (2002) presenta la siguiente tipología de la violencia, aunque señala que no es del todo completa.

Esquema 10.- Tipología de la Violencia
Organización Mundial de la Salud (2002)

Una tipología de la violencia



La Organización Mundial de la Salud (2002, pág. 5), define como violencia “*el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza , contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*”. La violencia suele ser confundida con la “agresividad”, esta tiene una base psicológica en la frustración que se combina con características como el bloqueo de la obtención de un objetivo ya anticipado, que provoca ira afectando a los individuos que han aprendido a responder agresivamente. La violencia en cambio, se considera una condición recurrente y parte de un proceso socio-relacional (Arriagada y Godoy, 2006).

Existen al menos 5 tipos básicos de violencia (Trujano,1997; citado en Camacho y Martínez, 2006):

- ☞ **FÍSICA**.- Que comprende actos u omisiones que dañan el cuerpo y la salud física, como empujones, bofetadas, puñetazos, puntapiés, golpes con objetos, intentos de homicidio, etc. Este tipo de violencia muchas veces acarrea cicatrices, enfermedades, lesiones de leves a severas, incluso la muerte.
- ☞ **PSICOEMOCIONAL**.- Implica actos u omisiones que dañan la estabilidad emocional o los sentimientos de las personas. Por ejemplo: Insultos, gritos, palabras hirientes u ofensivas, descalificaciones, humillaciones, amenazas, piropos que causen malestar, denigración, intimidación, manipulación, gestos agresivos, malos tratos, falta de atención, silencio, chantajes, etc.
- ☞ **SEXUAL**.- Se refiere a actos que llevan connotaciones sexuales y que se realizan contra cualquier persona sin su consentimiento, atentando a su libertad y desarrollo psicosexual, generando inseguridad, sometimiento, frustración, etc. Se incluyen aquí, la violación e intentos de ella, cualquier otro tipo de abuso sexual, celos excesivos, etc.
- ☞ **ECONÓMICA/PATRIMONIAL**.- Recientemente se hace referencia este tipo de violencia producto de medidas tomadas sobre el patrimonio, así como omisiones, obstaculización en el disfrute de los bienes o retiro de apoyo económico para mantener el control y el poder.
- ☞ **SOCIAL**.- Se hace distinción de esta como el hecho de ejercer vigilancia y restricción en el desarrollo de la persona al limitarle y/o deteriorar sus relaciones sociales.

Para determinar las raíces de la violencia se ha hecho uso del un modelo ecológico, el cual explora la relación entre los factores individuales y contextuales, considerándola como producto de muchos niveles de influencia en el comportamiento. Dichos niveles comprenden: el individual (biológicos e historia personal), el relacional (relaciones sociales cercanas: familia, pareja, amigos), comunal (contextos: escuela, trabajo, comunidad) y social (normas culturales, actitudes, creencias) (OMS, 2002).

La familia es un medio especialmente propicio para la generación de conflictos, y en donde el uso de la fuerza como un medio para su solución, puede llevar a la instauración de la violencia dentro de este núcleo Se entiende por **Violencia Familiar** “a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar” (Corsi, 1994, pág. 31).

Corsi (1994), identificó algunos factores que pueden incrementar potencialmente el desarrollo de vínculos violentos dentro de la familia, entre ellos se encuentran: la longitud de tiempo que sus integrantes permanecen en ella; la intensidad de los vínculos personales; las diferencias de edad y sexo; los roles atribuidos conforme la edad y el sexo; el carácter privado del medio familiar, el estrés atribuido al ciclo vital de la familia.

En lo que respecta a las **relaciones de pareja**, Navarro y Pereira (2000), proponen concebir la violencia en pareja como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima-romántica actual o anterior, el cual causa daño, físico, psíquico o sexual a uno o ambos miembros de la relación. Este comportamiento incluye, agresiones físicas, maltrato psicológico, relaciones sexuales forzadas y diversos comportamientos dominantes, después de todo, el objeto de la violencia al interior de la pareja es ganar el poder y control sobre la otra persona. Recientemente de hecho, incluso se habla de la presencia de violencia en las relaciones de noviazgo en la adolescencia.

La violencia analizada desde la **perspectiva de género** se muestra como consecuencia de un desequilibrio en la distribución del poder entre hombres y mujeres en función al espacio público-privado. (Corsi, 1995 y Kaufman, 2000; citados en Trejo, 2006). Navarro et al (2000) identifican las siguientes características en las relaciones donde hay violencia:

- ☞ Existe entre los miembros de la pareja un vínculo afectivo y amoroso complejo y ambivalente.
- ☞ Los actos violentos no son hechos aislados, se producen en el ámbito doméstico y se guardan en secreto.

- ☞ Paradójicamente es usual que el “maltratador” posea una buena imagen pública y que el maltratado (por lo general mujeres) sea quien experimente vergüenza y culpa. Éste, busca mantener y cuidar la relación (minimizan, restan importancia o niegan los hechos violentos) y la violencia resulta naturalizada, normalizada y tolerada.
- ☞ Dentro de la pareja se ha creado una micropolítica plagada de mitos y creencias limitantes, fomentadas por un medio próximo cuya cultura valida la violencia y el poder en algunos de sus miembros, usualmente en los hombres.

Desde la postura sistémica Perrone y Nannini (2000), distinguen dos tipos de violencia en la pareja, la **violencia-simétrica** y la **violencia-complementaria**. La primera se genera en situaciones de desafío en el que uno trata de imponerse al otro; la agresión es abierta y existe el sentimiento de culpa. La segunda, es un intento de perpetuar una relación de desigualdad. En esta relación hay un fuerte y un débil, el fuerte se cree con el derecho de castigar al débil. Es más oculta, se rechaza todo tipo de intervención profesional o de control social, no hay sentimientos de culpa y una cierta sanción cultural que justifica la violencia del fuerte.

Se ha identificado un circuito autoreforzante en las relaciones violentas, el cual está dividido en 3 fases:



- ☞ **Fase de Tensión:** La tensión es acumulada pues la pareja no ha construido un espacio para la libre y clara expresión de los sentimientos; tiene lugar entonces una escala gradual de tensión y un inicial comportamiento violento indirecto. Usualmente es el hombre quien expresa hostilidad y la mujer intenta calmar y complacer, el control aumenta y hay un distanciamiento lento y gradual.
- ☞ **Fase de Agresión o Explosión:** Estalla la violencia física, psíquica o sexual y tanto la víctima como el agresor se asombran de la situación, aparecen sentimientos de impotencia, miedo, soledad, dolor y odio. La víctima puede tomar acciones como buscar ayuda, esconderse, grupos de apoyo, toma de decisiones y por tanto hay un distanciamiento mayor.

☞ **Fase de Luna de Miel o Arrepentimiento:** El agresor se arrepiente, pide perdón, hace regalos y promesas de cambio, utiliza a la familia y amigos para que la convenzan de regresar. La víctima se siente confundida pues ahora ve solo el aspecto positivo y afectuoso de su pareja, cree en el arrepentimiento, puede perdonar y regresar. Da inicio un verdadero revivir de la etapa de enamoramiento que los unió en un principio y “el violento” sinceramente se propone cambiar; sin embargo estos periodos de calma cada vez se vuelven más cortos. Paulatinamente ambos regresan a sus conductas habituales y se inicia nuevamente la acumulación de la tensión.

Son diversas las aportaciones que se han hecho en relación a la violencia, tomando en cuenta los principios sistémicos. Perrone et al (2000) consideran que, en relación a la violencia y los abusos sexuales en la familia, las intervenciones deben organizarse en tres áreas: las secuelas de **efracción**, que se refiere a todo lo encaminado a restaurar el territorio, la envoltura y el espacio personales; la **captación**, que se enfoca en poner al descubierto las técnicas del abusador para volver dócil a su víctima; y sobre la programación que básicamente pretenden liberar a la víctima del pacto y el secreto.

Por otro lado, Ravazzola (2005), considera que las conductas abusivas y/o violentas, están sustentadas contextualmente por los sistemas sociales autoritario y de género; los cuales perpetúan su manera de organizarse, mientras no haya variaciones significativas en tres de los principales pilares que los constituyen: las ideas, las estructuras y/o las acciones. Bajo este esquema se amplía de manera considerable las áreas de intervención, en relación a los casos en situación de violencia, la de los actores (persona abusadora, persona abusada y persona testigo); las ideas, acciones y estructuras. Plantea también que es de suma importancia “el doble ciego”(no ven que no ven) que experimentan las personas involucradas en el circuito violento, ya que éste les impide darse cuenta del significado y las consecuencias perjudiciales de sus comportamientos.

Cirillo y Di Blasio (1991) por su parte, han encontrado ciertas características en las familias maltratadoras, a las que denominan “juego familiar”; la primer categoría de juegos es que aquella que denota **la incapacidad de los padres como mensaje**, en esta categoría, el maltrato es un reclamo al pariente que muestra desinterés por el progenitor que maltrata; aquí el golpe otorgado al hijo, puede tener la intención de descargar la ira contra la pareja, o los padres de esta o hacia el hijo (por lo general el mayor) que es quien se involucra en la pareja. El segundo tipo de juego es el del **maltrato al chivo expiatorio** (“el patito feo”, “la profecía del incesto”) llamado así, porque el hijo asume justamente este papel de chivo expiatorio y por lo tanto es el receptor del maltrato; una variante del chivo expiatorio, es la de **los riesgos del oficio**

de “abogado defensor”, en donde la pareja, al pelear, hace una invitación velada a los hijos para que participen en ella, de tal forma que toman partido por aquel que consideran más débil, volviéndose el centro de ataque del cónyuge más fuerte.

Todas estas aportaciones se convierten en herramientas fundamentales para el tratamiento de la violencia en los distintos ámbitos en que se manifiesta. Constituyeron también parte del entrenamiento de los terapeutas en formación.

Total de casos atendidos a lo largo de la maestría

La Tabla 7 muestra el número de casos que atendí en el transcurso de la maestría, la modalidad de la terapia (individual, familiar), el modelo seleccionado o el contexto bajo el cual se dio el tratamiento terapéutico y si el trabajo se realizó de forma individual o en coterapia.

**Tabla 7.- Concentrado de los Pacientes Atendidos
Ciclo Escolar 2006 – 2008**

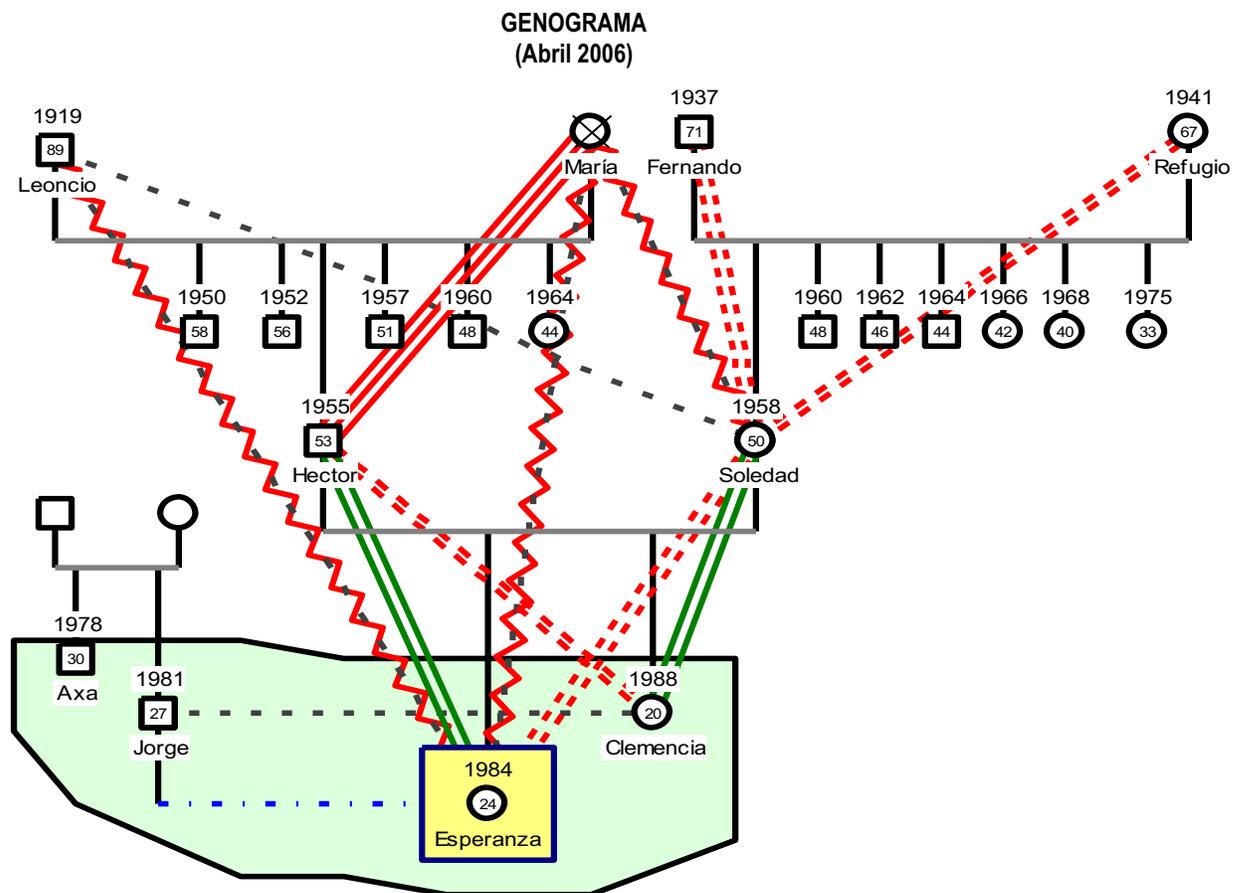
#	SEXO		EDAD	OCUPACIÓN	MOTIVO CONSULTA	MODELO TERAPÉUTICO	TIPO TERAPIA		COTERAPIA	
	F	M					IND	FAM	SI	NO
1.	✓		24	Estudiante Nivel Superior	<ul style="list-style-type: none"> Depresión Riñas hermana 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégico Soluciones 		(3)	✓	
2.	✓		31	Abogada	<ul style="list-style-type: none"> Depresión Infidelidad 	<ul style="list-style-type: none"> Estructural Milán 	✓			✓
3.	✓		21	Estudiante Nivel Superior	<ul style="list-style-type: none"> Depresión Bipolar 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégica Breve 	✓		✓	
4.	✓		34	Ama de Casa	<ul style="list-style-type: none"> Depresión Problemas de Pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Estructural 	✓		✓	
5.		✓	16	Estudiante Nivel Medio	<ul style="list-style-type: none"> Problemas Académicos 	<ul style="list-style-type: none"> Estructural 		(2)	✓	
6.	✓		3	Estudiante Kinder	<ul style="list-style-type: none"> Problemas Académicos Conducta Compulsiva Sospecha Abuso Sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Sistémica 		(3)		✓
7.	✓		42	Policía	<ul style="list-style-type: none"> Depresión Duelo por separación 	<ul style="list-style-type: none"> Soluciones Narrativa 	✓			✓
8.	✓	✓	35 23	Estudiante Leyes Empleada	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de Pareja Violencia Intrafamiliar 	<ul style="list-style-type: none"> Sistémica con enfoque de género 		(4)		✓

1.1. Integración de Expedientes de Trabajo Clínico por Familia

Primer Caso "Distimia y Violencia en el Subsistema Fraternal"

Información General

El presente caso fue atendido en el Centro Comunitario "Dr. Guillermo Dávila"; tratado bajo los Modelos Estratégico y de Terapia Breve; bajo la supervisión de la Dra. Ma. Elena Rivera Heredia y la Mtra. Ma. Blanca Moctezuma, respectivamente. Se realizaron un total de trece sesiones, siete bajo el primer modelo y las últimas seis en el segundo, con las cuales el caso fue cerrado exitosamente.



La paciente es una mujer de 24 años quien actualmente realiza estudios de Nivel Superior en la Universidad Nacional Autónoma de México. Se presenta inicialmente solicitando terapia individual, ya que refiere experimentar tristeza o depresión por temporadas. Considera que esto está relacionado con los problemas que tiene con su

hermana menor, con quien discute frecuentemente por situaciones relacionadas con su convivencia cotidiana. Hace aproximadamente 5 meses, ambas hermanas se mudaron a un departamento, ya que su casa les queda muy lejos de la escuela (UNAM). Con ellas viven el novio de Esperanza (Jorge) y el hermano de éste (Axa). Es precisamente Esperanza quien invita a Clemencia a vivir en el departamento, ya que sabe que es complicado trasladarse a la escuela desde Tlanepantla.

Después de la primera sesión, se consideró pertinente citar a toda la familia, asistieron su única hermana de 20 años y su madre, ya que su padre labora fuera de la ciudad, lo cual dificultaba su presencia en el proceso.

Motivo de Consulta

La paciente refiere experimentar un gran malestar emocional, asociado con la mala relación que desde hace tiempo mantiene con su hermana menor, lo que ha ocasionado problemas en la interacción entre todos los integrantes de la familia.

Planteamiento del Problema

La paciente considera que el inicio de la problemática se remonta a la adolescencia. Al parecer las hermanas mantenían una relación amistosa hasta antes de la adolescencia, momento en el cual acuden a escuelas distintas. A partir de entonces inician las dificultades entre ellas ya que Esperanza considera que su hermana empieza a tener muchos privilegios, los cuales desde su perspectiva, sigue manteniendo (*"Clemencia es la consentida, a ella no le exigen como a mí"*); esta situación se ha ido agudizando con el tiempo, pasando de fuertes discusiones a las agresiones físicas.

La familia de origen de la madre es muy unida y aunque la familia de origen del padre constantemente está en conflicto, ambos progenitores viven como problemática la situación de sus hijas y les preocupa la relación hostil que éstas mantienen. Es generalmente la madre quien sirve de intermediaria y mediadora entre ambas hermanas. Por lo general en las discusiones, la madre intercede desviando la atención de una de ellas hacia otra temática; generalmente es la hija menor, ya que al parecer es con ella con quien puede entablar una mejor comunicación. De alguna manera se han estereotipado sus comportamientos, ya que suele identificarse a la menor como la que siempre dice que sí a todo o finalmente acepta las cosas, mientras que la mayor es identificada como la que gusta de tener siempre la razón o se queda callada para "explotar" posteriormente a la menor provocación.

Todo esto ha generado recurrentes episodios de tristeza en Esperanza, los cuales surgen aproximadamente a sus 18 años, época en la cual acontecieron varios

eventos: su padre se quedó sin trabajo y ella tuvo la necesidad de empezar a trabajar para contribuir al gasto familiar. En esa época, él trabajaba como docente en una preparatoria y estaba deprimido (quizá a causa de la devaluación de 1994 y la falta de empleo), ingería alcohol y lloraba ante sus hijas platicándoles sobre los problemas con su familia de origen. Posteriormente consiguió trabajo en un ingenio en Tabasco, que es donde trabaja y pasa la mayor parte del tiempo actualmente, viene al DF aproximadamente cada 3 meses.

Por otro lado, la tristeza de Esperanza también está asociada con el rechazo que la familia de su padre ha tenido hacia con ella, su hermana y su madre. Su abuela paterna es muy celosa y desde el comienzo de la relación de sus padres, se ha opuesto a ella, ya que ambos son familiares lejanos (él es tío abuelo de ella); esta situación generó que en un inicio de la relación, la madre de Esperanza intentara suicidarse. Además comentó estar a disgusto con la decisión que tomaron sus padres al aceptar que su abuelo paterno viniera a vivir a la casa de Tlanepantla con ellos, porque le habían prometido que no sería así; sin embargo actualmente está instalado en la recámara de la madre, situación por la que ésta ha ocupado la recámara de Esperanza, lo cual le parece muy injusto, ya que ni siquiera se lo consultaron; cuando llegó a su casa sus cosas ya estaban en una caja y le dijeron que tendría que cambiar de cuarto.

En relación a los padres, inicialmente parecía que tenían una buena relación, pese a la distancia generada por el empleo del padre. Sin embargo en el transcurso de las sesiones, la madre refirió tener dificultades para decidir, éstas se agudizaban por el fuerte temperamento de su esposo. Las mismas hermanas estuvieron de acuerdo en que su madre se dejaba manipular por él, además de sentirse incómodas por la forma de trato que también les propiciaba a ellas.

Las familias de origen de los padres parecen reflejar también modelos opuestos para esta familia nuclear. La familia materna es concebida como modelo de una familia armónica, en donde la madre de la paciente juega un papel importante en la toma de decisiones familiares; mientras que la familia paterna se percibe como un modelo de familia conflictiva, en la cual muchos de sus miembros tienen fuertes conflictos constantemente.

Desarrollo de las sesiones

Sesión 1.- Se exploró sobre el motivo de la consulta, para poder definir la problemática a tratar. La paciente comentó que se sentía triste y deprimida, que se sentía afectada por la mala relación con su hermana, situación que se había agudizado a raíz de que Clemencia se mudara al departamento donde vivía Esperanza con su novio y su cuñado, dada la lejanía del hogar paterno y la escuela. Define como objetivos el mejorar

la relación con su hermana y abandonar su estado de tristeza. Se le sugiere incorporar a su familia en el proceso terapéutico a lo cual accede. Se le deja de tarea la elaboración de un diario de emociones y sentimientos.

La paciente respondió de una forma emotiva en esta sesión, expresó abiertamente sus sentimientos y emociones, hizo explícito su deseo de solucionar su problemática y dejar de lado su sufrimiento. Se muestra también accesible a la incorporación de su familia al proceso terapéutico.

Las terapeutas vemos en la paciente a una joven que ama a su familia, con interés de mejorar la relación con su hermana. Entendemos su dolor y rencor al ser rechazada por su familia paterna. Este caso nos hace reflexionar sobre lo maravilloso que es tener hermanos y una familia a quien amar y por la cual hacer cambios en nuestra vida.

Sesión 2.- En esta sesión Clemencia no asiste debido a un compromiso académico, sólo se incorpora Soledad, quien refiere sentirse fracasada como madre al ver la situación con sus hijas. Relata la situación prevaleciente con la familia de su esposo y cómo éste sigue apegado a ellos. En relación a su familia, comenta que mantienen lazos afectivos y respetuosos. Considera que su esposo y Esperanza con muy parecidos (orgullosos y rencorosos); piensa que los problemas entre sus hijas se presentan porque Clemencia se siente agredida por Esperanza. Por su cuenta esta última menciona estar enojada con su madre y hermana por defender a la familia paterna. Se les pide que identifiquen algún momento en que las dos hermanas hayan podido resolver su situación sin que la madre intervenga, sin que lo logren, así que se les pide que lo hagan de tarea.

La familia se muestra cooperativa y dispuesta para dar continuidad al tratamiento, asegurando que Clemencia se incorporará en la sesión siguiente.

Las terapeutas reconocemos el interés de ambas en la solución del problema, humildad para reconocer sus propios errores, recursos y potencialidades que pueden ser puestos al servicio de un cambio favorable para todo el sistema.

Sesión 3.- Se presentan Clemencia y Soledad únicamente. Clemencia se siente sorprendida por el interés de Esperanza de arreglar la situación; refiere sentirse impotente desde niña ante su hermana "*ella siempre sale ganando*". Reconoce que son ambas las que mantienen el problema, mismo que piensa ha disminuido a raíz de que viven en el departamento, porque ella no da seguimiento a los pleitos. En relación a la familia de su padre, no comparte el sentir de su hermana. Por último plantea que posiblemente pelean porque "*buscan un lugar en la familia*". Por su parte Soledad

cometa que Esperanza siempre ha estado celosa de Clemencia por ser la menor y la más consentida. Cuando ve a sus hijas pelear trata de distraerlas enfocándose en Clemencia, ya que Esperanza no tiene límites con su carácter. De tarea se pide que identifiquen las soluciones intentadas, dado que no lograron ubicar ninguna ocasión en la que hubieran solucionado pacíficamente las cosas. Se plantea la importancia de que el padre se presente y se hace nuevamente la invitación.

La familia responde positivamente, Clemencia se muestra dispuesta a participar en la solución del conflicto. Fue desconcertante la postura de Soledad, quien en la sesión pasada parecía estar respaldando a Esperanza y ahora se muestra de parte de Clemencia.

Las terapeutas la visión de Clemencia nos ayuda a liberarnos del prejuicio de la buena y la mala de la historia, ya que nos muestra a una Esperanza diferente, permitiendo obtener una visión sistémica de la situación.

Sesión 4.- A esta sesión acuden las tres finalmente; para regular la sesión se dan una serie de reglas de participación, para asegurar que se respetarán al hablar. En cuanto a la tarea, plantean que Clemencia suele decir que si y Esperanza se queda callada para no discutir y evitar que el conflicto crezca. Todas reconocen que han peleado menos, aunque dan distinta explicación al hecho; también admiten que existen momentos agradables de convivencia siempre en compañía de la madre. Esta última pasa de tras del espejo para dejar a las hermanas solas en el ejercicio de escenificación. En él, Clemencia se muestra agresiva y Esperanza calla, evidenciando parte de la pauta. A la madre el equipo le explica la función del mediador. Se resalta la importancia de que asistan las tres a las consultas. Se les pide como tarea, salir juntas un día y evitar pelear.

La familia respondió positivamente, a la madre le agradó desenvolverse en otro rol y las hermanas, pese a la resistencia inicial, concretaron la actividad asignada.

Para **las terapeutas** en esta sesión, fue sorpresiva la observación del equipo en relación a la coordinación que tuvimos, desde su perspectiva estuvimos desfasadas, sin embargo no compartimos su punto de vista. Nos dimos cuenta que la solución de los conflictos entre hermanos no es fácil.

Sesión 5.- Inicialmente sólo se llama a Soledad, se siente mucho mejor dejando el rol de intermediaria y más segura viniendo a terapia; nota mejoría en la relación de sus hijas. Comentó que Clemencia ya no quería asistir pero que su padre la hizo cambiar de opinión. Al entrar las hermanas, Esperanza no ha llegado. Clementina entra molesta por ello; comenta que no hicieron la tarea por falta de tiempo; mencionó que para ella la

terapia no es imprescindible y que le beneficia por la comodidad de tener una relación pacífica con ella. Señala también que Axa y Jorge obstaculizan la relación entre ellas. Se elabora una metáfora en relación a las puertas que se abren o cierran y cómo la terapia se convierte en un espacio para aprender a tocar esas puertas. Sale un poco más tranquila; en la sala de espera se encuentran Esperanza y Jorge; a todas se les indica la fecha de la próxima cita.

La familia sigue involucrada en el proceso terapéutico pese a la ausencia de Esperanza; la madre observa mejoras y Clemencia encuentra beneficios derivados del mismo, pese a la renuencia que tenía a continuar de acuerdo al comentario que hizo Soledad al respecto

Las terapeutas nos sentimos un tanto desconcertadas por la ausencia de Esperanza, quien solicitó la terapia; pero reconocemos la accesibilidad y participación de Soledad y Clemencia; así como la honestidad de ésta última sobre su postura ante la terapia.

Sesión 6.- Se presentan Esperanza y Soledad; esta última comenta que Clemencia esta últimamente muy hostil y renuente con Jorge, sosteniendo que obstaculiza la relación entre ellas. Se sensibiliza a Esperanza resaltando el sufrimiento de ella y su hermana en el problema. Se invita a que asuman su responsabilidad en el asunto, n lugar de responsabilizar al otro. Después se centra la atención en Soledad, quien termina por asumir que no es escuchada en la familia. Por la proximidad del periodo vacacional, se deja tarea para cada miembro de la familia, al padre una carta que exprese como le gustaría que fuera la dinámica familiar; a la madre, identificar cuáles son sus necesidades y proyectos; Esperanza identificar y ensayar nuevas respuestas a las provocaciones de Clemencia; y finalmente esta última averiguará una forma distinta para obtener un lugar en la familia.

La familia se muestra sensible, con apertura ante las intervenciones y la intención de perfilarse hacia el camino de las soluciones, además de motivadas para continuar con el tratamiento después del periodo vacacional.

Las terapeutas estábamos un poco desconcertadas, porque pese a que se señaló que había cambios en la familia, el discurso se perfilaba a responsabilizar al otro de la situación, como al inicio. Al momento de hacer la pausa y dar otro curso a la terapia, nos sentimos mucho mejor. Pese a la sugerencia del equipo, olvidamos señalar la posibilidad de una recaída.

Sesión 7.- Sólo asiste Esperanza, mostrándose consternada porque una semana antes había tenido un nuevo enfrentamiento con Clemencia. Primero se normalizó la

situación, explicando que esto era parte del proceso; para después identificar la pauta, descubriendo que había sucedido algo diferente, Esperanza pretendió hablar con su hermana para aclarar la situación, pero Clemencia la evadió. Se señaló que para esta última la situación también era nueva, por lo tanto su respuesta era válida. Las tareas serían revisadas cuando estuvieran todas presentes.

La paciente se muestra vulnerable, asume su responsabilidad en los acontecimientos recientes y sigue dispuesta a continuar con el proceso, involucrando a su familia.

Las terapeutas nos sentimos satisfechas con los resultados de la sesión, ya que pese a la recaída, se observaron cambios en el sistema. Estamos a la expectativa de la percepción que tienen los otros miembros de la familia sobre la última pelea.

Sesión 8.- (Cambio de modelo) Se presentan las tres, se revisa la tarea que todos hicieron. Se retoma el tema de la recaída y Clemencia considera que el problema fundamental es que ambas quieren demostrar quién puede más. Se normaliza la recaída con el resto de la familia y se resalta la diferencia que hubo en el comportamiento de Esperanza. Entra una llamada del equipo solicitando información que las terapeutas ya manejaban, lo cual irrumpió el proceso; se retoma la línea y se rescata el sentir de cada una. Para cerrar se toma en cuenta al equipo quien sugiere que de tarea se pida que de manera alternada cada una de las hermanas decidiera lo que se haría el fin de semana.

En esta sesión el ánimo de **la familia** no fue de lo más favorable, puesto que la pelea era muy reciente; además la intervención del equipo desconcertó a todo el sistema terapéutico.

Las terapeutas se sintieron desconcertadas también con la intervención del equipo, por primera vez se experimentó falta de coordinación y desconcierto en la coterapia; fue difícil concretar la definición de la tarea, ya que no había que dar opción a la discusión entre ellas y nosotras mismas íbamos en direcciones distintas en este punto.

Sesión 9.- Una vez más la tarea no se cumple, ni se respeta la oportunidad de elección de Clemencia, por lo tanto se cuestiona a la familia esta incongruencia entre el querer un cambio y no estar dispuestas a realizar las actividades. Soledad comenta que tal vez el problema es más grave, que pueden ser neuróticos como la familia de su esposo; sale a relucir que en la familia los hijos de varios hermanos y hermanas de Héctor, se comportan de la misma manera; así mismo se evidencia que el padre de Héctor maltrata a su madre, situación que al parecer se reproduce entre él y Soledad. De aquí

se elabora la hipótesis de que tal vez las hermanas pelean debido al patrón familiar establecido o para evitar que sus padres lo hagan; esto último impactó a todo el sistema. De tarea se les pidió que se replantearan hacia dónde querían conducirse.

La familia respondió positivamente a las confrontaciones de las terapeutas ya que pese a que se generó cierta tensión en el sistema, esta estuvo dentro del límite aceptable.

Las terapeutas se sintieron desconcertadas porque la familia no realizó la tarea, lo que las llevó confrontarla y a evaluar el sentido de la terapia. Al final se sintieron satisfechas con los resultados obtenidos.

Sesión 10.- Las hipótesis manejadas la sesión anterior causaron impacto en la familia, ahora se les pide que definan lo que pueden hacer para evitar la reproducción de esos patrones. Sale a relucir la inconformidad que hay ante la actitud del padre de ambas y cómo su madre se somete a la voluntad de él. Esperanza comenta incluso que Soledad, “queriendo complacer a todos, finalmente queda mal con todos”. Se resalta la importancia de que las hermanas se deslinden de las problemáticas de sus padres, lo cual les hace sentido. Por intervención del equipo se refuerza la hipótesis de las peleas como reproducción de patrones y se les señalan dos caminos a seguir, acostumbrarse a la problemática y seguir reproduciendo u optar por el cambio. Las hermanas no coinciden en el camino a seguir así que de tarea se les pide que mantengan las cosas igual, solo que no involucren a sus padres. Son citadas para un mes después, la madre solicita terapia individual y se le dice que se consultará con el equipo.

Fue una sesión difícil, nuevamente **las hermanas** tienen dificultad para ponerse de acuerdo, pero responden a la intervención de no involucrar a los padres en sus asuntos, así como en asumir la responsabilidad que cada una tiene en el problema.

Las terapeutas nos sentimos un poco frustradas porque no son realizadas las tareas y la familia no llega a ningún acuerdo en cuanto al objetivo de la terapia.

Sesión 11.- Son citadas solo las hermanas, Esperanza nuevamente llega tarde. Clemencia comenta que la relación entre ambas ha mejorado y que incluso han llegado a tener breves conversaciones con más confianza y cordialidad. Al incorporarse a la sesión Esperanza hace comentarios similares a los de su hermana. Ambas perciben que sus caminos son distintos y que pueden coincidir en algunos puntos, dejando atrás la presión familiar que les indicaba que debían estar juntas. Ellas mismas establecen la diferencia entre una relación de amigas y la de hermanas, aclarando que no todos los hermanos tienen que ser amigos. Finalmente se enfatiza la importancia de mantener los

cambios, haciendo todo aquello que les funciona para no enfrentarse, advirtiéndoles sobre la presentación de una probable recaída.

Las hermanas se mostraron satisfechas con los logros y motivadas para mantenerlos y afianzarlos.

Las terapeutas en esta ocasión nos sentimos contentas y sorprendidas de la evolución favorable del caso.

Sesión 12.- Solo asiste Esperanza, Clemencia tenía un examen. Los comentarios giran en relación a los cambios favorables en la relación de las hermanas. Al parecer Soledad también se ha mostrado más segura y firme en sus decisiones. Esperanza está contenta y segura de los cambios logrados, para ella el objetivo de la terapia se ha alcanzado ya, argumentando que su familia piensa de la misma manera. Con base a esto, se le comunica que serán dadas de alta, solo se requiere que se presenten las tres a una última sesión de cierre, se les cita para dentro de tres meses.

La paciente se mostró contenta, animada y dispuesta a realizar la sesión de cierre, comprometiéndose a informar a su familia sobre la cita.

Las terapeutas nos sentimos contentas y satisfechas de finalizar nuestro primer caso clínico atendido en el contexto de la maestría.

Sesión 13.- Esta sesión se lleva a cabo en otra supervisión, el Dr. Macías, entra como coterapeuta también. Se da inicio con una recapitulación de todo el proceso para finalizar solicitando la percepción que cada una tiene del mismo. Soledad refiere sentirse con mayor fuerza para tomar decisiones, vive mejor y se siente más tranquila; incluso la relación con su esposo ha mejorado. Esperanza considera que ha sido un proceso de aprendizaje y desarrollo. Clemencia por su parte dice sentirse mejor, pero aclara que el trabajo apenas empieza, que es preciso trabajar más de manera individual y como familia. El Dr. Macías reconoce en la familia las ganas de vivir mejor. La familia se siente agradecida y lo expresa; las terapeutas también.

La familia se muestra satisfecha, agradecidas y contentas por haber logrado los cambios y concluido el proceso.

Las terapeutas nos sentimos satisfechas, contentas con la forma como se trabajó el caso y con los resultados obtenidos; pese a la situación experimentada en relación al cambio de modelo.

Estrategias de Intervención

Sesión	Técnicas
1.-	<ul style="list-style-type: none">↪ Primera entrevista con etapa social breve debido a la demanda de escucha de la paciente.↪ Preguntas circulares para que la paciente escuchara las voces de los otros integrantes de la familia e identificar la forma como se había construido el problema.↪ Rastreo de información sobre el motivo de consulta y los factores relacionados con él.↪ Fortalecimiento de la Alianza Terapéutica.↪ Tarea Terapéutica, elaboración del diario.
2.-	<ul style="list-style-type: none">↪ Primera entrevista con la madre, etapa social para contextualizarla.↪ Preguntas circulares para incluir a la paciente en el discurso de la madre y ambas escuchen sus puntos de vista.↪ Rastreo de información sobre las familias de origen paternas.↪ Enfoque e intensidad para identificar la “fórmula para llevarse bien” de la familia de origen materna.↪ Énfasis en lo positivo que ofrece la familia de origen materna.↪ Siembra de una idea ejercer los derechos individuales sin afectar el ejercicio de los derechos individuales del otro.↪ Búsqueda de soluciones intentadas mediante la asignación de una tarea, identificación de la ocasión en que las hermanas resuelven pacíficamente el problema.
3.-	<ul style="list-style-type: none">↪ Encuadre para contextualizar a Clemencia.↪ Rastreo de información, sobre la voz de Clemencia.↪ Énfasis en lo positivo reconociendo el interés que las tres tienen en la solución del problema.↪ Siembra de ideas, en el problema, nadie sale ganando y las dos sufren.
4.-	<ul style="list-style-type: none">↪ Encuadre para esta sesión, reglas de participación.↪ Identificación de la secuencia de hechos en las peleas entre las hermanas.↪ Cuestionamiento circular para evidenciar la participación de cada una en la problemática.↪ Normalización para quitarle a Esperanza la etiqueta de paciente identificado.↪ Fijación de fronteras para sacar a la madre del rol de mediadora.↪ Escenificación de la relación entre hermanas.

- ↪ **Empleo de espacio y posición** al sacar a la madre y en el ejercicio de la escenificación.
 - ↪ **Uso de tiempos y espacios** al separar a las hijas y a la madre.
 - ↪ **Fijación de fronteras** al separar los subsistemas (parental y fraterno)
 - ↪ **Foco e intensidad** en la revisión de la tarea asignada.
 - ↪ **Contacto con sentimientos y emociones** por parte de Clemencia.
- 5.-
 - ↪ **Confrontación** del discurso de Clemencia y señalamiento de incongruencias.
 - ↪ **Cuestionamiento de la realidad** al señalar que toda la familia contribuye en el mantenimiento del problema.
 - ↪ Promoción de **una visión sistémica** de la problemática.
- ↪ **Normalización** al hacer notar el sufrimiento y vulnerabilidad de ambas hermanas, situación común a todas las personas en su caso.
 - ↪ **Cuestionamiento de la realidad** en relación al pensamiento estandarizado que tiene una de la otra y de responsabilizar al otro de la situación.
- 6.-
 - ↪ **Foco** en asumir la propia responsabilidad en el asunto.
 - ↪ **Rastreo** de información en cuanto a la historia personal de la madre.
- ↪ **Normalización** al señalar la recaída como parte del proceso.
 - ↪ **Identificación de la pauta** y la variante que esta tuvo en el último enfrentamiento.
 - ↪ **Foco** en la variante de la pauta.
- 7.-
 - ↪ **Connotación positiva** del cambio positivo presentado por Esperanza.
 - ↪ **Resignificación** del comportamiento de Clemencia ante los ojos de Esperanza.
 - ↪ **Siembra de ideas** al resaltar que es su responsabilidad evitar “morder el anzuelo” de las provocaciones.
- ↪ **Normalización** de la presentación de la recaída.
 - ↪ **Identificación de la pauta** en el último enfrentamiento y la variante que esta tuvo.
- 8.-
 - ↪ **Resignificación** de la interpretación que cada una hace del comportamiento de la otra.
- ↪ **Cuestionamiento de la realidad** en cuanto al motivo por el cual no se había hecho la tarea.
- 9.-
 - ↪ **Cambio en la puntuación de los hechos** al asociar el comportamiento de las hermanas con una pauta familiar.

- 10.-
 - ↪ **Fijación de fronteras** al señalar la necesidad de deslindar los problemas de los padres de la relación fraterna.
 - ↪ **Búsqueda de recursos y soluciones** al solicitar a las hermanas que identifiquen la forma de evitar la reproducción de los patrones familiares.
 - ↪ **Referencia al ciclo vital de la familia** al connotar que las muchachas ya no son unas niñas y pueden enfrentar sus problemas como adultas.

- 11.-
 - ↪ **Normalización** en cuanto a las dificultades que suelen presentarse entre hermanos.
 - ↪ **Advertencia sobre la recaída**
 - ↪ **Identificación de lo que funciona** para hacer más de eso.
 - ↪ **Búsqueda de recursos y estrategias** para mantener el cambio.
 - ↪ **Manejo de la escala** al pedirles que valoraran del 1 al 10 su nivel de bienestar-malestar, del inicio y el actual.

- 12.-
 - ↪ **Evaluación** de los cambios logrados y su proyección a futuro.
 - ↪ **Evaluación cualitativa** de los cambios logrados y del cumplimiento del objetivo terapéutico.

- 13.-
 - ↪ **Metáfora** de la bola de nieve para ejemplificar que el cambio inicia como algo pequeño que va creciendo como bola de nieve.
 - ↪ **Connotación positiva** de los cambios que cada integrante ha realizado.

Cierre

Después de haber identificado como es que las hermanas peleaban para evitar los conflictos parentales, situación que fue significativa para las tres; los conflictos empezaron a disminuir, de hecho fue eliminada la violencia física. Hubo una recaída alrededor de la sesión diez, la cual fue determinante para que cada una de ellas iniciara un proceso de revaloración de la relación, comenzando por una autoevaluación, según ellas mismas refirieron. La madre retomó lo que consideraba su proyecto de vida a futuro, asistiendo a un curso sobre tanatología, en el cual estaba aprendiendo a vivir mejor. A través de ellas se obtuvo información sobre el padre, quien al parecer empezaba también a regular su comportamiento al venir a casa, lo cual favoreció la mejora en la relación de pareja. La actitud final de Clemencia es muy acertada, al señalar que el trabajo apenas comienza y que es preciso profundizar en las tareas individuales y familiares.

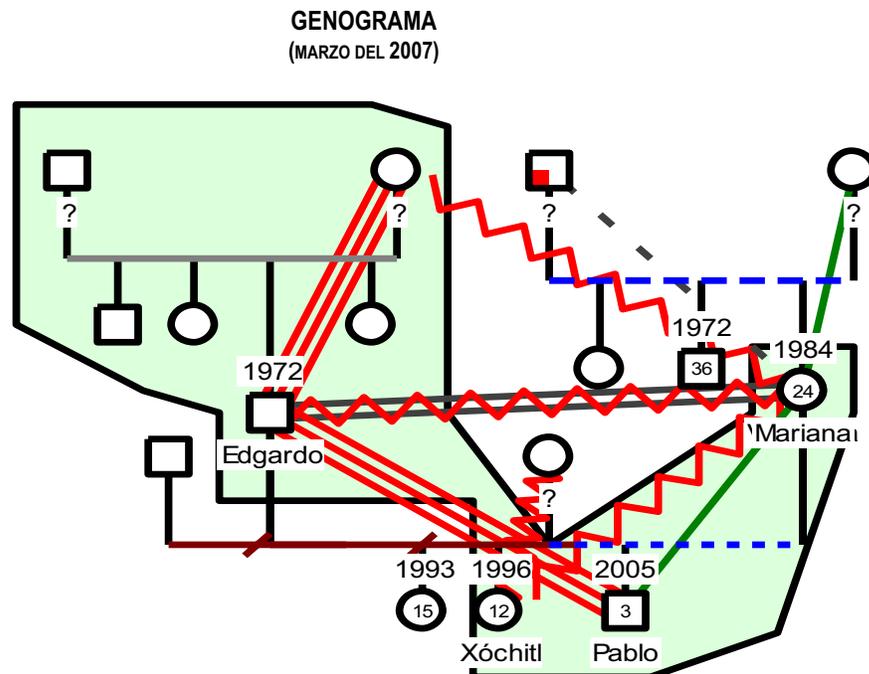
Como terapeuta, esta primera experiencia fue muy enriquecedora y formativa, al permitir poner en práctica los aspectos teóricos manejados con anterioridad; por contar con la supervisión del docente y la retroalimentación del equipo tras el espejo. Fue

novedosa por el hecho de trabajar en coterapia, lo que me permitió aprender sobre el ritmo y lugar que se ocupa en la dirección de la misma en concordancia con el otro. Y sobre todo porque estuvo la familia casi completa, lo que permitió aprender a dar lugar a la manifestación de cada una de las voces, a regular la propia participación y la agudizar el sentido para encontrar las coyunturas que favorezcan la solución del conflicto.

Segundo Caso “Atrapada, ¿Sin Salida?”

Información General

Este caso fue tratado en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor”, bajo la supervisión de la Maestra Noemí Díaz Marroquín. Las primeras dos Sesiones, se trabajaron con toda la familia, sin embargo el esposo no acude a la tercera y en la cuarta, a través de la esposa, hace del conocimiento de la terapeuta, que ha decidido abandonar la terapia. Ella decide continuar con el tratamiento, asistiendo a una sesión más, haciendo un total de cinco sesiones, con las cuales el caso fue cerrado. Este fue abordado retomando la literatura en relación al tratamiento de la violencia desde la perspectiva sistémica con enfoque de género.



Esta es una familia reconstruida, es decir, que ambos vienen de matrimonios disueltos previos y que aunque no todos los hijos son de ambos, las funciones parentales son ejercidas indistintamente. Viven en unión libre, es el esposo quien solicita la consulta y desde el primer momento acceden a asistir en familia. Acuden a las primeras sesiones además de la pareja, Xóchitl quien es una de las hijas del primer matrimonio de él (la hermana mayor de ésta, vive con su madre) y Pablo quien es hijo de ambos. La familia extensa de Mariana vive en el interior de la República, aquí sólo cuenta con una prima quien está casada con el hermano de su pareja, sin embargo su relación con ella no es muy estrecha. Esta familia habita en la casa de la familia extensa de Edgardo, conjuntamente con sus cuñados y sobrinos, bajo el mismo techo hay alrededor de 15 personas.

Motivo de Consulta

Él solicita el servicio por los problemas de pareja que tienen, además porque considera que su esposa no atiende adecuadamente a los niños y mantiene una mala relación con su hija. Durante la primera sesión en varias ocasiones comentó que sentía una gran desconfianza hacia su pareja.

Planteamiento del Problema

De acuerdo a la primera exposición de él, la pareja tiene dificultades porque ella no presta la atención debida a sus hijos. También considera que el comportamiento que tiene con sus compañeros de trabajo no es la adecuada, esto aunado a una relación amistosa que tuvo con un varón a quien le escribía cartas y que no compartía con su pareja, ha generado una gran desconfianza en él. Finalmente plantea que tampoco le parece adecuada la relación que tiene con su hija, ya que la regaña mucho y su familia le ha referido que en ocasiones la maltrata.

Por su parte, ella considera que él es muy desconfiado, que se deja llevar por lo que le dicen las personas, lo cual no siempre es cierto. Esto hace que quiera tenerla controlada en todo y que no le tenga confianza ni libertad, lo cual a ella le incomoda mucho, porque se da cuenta como revisa sus cosas cuando no está, al regresar a casa la huele para corroborar si bebió o no, incluso ha llegado al punto de hablar con las personas de su trabajo para que le den informes sobre su comportamiento (situación que salió a relucir en una sesión y que él quería mantener oculta). Asume que la relación con la hija de él no es adecuada, admitiendo que ella se desespera con la niña, pierde el control y eso la lleva a pegarle. Para esto argumenta que le es difícil desenvolverse como madre, ya que no tuvo un modelo para seguir puesto que su madre se fue de casa cuando ella y sus hermanos eran muy pequeños.

En el proceso se relata que la pareja, en forma separada, han tomado acciones tendientes a la separación. Ella ya intentó dejarlo, llevándose a su hijo, sin embargo fue descubierta y desde entonces ya no puede estar sola con el niño. Él levantó una demanda en su contra, para quedarse con la patria potestad del menor, argumentando que no está apta para hacerse cargo de él; de hecho, una trabajadora social visitó el domicilio, no quedando claro cual fue el dictamen que dio. En sus últimos comentarios, la paciente refirió que él no le había dado seguimiento al asunto, al igual que ella.

Pese a que la intención inicial era mantenerse en pareja, para la segunda sesión, él decide que es mejor la separación, de hecho manifestó que acudió a la terapia para obtener alguna constancia que avalara la demanda interpuesta previamente, ya que lo que realmente pretendía es que ella se fuera y le dejara al pequeño. Al no conseguirlo, ya no regresa a la tercera sesión, sin embargo, ella se siente satisfecha porque él manifiesta un cambio radical y se compromete a atender sus demandas e incluso a cambiar de domicilio; sin embargo, al tercer día, la corre de la casa y amenaza con quitarle definitivamente al infante. Ella solicita una sesión urgente, la cuarta, en la que él da por terminada su participación en el proceso a través de su pareja; ella decide continuar con el tratamiento, esperando salir adelante, en ésta finalmente toma la decisión de dejar su empleo, conforme a la demanda de él, para tener mayor disponibilidad de tiempo para sus hijos y así mover la balanza a su favor. Para la última sesión, llega acompañada de su hijo, refiere haber dejado el empleo y observar una gran mejora en la relación de pareja; motivo por el cual decide dar por terminado el proceso terapéutico.

Desarrollo de las Sesiones

Sesión 1.- En esta primera sesión se esboza un panorama general en relación a la problemática de la pareja. Edgardo es quien inicia expresando su percepción de la situación familiar, argumentando que se siente desconfiado ante su esposa, que no le agrada su comportamiento como madre, ni en el ambiente laboral. Por su parte Mariana considera que él es desconfiado en exceso con lo que no está de acuerdo. La pequeña Xóchitl dice sentirse mal cuando sus padres pelean; además Edgardo señala que últimamente ha tomado cosas que no son suyas, situación que desean corregir. Sale a relucir también que al parecer ambos han realizado ciertas acciones contra el otro, Mariana intentó huir con su hijo y Edgardo interpuso una demanda en contra de ella, sin comentárselo. Posteriormente ella asiste a solicitar apoyo al Instituto Nacional de las Mujeres, pero no le da seguimiento al proceso. La sesión se prolonga de sobremanera por lo que no es posible definir objetivos; se vierte una gran cantidad de información y muy variada, por lo que quedan muchos cabos sueltos. La intención aparente es solucionar la problemática de la pareja y la relación entre Mariana y Xóchitl.

La familia físicamente, se distribuye en el espacio marcando el amalgamiento entre padre e hijos, mientras que Mariana se encuentra excluida. Es Edgardo quien toma la batuta para dar la pauta a las intervenciones de su pareja e hija. Llama la atención que él mantiene al niño todo el tiempo en sus brazos, pese a la resistencia del infante en algunos momentos. Mariana está en segundo plano y un tanto reservada.

En esta sesión **yo** me sentí bastante agobiada con tanta información, mucha no me había quedado clara y considero que me esforcé demasiado en definir objetivos sin lograrlo, lo cual me tenía consternada. La supervisora me dijo que lo más relevante era respetar la necesidad de la familia de expresar su sentir.

Sesión 2.- Se pretende definir si el proceso terapéutico se enfoca a la solución de los conflictos en pareja o a la disolución, para perfilar el camino a seguir, sin embargo esto no es posible. Se retoma la información vertida con anterioridad manejando en exceso los detalles de cada acontecimiento. Él mantiene su postura en relación a la percepción que tiene de ella y Mariana considera que Edgardo maneja “celos enfermizos”, la controla y de manera indirecta la vigila en el trabajo. En un momento parece que se inclinan por continuar como pareja; sin embargo al devolverle a cada uno la responsabilidad en el mantenimiento de la problemática, repentinamente él decide terminar la relación, tratando que la terapeuta avale su postura, situación que no ocurre, lo cual lo lleva a revelar que su intención era conseguir el respaldo de un profesional para sumarlo a la demanda que entabló en contra de Mariana; ésta acepta muy desanimada, aclarando que no le dejará al niño. Se revela la lucha de poder que han entablado para quedarse con el menor, sin permitirles llegar a un acuerdo. Nuevamente la sesión se prolonga demasiado y no se logra concretar en este punto. Se deja de tarea que los dos definan las condiciones en que quieren separarse, de manera individual, procurando no tocar el tema en casa y dejando a las autoridades correspondientes el tema del niño.

La familia llega completa, se muestran relajados; Mariana interviene más en el transcurso del proceso. Xóchitl se percibe más relajada, cuando sale del cubículo para trabajar con la pareja, se muestra colaborativa llevándose a su hermano menor. Sin embargo al llegar al punto de desacuerdo (¿quién se queda con el hijo?), Mariana se muestra muy desalentada, pero firme en su deseo de llevarse al niño y Edgardo rígido en su postura de quedarse con él, presionando a la terapeuta para que le respalde; se va bastante contrariado.

Al final de la sesión, **me sentí** bastante presionada, Edgardo, sentía que me iba acorralando con argumentos que parecían lógicos y adecuados, sin tener el tiempo suficiente para pensar con claridad, sin embargo podía darme cuenta que se encaminaba a un fin, fue difícil poner el límite y tratar de equilibrar la relación entre

Edgardo y Mariana, para no dejarla en desventaja. Al salir de la sesión, me sentí conmovida por la actitud de ella, por su reacción al momento en que su pareja plantea que quiere separarse definitivamente, tuve la sensación de que no la había ayudado en nada y que su situación había empeorado. También con el malestar de pensar que había perdido a Edgardo, ya que tenía la idea de que no regresaría. La supervisora comentó que el intercambio entre ambos no se había percibido tan fuerte como yo lo experimenté y que le parecía bien mi proceder.

Sesión 3.- La sesión inicia sin Edgardo, quien aparentemente se incorporaría más tarde, pero nunca llega. Sorpresivamente se da un cambio radical en la actitud de él, desde el momento mismo en que abandonan el centro comunitario le comunica a su pareja que no desea separarse, que está dispuesto a hacer algunos cambios e incluso ofrece la posibilidad de que se vayan a vivir a otro lugar; ella dice aprovechar su actitud, para establecer las condiciones en que aceptará estar con él. Comenta también que ella quiere llevarse a Xóchitl con ellos, porque quiere tener una buena relación con la menor, tal vez no como madre e hija, pero sí como amigas, ya que se siente identificada con la pequeña puesto que ella tampoco tuvo a su mamá. Se relatan algunas cosas de cómo se formó la pareja y de su historia personal, destacando el alcoholismo de su padre, el abandono de su madre, un matrimonio previo y el deslinde de una relación que se tornó agresiva para ella. Se le previene en relación a los cambios tan repentinos y pidiéndole que identifique las cosas que hicieron para que la relación mejorara como tarea.

Ella venía de mucho mejor ánimo, estaba positiva y entusiasmada con los logros, respondía a los cuestionamientos definiendo más claramente sus metas. “*Creo que el distanciamiento funcionó al revés, nos hizo unirnos más*”, comentó. Parece también que el hecho de establecer las condiciones en que permanecería con él, la hacían sentirse más fortalecida y segura.

Para mí, fue sorpresivo el cambio y no me daba buena espina, sin embargo estuve muy pendiente de no mostrarme pesimista con ella, sino al contrario, identificar lo que había cambiado para fortalecerlo. Pensé que no todos los casos son iguales y que es importante no encasillarlos.

Sesión 4.- Tres días después de la sesión pasada, recibí una llamada urgente de Mariana, solicitando apoyo, debido a que Edgardo, había cambiado nuevamente de parecer, la había corrido de la casa, amenazado dar seguimiento a la demanda y quitarle al niño; concertamos una cita urgente. En la sesión Mariana expresa que al llegar a casa la vez anterior discutieron, él le demandaba que dejara de trabajar, para luego correrla de la casa. Ella acepta dejar de trabajar y le dice que no se irá de la casa, él la amenaza diciendo que entonces él se va con los niños, a lo que ella responde que

de cualquier manera deberá tenerla informada acerca de dónde está y dejarla ver a su hijo. Refiere estar dispuesta a dejar de trabajar pero no a hacer todo lo que él le dice. Se sondean todas las situaciones que se pueden dar si ella se sale de trabajar, evaluando las consecuencias para ella. Se sondea el grado de información que tiene en relación a la demanda, sugiriéndole que busque asesoría legal, se establecen algunas conexiones entre su experiencia y los casos de mujeres en situación de violencia, así como con las características de los hombres violentos que manifiesta Edgardo. Ella decide hacer su último esfuerzo, averiguar como está el proceso de la demanda que tiene en su contra y que no hará nada en contra de él. Se cuestiona si seguirá en la terapia mencionando que sí y lo mucho que la ha ayudado a aclarar las cosas.

La paciente se muestra clara en su decisión de dejar de trabajar, como última estrategia para que la situación mejore dentro de su relación. Aún cuando al parecer está cediendo de nuevo, ella se siente empoderada, considerando que es la que sale ganando con la decisión

Me sentí un tanto consternada de pensar que al dejar de trabajar estaba quedándose completamente desvalida, sin embargo me llamó la atención de sobremanera su postura, es entonces cuando comprendí lo que se dice en función de respetar la postura del paciente.

Sesión 5.- Fue sorprendente ver a la paciente llegar sola con su hijo a la sesión. Después de hacer una recapitulación sobre lo acontecido la última vez que nos vimos, externo mi sorpresa de verla con el pequeño Pablo y le pido que me diga lo que ha sucedido; ella comenta que finalmente dejó de trabajar, pero que había establecido ciertas reglas; dejó claro que no conviviría con la familia de él y que empezarían a hacer su vida solo los cuatro juntos, de hecho la suegra les dio una nueva habitación, más independiente del resto de la familia. También indagó sobre la situación de la demanda que le interpuso Edgardo, logrando que se comprometiera a retirarla. La relación con Xóchitl ha mejorado también, para Mariana ahora existe un ambiente más familiar que ayuda mucho a la pequeña e incluso piensa que puede apoyarla para establecer una relación más adecuada con su verdadera madre y con su hermana. Considera que la estrategia de dejarle el peso económico a él, también ha funcionado, que le ha respondido positivamente; pese a todos los defectos que él puede tener, lo quiere puesto que no siempre se comporta de la misma manera. Por lo cual considera que ya no es necesario asistir a terapia puesto que su situación ha mejorado. Se asesoró ya con una persona en cuanto al aspecto legal, ésta le comentó que tiene todo a su favor y que él hiciera lo que hiciera, tenía que pasarle una pensión para el niño. Además agrega que mientras ella se *“porte bien”* las cosas estarán bien; se le indica que esta es una creencia prevaleciente en las personas violentadas, sin embargo que ella decide lo

que desea hacer, así que en caso de requerirlo nuevamente, no dude en venir a pedir ayuda. Concluye comentando que recibió mucho más de lo que esperaba de la terapia.

A sesión se presenta una **Mariana** feliz, fortalecida y convencida de que las decisiones que tomó fueron las correctas. Al final se muestra agradecida por todo el apoyo que recibió.

En lo personal, estaba muy sorprendida de lo que sucedió, no me lo esperaba; sin embargo fue muy significativo porque tuve la oportunidad de experimentar esto que se dice en relación a que todas las personas tenemos tiempos diferentes en nuestro proceso de crecimiento. Yo me sentía preocupada por su futuro, pero ella, se mostrada mucho más empoderada y sobe todo feliz con su hijo.

Estrategias de Intervención

Sesión

Técnicas

- 1.-
 - ↪ **Encuadre** en relación a la forma de trabajo, frecuencia de las sesiones, etc.
 - ↪ **Preguntas circulares** para identificar la percepción que cada miembro de la familia tenía relación a la problemática.
 - ↪ **Establecimiento de límites** al devolver la responsabilidad del comportamiento agresivo a la madre y al descargar emocionalmente a la hija de esa responsabilidad.
 - ↪ **Sensibilización** entre el sentimiento de malestar de la madre, después de maltratar a la chica y el de ésta con el rechazo de la madre, favoreciendo la comprensión mutua.
 - ↪ **Redefinición de la relación (madre-hija)**, la cual se vuelve más amigable y la segunda queda más al margen de las problemáticas de pareja.

- 2.-
 - ↪ **Definición de metas** al solicitar a la pareja que definan el tipo de terapia hacia el que nos enfocaremos (de pareja o separación)
 - ↪ **Cuestionamiento circular** se pretende obtener información en relación a cómo se vive cada uno en la pareja y en su percepción sobre la situación.
 - ↪ **Redefinir la situación y equilibrio del poder**, al devolver la responsabilidad que le toca a cada uno en su situación actual.
 - ↪ **Cuestionamiento de las ideas preconcebidas**, que ambos tenían en relación a lo que “debía ser” en su relación.
 - ↪ **Reestructuración** de la imagen de Mariana como mamá y la postura de él, en función de sus derechos con el niño.

- ☞ **Identificación de los elementos** que favorecieron el cambio para evidenciarlos y fortalecerlos.
- 3.-
 - ☞ **Exploración de su historia personal** identificando recursos, ideas, redes de apoyo.
 - ☞ **Confrontación de ideas** para clarificar su panorama real.
- ☞ **Evidenciar e informar** acerca de la similitud de su relación con la de las parejas que están en situación de violencia y la necesidad de contar con apoyo legal, por la demanda en su contra.
 - ☞ **Identificación de redes de apoyo** para enfrentar la problemática a la que se enfrenta.
- 4.-
 - ☞ **Empoderamiento** de ella rescatando sus recursos, su historia personal, su valía, reconociendo sus necesidades y sentimientos.
 - ☞ **Análisis de los distintos panoramas** que se le pueden presentar, ante las decisiones que él está tomando, para elaborar sus estrategias personales.
- ☞ **Confrontación** entre algunos de los pensamientos contradictorios que maneja la paciente
 - ☞ **Identificación y reconfirmación** de los aspectos que la empoderan en la relación
- 5.-
 - ☞ **Reafirmar la información** proporcionada en relación a las características de las parejas que se encuentran en situación de violencia
 - ☞ **Clarificación** de las redes de apoyo con las que cuenta, centro comunitario, la terapia y la asesoría legal que está recibiendo.

Cierre

A la paciente se le plantea abiertamente la similitud que tiene su situación con la dinámica de la violencia, se le proporciona la información correspondiente de los centros especializados que pueden brindarle apoyo legal y finalmente se le dice, que es solo ella quien tiene que decidir el camino a tomar.

Después de las variantes que tuvo él en cuanto a lo que podía ofrecer, finalmente le pidió que dejara de trabajar para que las cosas volvieran a estar como antes. Ella accede, argumentando que es lo último que hará para mantener la relación; al parecer esto funcionó, ya que para la sesión de cierre, llegó sola con el niño, muy contenta y agradecida por el apoyo que se le proporcionó. Finalmente se le informó que la dinámica de la violencia solía tener muchas variantes, así que lo importante era que no dudara en pedir ayuda en caso de que posteriormente llegara a requerirla.

Cabe señalar que pese a su corta duración, este caso fue muy importante en la formación del terapeuta, ya que, como se mencionó con anterioridad, no contaba con experiencia en el tratamiento de familias en situación de violencia; en segundo lugar, requirió de un gran tiempo para aprender a respetar la postura del paciente, ante lo que lo que la terapeuta creía conveniente en éstos casos; como por ejemplo, cuando decide que dejar de trabajar es la mejor opción, evento que finalmente desemboca en el empoderamiento de ella, permitiéndole redefinir su papel de madre. Del miedo y la parálisis inicial, se mueve a un lugar de mayor control en su vida, dando un paso más en su proceso de desarrollo personal en la búsqueda de una relación más equitativa.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las familias elegidas para ser incluidas en el reporte

Estos son dos casos en donde se encuentran involucradas mujeres jóvenes, ambas experimentando violencia en distintas manifestaciones, sin embargo con consecuencias dolorosas para ambas.

Primer Caso

En el primer caso, la problemática de la paciente fue relacionada con la distimia, trastorno en el estado de ánimo que se caracteriza por la presencia crónica de humor depresivo, con la peculiaridad de ser experimentado mínimo desde dos años atrás. (Rojtenberg, 2001). La presencia de este trastorno obedece a que existe en los padres un funcionamiento parental adecuado junto con un conflicto conyugal simétrico, por lo que pueden ofrecer privilegios a sus hijos a cambio de una alianza, que implica la pérdida del padre excluido. Esta triangulación manipuladora puede generar “atracones emocionales” que deriven en dificultades sociales, ya que el hijo acepta los límites con el mundo exterior como la necesidad de ayudar a su padre aliado, no como una imposición de control. Desde la Narrativa, la organización familiar del paciente distímico, caracterizada por triangulaciones manipuladoras, coaliciones transgeneracionales y una simetría inestable, presenta una mitología particular (Linares y Campo, 2000):

- a) Espacio Cognitivo (Valores y Creencias): alta polarización, competitividad y lealtad, castigo y recompensa.
- b) Espacio Pragmático (Rituales): división en bandos o partidos con rituales propios, exclusión de los demás.

- c) Espacio Emocional (Clima Emocional): clima explosivo, los conflictos se explicitan hasta que alcanzan cierta intensidad y son atenuados por los síntomas.

El problema se agudiza por el intenso conflicto de lealtades vivido por el hijo, dada la permisividad del padre aliado quien se convierte en cómplice y consentidor, así como la exigencia del padre antagónico, que se muestra rechazante y descalificador. Esto provocará en el hijo errores de apreciación de las relaciones de proximidad, lo que favorece el imponer expectativas altísimas o demandas a sus pares, que si no son satisfechas, frustran sus expectativas y confirman su soledad (Linares et al., 2000).

Desde la perspectiva del Modelo Estratégico, el cual correspondía a la supervisión de ese momento, lo que se pretendería entonces era identificar la secuencia que mantiene el problema, definir objetivos claros, con el propósito de establecer límites intergeneracionales y evitar las coaliciones permanentes.

Fue motivador desde el inicio, que a pesar de que se solicitó terapia individual, hubo la posibilidad de trabajar con toda la familia, contando con la participación de todos (la del padre de manera indirecta). Para ello se establecieron las siguientes hipótesis:

- ☞ La familia responde al cuadro característico de las familias que generan miembros que padecen distimia.
- ☞ En la familia de Esperanza, se estableció una relación simétrica entre los padres, quienes establecieron coaliciones con sus hijas para regular el conflicto conyugal.
- ☞ Posiblemente el padre estuvo involucrado en un juego relacional similar en su familia de origen, aliándose con su madre, excluyendo a su esposa.
- ☞ El conflicto entre hermanas hace que el subsistema parental se mantenga unido en la lucha por solucionar el problema y que a pesar de la lejanía geográfica de sus miembros la familia perdure.

En el proceso de encontrar la secuencia que mantenía el problema se presentaron ciertas dificultades, debido a que en las primeras sesiones no se pudo contar con la presencia de ambas hermanas al mismo tiempo, aparentemente esto no fue un acto premeditado; esta situación favoreció el proceso de inducción a la terapia

para los miembros de la familia, quienes no tenían conocimiento de este tipo de procesos y mucho menos de que pudiera desarrollarse de manera familiar.

Después de mucho indagar, fue identificada la pauta conflictiva entre los padres de la paciente, quienes originalmente habían presentado una imagen de colaboración y cordialidad aparente entre ellos. La revelación de esta pauta, la cual tenía varios exponentes en la familia extensa paterna, generó un cambio de actitud en todos los participantes; sin embargo se presentó la problemática del cambio de modelo, con lo cual quedaba pendiente la destriangulación de las hermanas con la madre y la redefinición de su papel como tal.

Lo logros observados hasta ese momento fueron la motivación al cambio y el deseo de solucionar el problema; el reconocimiento gradual de la participación de cada uno en el mantenimiento del mismo; el reforzamiento por parte del padre, para que Clemencia continuara en el proceso; el abandono del papel de intermediaria por parte de la madre y la mejora de sus expectativas en cuanto a la problemática familiar. Así mismo se observó que las hermanas habían dejado de discutir, peleaban menos, habían abandonado la agresión física y se encontraban en proceso de autoreflexión para identificar nuevas formas de relacionarse.

El nuevo Modelo bajo el cual se continuó con el tratamiento del caso, fue el de Terapia Breve, esto aconteció casi inmediatamente después de que se había encontrado la pauta conflictiva, dando pie a que las terapeutas consideraran trabajar bajo esta misma línea; sin embargo con el cambio de modelo, se realizaron ciertas intervenciones bajo sugerencia de la supervisión, que resultaron desconcertantes aún para las mismas terapeutas. Con esta directriz, la intención se enfocaba en la identificación de las soluciones intentadas, las cuales se constituyen en el problema en sí; promoviendo un cambio mínimo para que fuese generalizado posteriormente.

De las primeras sugerencias materializadas, estuvo el solicitar a las hermanas que continuaran con lo mismo, que pelearan todo lo que quisieran con la pequeña restricción de que su madre no estuviera involucrada; con esto se estaba ofreciendo menos de la solución con un mínimo cambio. La terapia se centró en las hermanas prescindiendo de la presencia de la madre, quien ya estaba habituada a venir. Los resultados son favorables, presentándose una **recaída** en la penúltima sesión, la cual se retoma como algo esperado, fortaleciendo los avances que se tenían hasta entonces.

Finalmente los logros que se obtuvieron bajo esta perspectiva fueron el establecimiento de límites por parte de ambas hermanas entre ellas y con la familia nuclear, la madre descubre la necesidad de iniciar su propio proceso a nivel individual y

el padre disminuye las manifestaciones agresivas cuando se encuentra en casa. Las hermanas dejaron de pelear y agredirse físicamente y aunque refirieron no tener una relación afectiva estrecha, ambas aceptaron que se sentían mucho mejor y que seguramente la relación mejoraría a futuro. Lo más significativo para ellas y lo que las llevó a suspender las riñas fue la revelación de la pauta conflictiva

Segundo Caso

En lo que se refiere a la segunda familia, el proceso también resultó bastante enriquecedor, sobre todo por los resultados obtenidos y la brevedad del tratamiento. Desde un inicio se intentó establecer las metas que conducirían la terapia, sin embargo esto se dificultó de sobre manera ya que la pareja se enfocaba en la descripción minuciosa y repetitiva de los acontecimientos.

Una de las modalidades de violencia en la pareja considerada como de las más graves, se caracteriza por la presencia de muchas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas; acompañado de comportamiento posesivo y dominante que va incrementando paulatinamente, por parte del perpetrador (Organización Mundial de la Salud, 2002). En esta pareja, dichos indicadores estuvieron presentes, siendo manifestados por el varón; quien ejercía distintos mecanismos de control y violencia psicológica, como celos excesivos, humillaciones, descalificación de su pareja como madre, acoso, aislamiento y el más poderoso, la amenaza de quitarle a su hijo, Situándola en una posición muy vulnerable.

Se identificó en la pareja, el ejercicio de la violencia denominada por Perrone y Nanini (1997), como **complementaria**, en la cual el perpetrador intenta perpetuar una relación de desigualdad, ya que éste se siente con el derecho de castigar al otro, quien juega el papel del débil. Este último, experimenta la pérdida de su sentido de integridad, llegando incluso al punto de justificar o negar la violencia del otro; por su parte el perpetrador no experimenta culpa ya que de cierta manera, culturalmente se justifica la violencia del fuerte. Estos aspectos se presentaron de manera evidente en diversos momentos del proceso terapéutico, ella incluso aunque no estuviera de acuerdo con el comportamiento de él, generalmente lo justificaba.

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2002), se menciona que las relaciones sociales cercanas (compañeros, la pareja y los miembros de la familia), al tener potencial para moldear el comportamiento de las personas y su gama de experiencias, pueden aumentar el riesgo de que los individuos desempeñen los roles de víctimas o perpetradores de la violencia. Situación que fue revelada por la paciente, al referirse a su familia política, en donde los comportamientos

controladores de su pareja, no solamente eran aceptados, sino promovidos y respaldados por la familia extensa de Edgardo.

En este sentido ante la ambigüedad mostrada por ambos en cuanto a lo que pretendían de la relación y por ende del proceso terapéutico (terapia de pareja o de separación); se trabajó en el **equilibrio del poder**, validando la voz de ella y resaltando las necesidades de la pareja ante las de la familia extensa. Cuando él abandona el tratamiento, se **evidencian** los rasgos violentos presentes en la relación, se proporciona **información** clara sobre el ciclo de la violencia y se trabaja en el **empoderamiento** de ella, rescatando sus recursos, su historia personal, su valía, reconociendo sus necesidades y sentimientos.

Además de responsabilizar a su esposa de la falta de atención hacia la relación de pareja, Edgardo también le adjudicaba un mal comportamiento hacia su hija, producto de su primer matrimonio. Ante esto se actuó de inmediato, estableciendo límites entre la problemática de la pareja y la representada por la relación entre ella y la menor, quien en algún momento refirió ser maltratada por su padre también. En un segundo momento, en esta misma dirección, lo que se estableció fue el límite entre la falta de habilidad de Mariana para fungir como madre y la persona de la pequeña. Esto gracias a la postura participativa que tuvo la primera al asumir las dificultades que enfrentaba para regular su comportamiento y desempeñarse como mamá.

En concordancia con lo anterior, fue muy importante incidir en las **ideas preconcebidas** que tenían ambos en relación de lo que “debe ser” el comportamiento de uno y de otro dentro de la relación y de la familia; Rabazzola (2005) considera que elementos como las ideas, estructuras, las acciones y los actores, son los que mantienen el circuito violento; es por esto que se recurrió a distintos cuestionamientos que favorecieran la **reestructuración** de su concepción de la relación y sus implicaciones.

En la manifestación de comportamientos violentos en los adultos, Pittman (1990) señala que existen antecedentes de violencia experimentados durante la infancia; presentándose un efecto como de cascada, en donde el progenitor violento, quien de niño fue violentado, la ejerce en sus hijos, los cuales a su vez se convierten en perpetradores hacia otros niños o incluso hacia las mascotas. En relación a esta familia tanto él como ella, ejercía a su vez, violencia sobre Xóchitl; ésta última incluso empezaba a manifestar alteraciones en su comportamiento, en la primera sesión se mencionó, que se tenían sospechas de que tomaba dinero que no era de ella.

De acuerdo a este mismo autor, los niños en situación de violencia, suelen convertirse en el tipo de hijos que los padres desean, es decir, niños cariñosos, llenos de culpa y aferrados al progenitor con el propósito de protegerle; a futuro, suelen

involucrarse en relaciones en donde reproducirán este papel. Aunque en este caso no se tuvo oportunidad de conocer los antecedentes familiares de él, en la historia personal de ella, pudieron identificarse señales de maltrato infantil, consecuencia del abandono temprano de la madre y la custodia del padre alcohólico. Por su parte, la pequeña Xóchitl, se mostraba atenta a las demandas de su padre y de su hermano menor.

Por lo general, el perpetrador suele visualizarse como una víctima, ante el hecho de ser rechazado, evitado y criticado, en lugar de ser amado, servido y elogiado (Pittman, 1990), factor que pudiera dar una explicación ante el comportamiento de Edgardo, quien, en efecto, se situaba en el papel de víctima de su pareja, justificando con esto las medidas legales que tomó sin comunicárselas a ella; lo cual llevó a esta mujer, a vivir una “doble victimización” (Corsi, 1994), siendo víctima no solo del comportamiento de su pareja, sino de las instituciones sociales también, quienes a través de una trabajadora social, la investigaron para determinar su “culpabilidad” ante las autoridades.

Para la sesión número tres, él no llega a consulta y ella refiere haber experimentado un gran cambio en el comportamiento de su pareja, comprometiéndose a que las cosas cambiarían, de igual manera se alertó a la paciente en relación a que estos cambios repentinos pueden ser momentáneos, por lo que era preciso estar alerta, ya que en estos casos es muy frecuente que se experimenten las diversas fases del círculo de violencia (OMS, 2002), conociéndose ésta como la fase de la luna de miel.

Una llamada de emergencia por parte de ella, concretó la cuarta sesión, no había transcurrido ni una semana; como se pronosticó, el cambio no fue sostenido y su pareja le había pedido que se fuera de la casa, al finalizar esa sesión, a pesar de haberle presentado una panorámica general en relación a los casos de violencia (características controladoras del perpetrador, el ciclo de la violencia, etc.), ella decide que abandonará su empleo como él se lo pide, con la seguridad de que las cosas cambiarán.

Antes de que se concertara lo que sería la última sesión, la paciente llegó tarde a la cita, por lo cual no pudo llevarse a cabo, sin embargo hubo un elemento muy significativo, traía al niño ella sola. Dada la pugna manifestada en torno al infante fue sorprendente verla con él. Para la sesión de cierre, ella refirió que las cosas habían cambiado, una prueba contundente era la recuperación de la confianza por parte de su pareja, al grado tal que le permitía nuevamente poder tener a su hijo sin la mediación de él. Se mostraba más segura, fortalecida y sobre todo feliz. Con esto consideraba que había logrado sus objetivos al venir a consulta.

Ravazzola (2005), por su parte considera que “las personas testigo”, aquellas que rodean a la pareja en situación de violencia, tienen un gran potencial para lograr influir en la resolución de la problemática. En este contexto se encuentran inmersas las instituciones de apoyo tanto psicológico como legal, por citar algunas; de ahí la importancia de asistir a aquellas que están especializadas en este tipo de casos. La terapia, el Centro Comunitario y la asesoría legal que se le sugieren, se tornan en una **red de apoyo** a las que sabe puede requerir en caso de necesitarlo.

Este aspecto fue muy relevante en mi formación como terapeuta, dejando claro que lo que se debe tener presente es la voz del paciente, no lo que se considera que le convendría; para mí el hecho, implicaba que el hombre estaba tratando de atrapar nuevamente en su dominio a su esposa, aspecto característico en los casos de violencia complementaria, en los cuales el perpetrador pretende mantener la relación asimétrica (Perrone et al, 2000). Sin embargo, en el proceso personal de Mariana, esto significaba una reestructuración en su relación, lo que la hacía sentirse más segura y fortalecida.

1.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total

El trabajo en los **Centros Comunitarios “Dr. Guillermo Dávila” y “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”**, represento dos experiencias distintas en la práctica supervisada. En cuanto al **primer contexto** en donde se llevó a cabo el proceso del caso uno, cabe señalar que al inicio tanto mis compañeros como yo, estábamos en total desconocimiento del proceso para iniciar con nuestras consultas; puesto que nunca se nos informó cual era la dinámica de trabajo, ni siquiera los mismos docentes asignados para ese semestre lo hicieron. Por tal motivo, para mí un apoyo invaluable fue la organización con mis compañeros de grupo, ya que esto contribuyó a solventar muchas de las deficiencias en cuanto a los procesos que se desarrollan en el centro; facilitó enormemente la dinámica para el trabajo con los pacientes; ya que se estableció un sistema de trabajo, para la canalización y asignación de los mismos, el manejo del equipo en la cámaras de gesell, la obtención del interfón y la retroalimentación en sesión.

En relación al espacio, de pronto tuve algunas dificultades, por los pacientes que tenía de semestres anteriores, ya que lo que se pretendía era contactar nuevos consultantes, para que todos los compañeros cubrieran sus prácticas y en algunas ocasiones tuve que atenderlos en los cubículos, sin el equipo terapéutico. Sin embargo esto no representó una dificultad importante.

Fue con el equipo, lo que tal vez significó mayor problema, ya que pese a que se equipó con material nuevo a las cámaras, éste no era el adecuado para la actividad realizada en esta modalidad del espejo bidireccional. La falta de un sistema de audio que respondiera a las características de los espacios, interfería en ocasiones en el seguimiento que se daba detrás del espejo en la mayoría de los casos. Para mí esta situación representaba una doble dificultad, por la deficiencia auditiva que tengo, ya que había ocasiones en que no lograba entender nada de lo que se decía del otro lado del espejo y consecuentemente no podía retroalimentar al terapeuta en cuestión. En esta línea, aunque representó mucho más trabajo, fue muy útil hacer las transcripciones de cada una de las sesiones que se llevaron a cabo en algunas supervisiones.

Finalmente en relación a la retroalimentación con del equipo terapéutico y la supervisión, el acompañamiento que se tuvo por parte del docente en el primer modelo, fue muy significativo, ya que se dio en términos didácticos y formativos. La participación de mis compañeros, a su vez, me permitía tener un panorama mucho más rico en cuanto a las líneas de exploración e intervención. Este aspecto se complementó muy bien con el formato que desarrollamos para las retroalimentaciones, ya que de pronto era difícil poder tomar nota o recordar todo lo vertido después de las sesiones y por parte de cada uno de los demás.

La experiencia de la coterapia fue algo novedoso y formativo, ya que me permitió aprender a manejar otras voces y a moverme en planos distintos, es decir, aprender a llevar la batuta o a manejarme en un segundo término, siguiendo a quien llevaba la directiva. Hubo compañeros con los pude trabajar de una forma fluida y sin contratiempos, como con Anel, con quien compartí el primer caso reportado aquí; sin embargo hubo otras personas con las que me fue sumamente difícil, pese a que mantenía una excelente relación con ellas fuera de la terapia; supongo que esto tiene que ver con el estilo que cada uno maneja.

En relación al **Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”**, la forma de trabajó difirió en algunos aspectos. De este lugar me agradó mucho recibir la orientación de la responsable, la Mtra. Noemí Díaz, quien siempre se mostraba dispuesta para aclarar cualquier tipo de duda en relación al funcionamiento y procedimientos del Centro. Aquí los terapeutas eran quienes contactaban con los pacientes, lo cual permitía seleccionar aquellos casos en los que se estaba interesado, ya que se disponía de una lista de espera que contenía información general sobre cada solicitante. Para mí fue mucho mejor elegir aquellos casos con los que quería trabajar, porque eso me permitió un poco más de variedad, claro dentro de lo posible, porque en realidad había muchas más solicitudes de atención individualizada que familiar. En otras ocasiones, era la misma responsable del Centro quien, solicitaba apoyo para el tratamiento de algunos casos, de acuerdo a las características de los terapeutas; así

fue como contacté con la familia del segundo caso, lo cual resultó altamente favorecedor en mi formación, ya que no había tenido oportunidad de trabajar sola con ninguna familia.

En relación a los espacios, el sonido y la estrechez del lugar de pronto dificultaban el contacto con el equipo terapéutico; aunque en un segundo momento se tuvo oportunidad de cambiar de espacio, el cual era un poco más amplio y contaba con circuito cerrado. La mayoría de las ocasiones se contó con la retroalimentación de la supervisora únicamente ya que el resto del equipo estaba conformado por un grupo de formación en violencia, que no se animaban aún a participar como tal. En este sentido cabe destacar el gran apoyo otorgado por la supervisora, ya que su experiencia contribuyó a la adecuada conducción del caso permitiendo cerrarlo de manera satisfactoria. En relación a los demás pacientes tratados en este lugar, quiero comentar que al inicio fue un poco difícil, porque aquí no se tenía claro bajo que modelo se debía trabajar, todo era novedoso y difícil de conectar la teoría con la práctica, así que uno recurría a sus formas habituales de trabajo. Esta situación tuvo sus aspectos positivos, ya que los compañeros del equipo, hacían observaciones al respecto, dándome la posibilidad de corregir algunos elementos en mi forma de conducir las sesiones, como por ejemplo, dar más espacio al paciente para expresarse y ser menos directiva.

Tal vez un elemento irrelevante pero que de pronto se volvía tedioso, era la elaboración de los reportes mensuales sobre los pagos de las consultas, actividad que era desempeñada por los estudiantes y que desde un punto de vista muy particular, debiera ser una actividad desarrollada por la persona que otorga el apoyo administrativo en el lugar.

En general la experiencia obtenida, tanto en el funcionamiento de los espacios como en la posibilidad de ser retroalimentado en el ejercicio terapéutico, representó sumamente relevante en la formación como terapeuta tanto en la aplicación de la teoría como en la corrección de ciertas tendencias al momento de hacer terapia.

2. Habilidades de Investigación

2.1 Reportes de investigación

2.1.1. Investigación Cuantitativa

ESCALA DE ATMOSFERA EMOCIONAL

Almanza, Manuel; Barrios, Martha E.,
López, Linda y Moreno, Liliana

Resumen

Considerando que tanto la expresión, como la inhibición de las emociones tiene repercusiones en la salud del individuo y consecuentemente en la familia; la presente investigación tuvo como objetivo elaborar un instrumento que permitiera evaluar la permisividad y no permisividad de expresión emocional en la familia. Así como evaluar si existía relación entre la expresión de emociones en las familias con adolescentes y la presencia de enfermedades psicosomáticas en ellos. Participaron 300 estudiantes del nivel medio superior, de ambos sexos. Se elaboró una escala de autoreporte para evaluar la Atmósfera Emocional de una familia; después del piloteo, dos fases de jueces; así como de diferentes pruebas estadísticas las que fue sometida mediante el programa SPSS; quedó constituido finalmente por 19 reactivos, clasificados en dos factores: permisividad y no permisividad. Tras el análisis estadístico demostró tener validez concurrente al ser correlacionada con el factor Expresión Emocional, de la Escala de Evaluación de Relaciones Familiares (E.R.I.) y validez de criterio, al ser comparados los niveles de permisividad en grupos con enfermedades y sin enfermedades.

Según Lazarus (1991), las emociones no deberían ser estudiadas sólo como reacciones, ni ser consideradas según una estructura dimensional fija, sino observar cómo cambian de acuerdo al contexto, atendiendo factores como el proceso de generación de la emoción, la etapa en la que se encuentra la persona y las condiciones que influyen en su emoción.

Debido a la importancia de considerar a las emociones en un contexto, Hochschild (1979, citado en Lazarus, 1991) desarrolló el término “reglas de sentimientos” para enfatizar que las personas regulan la expresión externa de las emociones y tratan de sentir lo que se supone deben sentir en situaciones sociales. Las reglas de sentimientos regulan el estado emocional directamente al afectar cómo las personas evalúan la situación, que derivará en una expresión o inhibición de la

emoción. Las reglas de sentimientos pueden influir en la personalidad, ya que se internalizan y creemos que algo está mal cuando nuestras emociones no se conforman a lo que establecen las reglas. Sin embargo, esta presión social puede tener un efecto benéfico, ya que puede implicar un cambio de atención en la emoción generada por un problema, para que las personas puedan adaptarse a contextos y situaciones distintos. Ekman y Friesen (1969, citado en Hess y Kirouac, 2000) generaron el concepto de “reglas de expresión” para las normas de la expresión de emociones, que son permisivas y se han socializado en etapas tempranas de la vida. De este modo, en las situaciones interpersonales se generan reglas que dirigen la expresión verbal y no verbal de las emociones en las interacciones, y la violación de dichas reglas puede crear problemas en el proceso interaccional.

Cabe señalar que las contingencias asociadas a cierta expresión de emoción, favorecen la adherencia de una persona a la regla. Esto implica que de las consecuencias (ya sean castigos o reforzadores) que una persona obtenga al utilizar determinada emoción (positiva o negativa) en un contexto específico y que dicha emoción se exprese de una forma específica (verbal o no verbal, intensa o leve, etc.), se deriva el mantenimiento de la regla.

En los sistemas familiares saludables, las reglas tienden a ser explícitas y flexibles, mientras que en los sistemas disfuncionales, las reglas son implícitas, fijas y no negociables. Por otro lado, los desórdenes afectivos son el resultado de la expresión emocional inapropiada dentro de la familia.

La **atmósfera emocional** es el tono emocional general dentro de la familia. Puede ser el resultado de un estrés inmediato sobre la familia, pero si no se encuentra que cierto estresante ha provocado el tono emocional, la atmósfera puede ser el resultado de conflictos crónicos irresueltos y dificultades crónicas en la expresión emocional, que se pueden deber a una regla emocional compartida en la familia y que no es saludable (Wilkinson, 1998).

Dentro de cada familia, existen reglas familiares que favorecen o prohíben la expresión de emociones específicas (Wilkinson, 1998):

- a. Miedo. Se presenta como una anticipación negativa de un evento vital, e implica en la comunicación interpersonal, una petición de protección y cuidado. Si se prohíbe su expresión y se le concibe como un signo de debilidad, puede generar problemas psicosomáticos, conductas de evitación y fóbicas.

- b. Tristeza. Aparece en situaciones donde se responde a una pérdida, y comunica una petición para ser amado y reconfortado. Si se le prohíbe su expresión al ser considerada como un signo de locura, pueden aparecer signos conductuales de depresión.
- c. Enojo. Es una respuesta al dolor o a la frustración, que comunica una petición de ser escuchado y respetar la propia voluntad. Si el enojo se concibe como algo peligroso que no debe ser permitido, se puede generar ansiedad y depresión.
- d. Amor y sexualidad. Son respuestas al placer, que implican cercanía e intimidad. Si esto es considerado como un signo de lujuria u ociosidad, se pueden generar problemas sociales, sexuales y dificultades en el desarrollo de la intimidad.
- e. Felicidad. Es una respuesta al logro, que significa una petición de compañía, relajamiento y compartir. Si se le concibe como una tontería, se provocan inhibiciones sociales y dificultades para desarrollar intimidad.
- f. Entusiasmo. Es una anticipación positiva de un evento vital, que implica una invitación a la diversión y a la alegría. Si se le considera un signo de inmadurez o infantilidad, se pueden desencadenar moralidades rígidas, dificultades sexuales y prohibición de las actividades lúdicas.

Lazarus (1991) señala que existen dos vías por donde las emociones pueden generar enfermedades. En la vía directa, ciertas emociones provocan directamente una enfermedad, mientras que en la vía indirecta, la enfermedad es provocada indirectamente por los procesos inadecuados de evaluación y afrontamiento.

En la vía directa, las emociones provocan cambios neuroquímicos que afectan los tejidos, cuando las personas tienen una forma de respuesta intensa y prolongada a situaciones que se repiten en su vida diaria. Por otro lado, en la vía indirecta, se genera riesgo a la salud por la forma inadecuada y crónica de evaluar situaciones ambientales y afrontarlas por parte del individuo. En otro sentido, la evaluación de las situaciones y las formas de afrontamiento pueden derivar un sentimiento de bienestar personal, dependiendo de sus efectos sobre la relación persona-ambiente (Lazarus, 1991).

Cousins (1976, citado en Lazarus, 1991) propone que los estados emocionales felices son capaces de preservar la salud somática y curar la enfermedad, mientras que los estados emocionales estresantes o infelices son destructivos o promueven la

enfermedad. Lazarus (1991) señala que hace falta investigación para identificar los efectos somáticos de emociones específicas.

El valor del factor emocional en condiciones tales como hipertensión, úlceras, colitis, asma y enfermedades de la piel es ampliamente reconocido, los estudios clínicos del problema general se encuentran sobre las manifestaciones de enfermedad dentro del individuo pero omiten una consideración sistemática de las fuerzas ambientales, como la de la familia (Ackerman, 1974).

Objetivo

En la presente investigación, se estableció como objetivo general elaborar un instrumento confiable y válido que evalúe la permisividad o no permisividad de las emociones dentro del clima emocional de la familia, y utilizar los resultados de la aplicación de la escala para determinar si existe relación entre el grado en que se permite la expresión de emociones en las familias con adolescentes, con la presencia de enfermedades psicosomáticas.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 300 estudiantes de bachillerato de turno matutino y vespertino que participaron voluntariamente, con un rango de edad entre 15 y 25 años, aunque 292 oscilaban entre 15 y 18 años. El sesenta y cinco por ciento de la muestra fueron mujeres, mientras que el 35% eran hombres. Doscientos noventa y nueve eran solteros y sin hijos, y sólo 10 participantes reportaron tener un trabajo. El número de personas que vivían en casa osciló entre 1 y 18, con una media de 4.65 personas por hogar. La mayoría de los participantes pertenecía a una familia biparental, con el 72.7% de la muestra; el 11.3% pertenecía a una familia monoparental y el 16% restante pertenecía a familias extensas o reconstituidas.

Instrumentos

Se elaboró una escala de autorreporte que evalúa la Atmósfera Emocional de una familia, basada en la idea de que las creencias y las reglas que surgen a partir de ellas, regulan la expresión emocional sus miembros. Dicha escala consta de 19 reactivos que estiman el grado en que una familia permite o no permite la expresión de emociones. Los reactivos se califican de acuerdo a una escala que va de 1 "Nunca" a 5 "Siempre" (Ver Anexo I, pág. 173).

Para la validación concurrente de la escala de Atmósfera Emocional, se utilizó el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.F.), desarrollada por Rivera (1999). Dicho factor consta de 22 reactivos que se califican de acuerdo a una escala que va de 5 “*Totalmente de acuerdo*” a 1 “*Totalmente en desacuerdo*” (ver Anexo II, pág. 175).

Se elaboró un cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia para obtener la validez del criterio, en el supuesto de que los adolescentes donde sus familias permitieran mayor expresión emocional, tendrían menos enfermedades dermatológicas y digestivas, o se reduciría la presencia de enfermedades dermatológicas o digestivas. El cuestionario consta de 11 preguntas con dos opciones de respuesta (“sí” y “no”), donde se inquiriere sobre la presencia de acné, ronchas, herpes, asma, alergia, problemas de alimentación, gastritis y problemas de excreción, durante los últimos 2 años (ver Anexo III, pág. 176).

Procedimiento

Piloteo

Se aplicó una primera versión de la Escala de Atmósfera Emocional con 70 reactivos, a jóvenes adolescentes y padres de familia. Se les pidió que leyeran con atención cada reactivo, contestando de acuerdo a las categorías de respuesta posible, que más se asemejara a lo que sucedía en su familia actual. Así mismo se solicitó que fueran señalados los reactivos que no fuesen claros para ellos. Posteriormente se llevó a cabo una entrevista con cada participante, con el fin de identificar los reactivos que generaron confusión.

Al principio se estableció un criterio de eliminación de los reactivos que tuvieran a partir del 60% de las respuestas en una de las opciones, por lo que se eliminaron 30 reactivos para llevar a cabo un primer jueceo. En otro momento de la investigación, la docente que supervisa el proceso nos señaló que aumentáramos el criterio para eliminar los reactivos que tuvieran a partir del 70% de las respuestas, por lo que se utilizaron nueve reactivos previamente eliminados, para el segundo jueceo.

Con base a un análisis cualitativo se hizo una reformulación de las categorías a evaluar, de la clasificación por emociones (tristeza, enojo, alegría, amor y miedo), se decidió valorar sólo dos dimensiones, que fueron: permisividad de la expresión de la emoción y no permisividad de la expresión de la emoción. Posteriormente, se modificó la redacción de los reactivos que eran confusos, encaminada a la evaluación de las dimensiones antes mencionadas, para poder realizar el jueceo.

Jueceo

Para que la escala tuviera validez de constructo, se llevó a cabo una fase de jueces que tuvo dos etapas. Mediante la técnica de Q-SORT, se realizaron tarjetas para cada reactivo, y los jueces tenían que clasificarlas de acuerdo con dos categorías: 1) se permite la expresión de emociones y 2) no se permite la expresión de emociones.

La primera etapa se realizó con un grupo de 14 Licenciados en Psicología, algunos pertenecientes al Centro de Orientación para Adolescentes, otros al Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 13, y algunos egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Pedagógica Nacional. En este jueceo se utilizaron 40 reactivos, tras haber sido eliminados 30 reactivos del piloteo por el criterio de exclusión (eliminación de los reactivos donde hubiera 60% o más en una opción de respuesta). De acuerdo a nuestro criterio de exclusión, se eliminaron los reactivos que no alcanzaron el 70% de coincidencia entre los jueces respecto a que dimensión pertenecía cada reactivo. La escala se concluyó con 33 reactivos, siendo excluidos 7 al término del proceso de jueceo.

La segunda etapa del jueceo, se realizó con expertos en terapia familiar, docentes de la U.N.A.M. con niveles de maestría y doctorado. El criterio para la eliminación de los reactivos fue suprimir el reactivo que tenga menos del 80% de coincidencia entre los jueces respecto a que dimensión pertenecía cada reactivo. Para este jueceo se utilizaron 42 reactivos, puesto que a los 33 reactivos del primer jueceo se le agregaron nueve reactivos que habían sido eliminados en un primer momento durante el piloteo, pero que eran útiles tras haber cambiado el criterio de exclusión del piloteo a los reactivos que tuvieran el 70% o más de las respuestas en una opción. Como resultado de este segundo jueceo, se eliminaron 4 reactivos, por lo que se utilizarían 38 para la etapa de aplicación del instrumento.

Aplicación

La versión de la Escala de Atmósfera Emocional con 38 reactivos se aplicó a 300 adolescentes de bachillerato. Junto con el instrumento se les pidió también que contestaran los reactivos pertenecientes al factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.), y también se les aplicó el cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia para evaluar la presencia de enfermedades psicosomáticas.

Análisis Estadístico

Después de la aplicación del instrumento a los 300 adolescentes, se inició el proceso de análisis estadístico mediante el programa SPSS. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y pruebas *t* para apreciar qué reactivos discriminaban; la prueba *K-S* para

verificar si la distribución de los reactivos era normal; análisis factorial con rotación ortogonal para revisar la estructura de la escala; análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de la prueba; pruebas *t* para encontrar diferencias entre los grupos del criterio a partir del cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia; y la correlación de Pearson para ver si se correlacionaba la escala con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.).

Resultados

En una primera etapa, se obtuvieron las frecuencias para las respuestas de los reactivos, y no se encontró alguno que pasara del 80% de las respuestas en una opción, lo que se eligió como criterio de eliminación de reactivos. Luego se obtuvo el valor de la asimetría para saber si las distribuciones de las respuestas de los reactivos se parecían a la distribución normal, y se eliminaron ocho reactivos que no estuvieran en el rango de +1 a -1, que se determinó como segundo criterio de exclusión.

Posteriormente, se sumaron los puntajes de los sujetos tras haber eliminado los ocho reactivos y se determinaron los percentiles 27 y 73, que se ubicaron en los puntajes 99 y 117, respectivamente. A partir de éstos, se crearon dos grupos extremos, que se compararon mediante una *t* de muestras independientes, para ver si había diferencia entre las medias de las respuestas a los reactivos. Mediante este procedimiento se eliminaron tres reactivos cuya diferencia entre las medias no fue significativa, y por lo tanto, no discriminaban. Tras haberse eliminado once reactivos mediante estos procesos, la escala se quedó con 27 reactivos.

Después se sumaron los puntajes de los participantes con una escala de 27 y se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para ver si la distribución de la escala era normal. Se obtuvo una $Z = 1.575$, $p < .05$, por lo que la distribución no es normal.

Debido a que no se obtuvo una distribución normal de las respuestas a la escala mediante los criterios del primer análisis estadístico, se realizó una segunda etapa con cambios en los criterios. Al realizar el análisis de frecuencias, se cambió el criterio de eliminar aquellos reactivos que tuvieran a partir del 80% de las respuestas en una sola opción, por el nuevo criterio de exclusión donde se eliminaron los reactivos en que dos opciones de respuesta no pasaran del 10% de las respuestas. Mediante este proceso se eliminaron 18 reactivos, que en la gran mayoría se encontraban entre las opciones de “nunca” y “casi nunca”. Tras haberse quedado la escala con 20 reactivos, se consideró que no era necesario eliminar más reactivos a partir de la asimetría.

Después se sumaron los puntajes de la escala con 20 reactivos y se obtuvieron los percentiles 27 y 73, que correspondieron a los puntajes 62 y 74, respectivamente. Como en la etapa anterior, se utilizaron los percentiles para crear dos grupos extremos, con los cuales se hizo otra prueba *t* de muestras independientes, para ver si diferían las medias de sus puntajes en cada reactivo. A partir de *t*, se eliminó un solo reactivo, que tuvo $t = -1.376$, $p = .171$, y que por lo tanto, no discriminaba en la permisividad de la expresión emocional.

Luego se sumaron los puntajes de los participantes con una escala de 19 reactivos y se realizó de nuevo la prueba Kolmogorov-Smirnov para ver si la distribución de la escala era normal. Se obtuvo una $Z = 1.152$, $p = .141$, lo cual señala que la distribución es normal.

Como mediante la segunda etapa del análisis estadístico se obtuvo una distribución normal para los puntajes de la escala, se realizó un análisis factorial de rotación varimax con los 19 reactivos restantes. Se obtuvo una KMO de .867, que señala que la distribución es una curva normal; se encontraron comunalidades que iban desde .426 a .739; y se encontraron dos dimensiones que explicaban el 27% de la varianza. El criterio de exclusión fue que un reactivo fuera menor a .300, el cual fue rebasado por todos los reactivos. Se establecieron dos factores: Permisividad de la Expresión Emocional, con once reactivos; y No Permisividad de la Expresión Emocional, con ocho reactivos.

Los resultados de los análisis de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach, indican que el Factor de Permisividad presentó una $\alpha=0.8669$, el Factor de Permisividad obtuvo una $\alpha=0.5151$, y la Escala Total obtuvo una $\alpha=0.8125$. Esto indica que tanto el Factor de Permisividad como la Escala Total tienen niveles altos de confiabilidad, mientras que el Factor de No Permisividad no tiene un nivel de confiabilidad aceptable.

Posteriormente se realizaron diversas pruebas *t* de muestras independientes para obtener la validez de criterio de la escala, mediante la creación de diversos grupos a partir del Cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia, con la hipótesis de que aquellos participantes que reportaran una mayor Permisividad en la Expresión Emocional, desarrollarían menos enfermedades psicosomáticas (dermatológicas y gastrointestinales) o su prevalencia sería menor en estos grupos. En la Tabla siguiente aparecen los resultados de las pruebas *t* para el factor de Permisividad de la Expresión Emocional.

Tabla 8.- Pruebas t para el factor de Permisividad de acuerdo al criterio de enfermedades psicosomáticas

No. criterio	Grupos	N	X	DS	t	gl	Sig.
1	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	1.921	111.473	.057
	Con enfermedades	238	37.71	8.63			
2	De 0-3 enfermedades	268	38.47	8.15	2.010	298	.045
	De cuatro enfermedades en adelante	32	35.34	9.51			
3	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	2.351	134.511	.020
	Con más de dos enfermedades	76	36.46	9.30			
4	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	2.373	46.786	.022
	Con más de tres enfermedades	31	35.13	9.59			
5	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	3.482	146.276	.001
	Con problemas de alimentación	89	35.12	9.20			
6	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	2.054	142.031	.042
	Con enfermedades gastrointestinales	154	37.36	9.10			
7	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	2.239	73.513	.028
	Con estreñimiento	43	35.95	9.39			
8	Sin enfermedades	61	39.74	7.01	2.002	147.415	.047
	Con gastritis y con ronchas	125	37.74	8.90			
9	Con alergias	112	39.31	8.25	1.900	297	.058
	Sin alergias	187	37.42	8.37			
10	Problemas de alimentación	89	35.12	9.20	-3.864	141.580	.000
	Sin problemas de alimentación	211	39.40	7.63			

En la Tabla mostrada a continuación aparecen las pruebas t para la escala Total de Atmósfera Emocional, de acuerdo a los grupos criterio establecidos mediante el cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia, que se enfocaba a problemas gastrointestinales y dermatológicos.

Tabla 8. Pruebas t para la Escala Total de acuerdo al criterio de Enfermedades Psicosomáticas

No. de criterio	Grupos	N	X	DS	t	gl	Sig.
1	De 0-3 enfermedades	268	66.24	10.27	2.103	36.389	.042
	De 4 enfermedades en adelante	32	61.50	12.25			
2	Sin enfermedades	61	67.62	8.17	2.315	128.892	.022
	Con más de 2 enfermedades	76	63.45	12.81			
3	Sin enfermedades	61	67.62	8.17	2.473	43.512	.017
	Con más de 3 enfermedades	31	61.52	12.45			
4	Con alergias	112	67.40	10.55	2.130	297	.034
	Sin alergias	187	64.72	10.52			

5	Sin enfermedades	61	67.72	8.17	2.194	70.160	.032
	Con estreñimiento	43	63.09	11.67			
6	Sin enfermedades	61	67.62	8.17	3.394	147.999	.001
	Con problemas de alimentación	89	62.06	11.92			

El último análisis realizado fue la Correlación de Pearson entre el Factor de Permisividad y la Escala Total con el Factor de Expresión Emocional de la Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.), para determinar la validez concurrente, bajo el criterio de convergencia. El Factor de Permisividad obtuvo una correlación de .760 y la Escala Total de .741, lo cual implica que ambos tuvieron una correlación positiva alta con el factor de Expresión Emocional de la Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.).

Discusión

En esta investigación se desarrolló una Escala de Atmósfera Emocional, que consiste en una prueba de autorreporte que mide en adolescentes el grado en que en su familia se permite la expresión emocional. Se basó en una teoría que señala que en las familias existen reglas que prohíben o permiten la expresión de emociones específicas. Sin embargo, decidimos aproximarnos al problema midiendo el tono emocional general de la familia, en vez de realizar reactivos que midieran la prohibición o permisividad de una emoción específica. Al principio elaboramos reactivos acerca de las creencias y las reglas (que se basan en las creencias) de emociones específicas, pero conforme se eliminaron reactivos a través del piloteo y el jueceo, consideramos que era más conveniente considerar reglas y creencias generales, respecto a emociones positivas y negativas.

Debido a que en un primer proceso de análisis estadístico no se encontró una distribución normal de la respuesta a la escala, se utilizó un criterio donde se eliminaran los reactivos donde hubiera un número mínimo de respuestas en dos opciones, que en su mayoría correspondieron a “nunca” y “casi nunca”. Esto se realizó debido a que la tendencia de la curva se dirigía a puntajes altos, lo cual probablemente se deba al nivel de desarrollo de la población estudiada, que la mayoría de ellos pertenecían a contextos con familias biparentales y no sufrían el estrés de tener un trabajo además de estudiar.

El análisis factorial arrojó dos dimensiones, que concuerdan con nuestra teoría. El primer factor se denominó como Permisividad, mientras que el segundo fue el de No Permisividad, de la expresión emocional en la familia. El factor de No Permisividad resultó no confiable, y cabe señalar que dos reactivos que pertenecían teóricamente al factor de No Permisividad, permanecieron en el factor de Permisividad, con una

correlación negativa. La presencia de estos dos reactivos en el factor que no esperábamos y la baja consistencia interna del factor de No Permisividad pueden deberse a la existencia de reactivos que fueron formulados en términos negativos, lo cual pudo causar confusión y alterar la respuesta de los participantes.

La Escala de Atmósfera Emocional demostró tener validez concurrente debido a las altas correlaciones del factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.). La escala también demostró tener validez de criterio, ya que pudo predecir mayores niveles de permisividad en la expresión de emociones, tanto en el factor de Permisividad como en la Escala Total, al comparar grupos de participantes sin enfermedades, con diversos grupos que tenían problemas de alimentación, enfermedades gastrointestinales y dermatológicas, alergias, además de contar con más de dos enfermedades. También cabe recordar que no se encontraron diferencias en la atmósfera emocional, respecto al sexo, edad, tipo y tamaño de la familia. Esto parece contradecir el hecho de que las mujeres son más expresivas que los hombres y que en las familias monoparentales existe una menor expresión emocional, lo cual puede deberse a un patrón general de respuesta a la prueba, a que la expresividad puede ser similar en la adolescencia en este tipo de población, o que la expresión emocional no depende de cómo está conformada la familia, sino de las relaciones entre sus individuos.

Entre las recomendaciones para la Escala de Atmósfera Emocional se encuentran la necesidad de utilizarla con otro tipo de población, mejorar la redacción de los reactivos (especialmente de aquellos donde aparecen términos negativos), determinar si los reactivos se mantendrán en el nivel de las creencias o en el de las reglas familiares, modificar las categorías en las opciones de respuesta, analizar si es conveniente reducir las opciones de respuesta, y utilizar otra medida más confiable para la determinación de las enfermedades psicosomáticas, como puede ser el trabajar con poblaciones clínicas.

Un último aspecto que cabe señalar es que la escala tiene una tendencia a evaluar las emociones que pueden ser consideradas como positivas en una familia, por lo que también sería conveniente desarrollar más reactivos que se enfoquen en las emociones negativas. Además, se requiere un debate metodológico acerca de la validez de una escala de autorreporte para medir el comportamiento de una familia, por lo que se sugiere utilizarla como forma de diagnóstico de una familia, comparando las diferencias percibidas por sus miembros y observando cuáles miembros de la familia comparten la percepción de la familia, lo cual puede brindar información acerca de alianzas y coaliciones dentro del sistema familiar.

2.1.2. Investigación Cualitativa

PREVENCIÓN DE RELACIONES DE NOVIAZGO VIOLENTAS EN LA ADOLESCENCIA

Barrios, Martha E. y Delgado, Fania E.

Resumen

La presente investigación está basada en la metodología cualitativa, cuyo objetivo fue identificar los elementos que favorecen el desarrollo de habilidades para establecer relaciones de noviazgo libres de violencia. Se trabajó con 90 estudiantes de nivel medio superior, entre los 14 y 18 años de edad. Se formaron dos grupos focales, se elaboró un cuestionario para auto aplicación y finalmente se realizaron cuatro entrevistas a profundidad. De las cinco categorías de relaciones de pareja obtenidas, se observó que algunas contribuyen a que la violencia no se detecte. Entre los resultados se encontró que la familia funge como agente modelador de relaciones sin violencia y como regulador en el proceso de elección de pareja; que las campañas de prevención deben manejar el enfoque de género e involucrar al grupo de pares con experiencia en este tipo de relaciones; que la escuela requiere incluir curricularmente las materias que abordan este tipo de problemáticas, con la particularidad de que en ellas se propicie la reflexión-acción para favorecer el cambio; organización de actividades que involucren a padres e hijos simultáneamente, sin que se haga referencia al término violencia inicialmente, ya que esto favorece que quienes se encuentran involucrados en este tipo de relaciones, rompan el secreto y aislamiento característico en ellas.

En nuestros días las familias, órgano vital de las organizaciones humanas, enfrentan problemas de violencia intrafamiliar; quizá la más grave, la más callada, la menos denunciada y por ende, la menos castigada. Mujeres y niños son las víctimas por excelencia. A pesar de existir en la actualidad espacios gubernamentales y privados que brindan asesoría, orientación y capacitación integral a las mujeres; las tendencias apuntan a que en un futuro la demanda de éstos servicios serán de las principales presiones para los Sistemas de Salud. Se entiende por violencia, el uso o amenaza de uso de la fuerza física o psicológica, con intención de hacer daño de manera recurrente y como una forma de resolver los conflictos. Para determinar las raíces de la violencia se ha hecho uso del un modelo ecológico, el cual explora la relación entre los factores individuales y contextuales, considerando a la violencia como producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento. Dichos niveles comprenden: el individual (biológicos e historia personal), el relacional (relaciones sociales cercanas: familia, pareja, amigos), comunal (contextos: escuela, trabajo, comunidad) y social (normas culturales, actitudes, creencias) (OMS, 2002).

Las relaciones interpersonales, especialmente las relaciones de pareja, representan nidos íntimos para el desarrollo de violencia sexual, física, psicológica, económica y social entre otras; desvirtuando el vínculo afectivo y la cercanía física. Navarro et al (2000), proponen concebir la violencia en pareja como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima-romántica actual o anterior, el cual causa daño, físico, psíquico o sexual a uno o ambos miembros de la relación. Este comportamiento incluye, agresiones físicas, maltrato psicológico, relaciones sexuales forzadas y diversos comportamientos dominantes, después de todo, el objeto de la violencia al interior de la pareja es ganar el poder y control sobre la otra persona.

Recientes investigaciones (OMS, 2002) reconocen que las relaciones violentas de pareja en muchas ocasiones se instauran desde el noviazgo, donde el grado de compromiso explícito no es el más fuerte, pero sí el más intenso, que puede concluir en un matrimonio con pobre pronóstico de bienestar incluyendo a miembros futuros. Sin embargo, se descubrió que la violencia **en el caso de los noviazgos juveniles** estaba **invisibilizada**, a pesar de estar en relaciones violentas, las y los jóvenes no lograban identificarlo, debido a que en función del amor, habían aprendido una serie de premisas que validaban dicha violencia. Estudios internacionales muestran que el abuso físico o sexual forma parte de una de cada tres relaciones en las escuelas preparatorias y que aunque en un 95% de las relaciones abusivas, los hombres abusan de las mujeres, las jovencitas pueden ser violentas y los jovencitos pueden ser víctimas también. La población homosexual adolescentes corren el mismo riesgo de sufrir abuso en sus relaciones (OMS, 2002)

Otro aspecto relevante es el contexto, pues a diferencia de la violencia en parejas adultas donde el hogar es por excelencia el escenario donde se ejerce y oculta, en el noviazgo adolescente se desplaza a espacios como la escuela, en donde se presentan condiciones específicas que pueden favorecer el trabajo preventivo. Estudios en la última década han indicado el importante potencial del acercamiento de la escuela a la salud a través del programa “Escuelas promotoras de la salud” o en Estados Unidos “Escuela saludable coordinada”, que provee de prometedoras estrategias estructurales que pretenden como resultado el logro de una “alfabetización sanitaria” que consta de 3 niveles jerárquicos, según St Leger (2001):

- ☞ Básica/funcional (Posesión de información)
- ☞ Comunicación/interactiva (Desarrollo de técnicas personales)
- ☞ Alfabetización crítica (Empoderamiento personal y comunitario)

En nuestro país y específicamente en el Distrito Federal, existe un programa a nivel preventivo llamado “Amor es sin violencia”, promovido por la Secretaría de Desarrollo Social a través del Instituto Nacional de las Mujeres (INM, 2002) dicho programa se materializa en un taller que lleva el mismo nombre, el cual tiene como propósito generar espacios para que las y los jóvenes sean sensibilizados, reflexionen y accedan al análisis de sus propias experiencias, mediante los contenidos y temas propuestos por un manual, a fin de incidir en una mejor calidad de vida libre de violencia. Es de reconocer el avance que en medidas de salud pública representa, no obstante, se considera que un programa de intervención de dicha naturaleza merece y necesita ampliar su campo de acción, así como intensificar su nivel de intervención, dadas las exigencias de las condiciones actuales de la comunidad en el tema específico de la violencia intrafamiliar y de pareja.

Objetivo

- ☞ Identificar los elementos que propician el desarrollo de habilidades para el establecimiento de relaciones de noviazgo libres de violencia en adolescentes.

Metodología

Participantes

La investigación se realizó con chicos y chicas entre los 14 y los 18 años de edad, actualmente activos escolarmente en el nivel medio superior de educación pública, alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológico No. 13 “Ricardo Flores Magón” (CECyT-13 perteneciente al Instituto Politécnico Nacional. Así como de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 “José Vasconcelos”, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México. Participaron a lo largo del proceso un total de 90 estudiantes, de los cuales 41 fueron mujeres y 49 hombres.

Técnicas e Instrumentos

Se trabajó con dos **grupos focales**, el primero integrado por 16 estudiantes y el segundo por 34, en éste último se realizaron algunas adaptaciones, mismas que se describen en el procedimiento. Los entrevistadores desempeñaron el rol de moderador y se fomentó la discusión.

Fue elaborado un **Cuestionario Autoaplicado** (Anexo IV, pág 177.), conformado por 11 reactivos, en donde se enlaza la categorización de los tipos de relación de pareja que manejan los adolescentes y el tema específico de la violencia en dichas relaciones. Este fue aplicado a un total de 36 estudiantes.

Finalmente se llevaron a cabo cuatro **Entrevistas a Profundidad**, esta constituye un esfuerzo de “inmersión” del entrevistador frente “a” o en colaboración “con”, el entrevistado que asiste activamente en este ejercicio. Para su adecuado desarrollo se contaba con una guía general de áreas a tratar (Anexo V, pág. 179).

Procedimiento

Se llevaron a cabo algunas aproximaciones informales con algunos jóvenes respecto al tema a tratar, con lo que se detectó que entre ellos, hacen una distinción entre diferentes tipos de relaciones de pareja que no pueden ser agrupadas bajo la categoría de noviazgo. Con el propósito de definir las, se realizaron dos grupos focales con alumnos de quinto semestre. El primero, estuvo integrado por 3 mujeres y 13 hombres de edad promedio de 15.9 años. El segundo por 15 hombres y 19 mujeres con una edad promedio de 16 años. El método que debió ser adaptado a las condiciones de muestreo dentro del espacio y horario de clases. Específicamente en el segundo grupo, debido al exceso de participantes, se organizaron subgrupos, los cuales eligieron un representante, y fueron éstos quienes conformaron finalmente el grupo focal, siendo los responsables de transmitir las aportaciones de sus respectivos subgrupos al grupo de representantes.

Posteriormente se aplicó un cuestionario a un grupo de tercer semestre con 36 alumnos, de los cuales 19 eran hombres y 17 mujeres. Mediante el cual se pretendió establecer la conexión entre los tipos de relación de pareja y la violencia.

Finalmente se realizaron cuatro entrevistas a profundidad con el propósito de obtener información más específica, ya que se descubrió que para los adolescentes el término “insatisfactorio”, no establecía ningún nexo con violento; por tal motivo, se elaboró una guía de entrevista en donde se fue abordando de manera gradual el tema, llevando al entrevistado de la concepción de las relaciones insatisfactorias, a las dañinas, las peligrosas, para finalmente hablar de violencia, en específico. Se buscó respetar las especificidades del método, como es el conducir un proceso social de interacción, un proceso técnico de recolección de información y el proceso de registro de la misma; esto último mediante grabadoras de audio.

Se entrevistó a dos alumnos del CECYT No. 13, del I.P.N., una chica de 17 años y un chico de 18. Los otros dos jóvenes pertenecían a la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 de la UNAM, la chica de 17 años de edad y el varón de 18. Las dos chicas refirieron tener antecedentes de violencia en su familia, directamente con sus padres. Todos habían tenido conocimiento de relaciones de pareja con interacciones violentas en chicos de su edad, sin embargo, estas no fueron experimentadas personalmente.

Resultados

El grupo focal resultó efectivo en la medida que estimuló en los participantes, recuerdos, sentimientos y actitudes, permitiendo obtener información cualitativa nutrida acerca de sus percepciones, opiniones y actitudes subyacentes frente al tema de las diversas relaciones de pareja que tienen lugar en la adolescencia, así como sobre patrones de comportamiento que se presentan en las mismas. Permitted familiarise con el “lenguaje” propio de los entrevistados, lo que ayudó en la selección de las palabras a emplear en las preguntas. De estos grupos surgieron áreas a cubrir en las futuras entrevistas y cuestionarios (Basch, 1987; Folch-Lyon, 1981; y Scheerer, 1981; citados en Tarrés, 2001). Las categorías de relaciones de pareja manejadas por los estudiantes fueron las siguientes:

Noviazgo.- Definido como una relación exclusiva de dos (en algunos casos se especifica, que de sexos opuestos), entre quienes se conocen previamente, que mantienen contacto diario o muy frecuente, en donde existe compromiso y lazos sentimentales y emocionales intensos, experimentados, respetados y valorados por ambos integrantes de la pareja. El noviazgo implica la disposición a compartir, tiempo, experiencias pasadas y experiencias presentes con la intención de que la pareja se conozca “a profundidad”, por lo que la compatibilidad de los ideales, gustos y aficiones se torna un elemento trascendental para la selección de pareja; el cumplimiento de los requerimientos antes enunciados requieren ser evidenciados con “demostraciones amorosas” que permitan a ambos miembros de la pareja constatar la naturaleza de la misma. Dentro del noviazgo se hacen algunas distinciones no representa cada una y por sí misma una categoría por no ser mencionadas significativamente, el noviazgo “formal”, el “informal” y el cyber-noviazgo.

Amigovios.- Hace referencia a aquella relación de pareja no explicitada, que es entablada (en ocasiones por soledad) con alguien con quien inicialmente se mantenía una relación de amistad, lo que implica que en ellas exista cierto “grado” de afecto. La relación incluye “privilegios de novios”, lo que comprende besarse, abrazarse, acariciarse y tocarse, etc; sin que con ello se establezca ningún tipo de obligación o compromiso, incluso la relación suele ser mantenida en secreto. Al igual que en el noviazgo, la pareja mantiene contacto diariamente o con mucha frecuencia. Aunque algunas personas señalaron que inicialmente eran divertidas, finalmente terminaban generando confusión, sobre todo para aquellas personas con tendencia a involucrarse demasiado. Dentro de esta categoría han sido incluidas también los “amigos con derecho” y los llamados “amigos cariñosos”, puesto que tales términos fueron descritos como sinónimos.

Free.- Esta relación puede establecerse entre personas conocidas o que acaban de conocerse, quienes conviven por lapsos de tiempo muy cortos, no está definida la frecuencia con la que se ven; no implica una relación previa de ningún tipo, lazo afectivo, compromiso o fidelidad; se busca básicamente experimentar, divertirse y placer físico.

Faje.- Es un término empleado tanto para definir una relación como un tipo de juego sexual presente en cualquier tipo de relación. Hace referencia a una interacción sostenida tanto entre personas conocidas como desconocidas, quienes se ven con poca frecuencia o incluso en una única ocasión; se halla netamente basada en la atracción y la satisfacción física sin llegar al acto sexual en sí, lo que comprende besos y caricias en todo el cuerpo. Como relación no implica ningún tipo de compromiso, convivencia previa o lazo

afectivo; incluso suele ser mantenida en secreto. Usualmente el faje tiene lugar en fiestas, antros o situaciones similares.

Caldo.- Es referida con gran similitud con la categoría anterior, diferenciándose en que se establece entre desconocidos y el contacto es solo por unas horas, el "grado de intensidad" de las caricias es menor y puede ser tanto pública como secreta.

Se sugiere que las interacciones violentas en la pareja adolescente no son exclusivas de las relaciones de noviazgo, y que las otras categorías halladas pueden albergar también un riesgo, aunque quizá en medida diferente; un factor relevante en ellas, lo constituye el grado de compromiso, ya que en aquellas relaciones donde se experimenta en menor grado se permiten conductas que violentan emocionalmente a uno o ambos miembros de la pareja. Por lo que se considera que la referencia a dichas categorías resulta un elemento a considerar para la prevención.

Con base a los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario se definieron como características de las **relaciones satisfactorias**, el involucramiento y la demostración de sentimientos, en donde exista el compromiso, situaciones que se dan cuando se hace una elección correcta de la pareja y se tienen claros los objetivos con respecto a la relación, la cual debe estar sustentada en la confianza, la sinceridad y el respeto; para ello es importante tener una alta autoestima.

Las **relaciones insatisfactorias**, fueron caracterizadas como faltas de involucramiento de sentimientos, y cuando se presentan sólo uno de los involucrados lo toma en serio; se considera que en ellas solo se pretende la satisfacción física. No hay compromiso y se entabla una comunicación deficiente, por tal motivo es frecuente que se experimente cierto grado de alejamiento, lo que da pauta a la aparición de los celos e incluso de la violencia. Esta última característica de las relaciones insatisfactorias fue mencionada por muy pocas personas, particularmente mujeres, tal vez esto se deba a que se encuentran más sensibilizadas al respecto, ya que regularmente es a quienes van dirigidas las campañas informativas y de prevención, que se realizan a niveles masivos.

Desde la perspectiva de los adolescentes, lo **que mantiene** a las personas en las relaciones insatisfactorias, es miedo a la soledad, el deseo, la costumbre, la necesidad de ser aceptado socialmente, la baja autoestima, la esperanza de que la relación mejore o incluso por algún tipo de amenaza por parte de la pareja

De manera implícita fueron identificados varios aspectos que los jóvenes identificaban como puntos débiles, de las personas que se involucraban en las relaciones violentas y a los cuales atribuían su dificultad para abandonar la relación o el

hecho de permanecer en ella. La **familia disfuncional**, con padres preocupados por sus propios problemas; la **falta de socialización**; el **contexto**, en el que se desenvuelven; el **tipo de relación de pareja** que se establece, (relaciones sin compromiso como amigovios, frees).

También hicieron referencia a aquellos elementos que consideraron como importantes para la prevención, en relación al tema. Entre ellos se mencionaron la **comunicación**, como medio para **aclara**r los propios **sentimientos** y **plantearlos** al otro, además para **generar conciencia** en cuanto a los inconvenientes de este tipo de relaciones y como recurso para **romper el secreto**, autoimpuesto por la persona abusada; sin embargo debe darse en términos de una **relación de iguales** con las personas en situación de violencia; los **adultos** constituyen un buen **recurso**, pero con esta peculiaridad en su contacto con el otro, aunque son a **los amigos** a las personas a las que más **escucharían**. La **autoestima**, fue otro factor considerado como protector, mismo que señalaban como elemento de fortalecimiento inicial, para apoyar a las personas en situación de violencia. Así mismo se mencionó que este factor, permite a las personas fluir dentro de la relación de una manera mucho más relajada, expresar sus sentimientos y necesidades, establecer límites, etc.

Fueron detectados varios **mitos y creencias**, comúnmente manejados por la población en relación al tema. No asumir la problemática como algo que en verdad pudiese sucederles ("**a mi no me va a pasar**"); la creencia de que "**el amor está ausente en las relaciones violentas**"; el mito fundamentado en distintos **niveles de amor** en donde el que **ama más** se encuentra en una posición **vulnerable**; y finalmente, el pensar que la **información es suficiente para prevenir la violencia**.

Conclusiones

Entre los aspectos más relevantes, conforme a lo expuesto por los adolescentes, se puede observar que en efecto se encuentran expuestos a involucrarse en relaciones violentas, situación que se ve invisibilizada con base a la connotación que le dan a las distintas categorías de relación que entablan. Parece ser que a menor compromiso, mayor es el riesgo de experimentar o ejercer violencia a la pareja.

A diferencia de lo que pudiera pensarse, debido a la etapa de vida en la que se encuentran, en donde inicia el desprendimiento del núcleo familiar; fue sorprendente que los estudiantes consideraran a la familia como el apoyo más significativo y en condiciones reales de poder proporcionarlo.

Por último, es de llamar la atención, que pese a los esfuerzos realizados por las instituciones educativas, éstas no funjan como alternativas a las que se recurra para solicitar ayuda o información en éstos casos.

Propuestas para Intervención Preventiva

1. Resulta necesario concientizar e involucrar a la familia desde la escuela, sobre la importancia que tiene, primero que entre los mismos padres se establezcan relaciones de pareja sin violencia y segundo, que acompañen a sus hijos en este proceso de elección de pareja y establecimiento de relaciones saludables de noviazgo.
2. Campañas de prevención basadas en la perspectiva de género, involucrando a los jóvenes con experiencia de adecuada resolución de situaciones de violencia intrafamiliar o de pareja, o aquellos que se muestren resilientes ante situaciones relacionalmente difíciles, para actuar como monitores. Como adultos, entablar relaciones de iguales con los adolescentes, generar confianza y proporcionar soporte, como aspectos relevantes para la capacitación de los facilitadores de un programa de prevención.
3. Es necesario que la **escuela** reconozca la necesidad de incluir en su carga curricular las **materias** que tienen como propósito abordar las **temáticas** relacionadas con el desarrollo de los adolescentes y las problemática a las que se enfrentan; contemplando el tema de las relaciones de **pareja y la violencia**. Estas temáticas deberán propiciar la reflexión-acción, para que no solo se quede la información a nivel teórico, sino que propicie el cambio. Para lograr lo anterior, la actitud y creatividad del docente es fundamental.
4. Dentro de los centros escolares, generar espacios que propicien la **formación, interacción y reflexión** entre **padres e hijos**. Abordando temáticas relacionadas con el diario vivir de la familia, que les hagan sentido y les permitan, no solo quedarse con información especializada, sino que los lleve a generar cambios que favorezcan el fortalecimiento de esta relación y propicien el desarrollo de los propios recursos para enfrentar situaciones adversas.
5. Se pretende enfatizar en la **co-responsabilidad** que como miembro de una pareja, de una familia, de una comunidad y de la sociedad en general, se posee acerca del mantenimiento de **creencias rígidas sobre género y poder**, e interacciones violentas.

6. Se considera que al propiciar un intercambio libre de opiniones acerca de las relaciones de pareja ***sin hacer referencia a la violencia y dentro del espacio escolar***, propiciará que aquellos chicos inmersos en relaciones violentas tengan oportunidad de percibir creencias y reglas sociales de su propio grupo de iguales que no respaldan tales interacciones, rompiendo así el secreto y el aislamiento característicos de este tipo de relaciones.

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

1.1. Productos Tecnológicos

1.1.1. Boletín Enlace Vecinal

Al escuchar la palabra “vecindad”, de inmediato llegan a mi memoria recuerdos de los distintos lugares donde he vivido, mis amigos y vecinos de la adolescencia; aunque realmente nunca viví en una vecindad como tal sino en edificios de departamentos o en conjuntos habitacionales. Morris y Hess (1978), plantean:

“¿Qué es la vecindad? Es un lugar y es gente. Carece de un tamaño definido y hasta de una escala, aunque sus límites, impuestos por el sentido común, aparecen a través de su historia”(pag.13)

“La vida en la vecindad es la que reúne o procura reunir tanta cantidad de vida humana como sea posible. De hecho, una tesis especial de este libro es que en un nuevo nacimiento y construcción de la vida vecinal, toda la actividad humana podrá volver a reunirse, para que el trabajo, el juego, el amor, la vida política, la ciencia y el arte sean una experiencia compartida por quienes comparten un espacio, compartiendo también acuerdos sobre cómo vivir juntos, ayudándose mutuamente para disfrutar de una existencia más plena y más madura, como seres humanos en una situación humana” (pág. 20)

Realmente nunca llegué a imaginar que una actividad que formaba parte de mi vida cotidiana, es decir fuera de mi ámbito profesional, pudiese convertirse en un espacio con tanto potencial como el que descubrí para poder difundir algunos de los conocimientos adquiridos a lo largo de la maestría.

Vivo en un Conjunto Habitacional ubicado al oriente de la ciudad, en una de las delegaciones más conflictivas del Distrito Federal, la delegación Iztapalapa. Vivo ahí desde hace alrededor de 18 años y fue increíble como cambió mi perspectiva del lugar,

a raíz de haber formado parte del grupo administrativo, al cual cabe señalar prácticamente fui forzada a ingresar. El conjunto está conformado por 49 casas, habitadas en su mayoría por familias de cuatro integrantes mínimamente. En él se pueden encontrar representantes de todas las etapas de vida, ciclo vital de la familia, estatus socioeconómico y educativo.

Como parte del grupo administrativo desempeñé las funciones de tesorera, lo cual fue generando, la necesidad de estar comunicada con el resto de l@s vecin@s, a quienes en su mayoría conocía solo de vista. Era preciso **generar conciencia** en la comunidad y resaltar la importancia de su participación en la solución de las problemáticas locales, ya que se había detectado que muchas de ellas eran generadas por la falta de información. Como comentan Morris et al (1978), en los barrios de las ciudades se carece de información, incluso se desconoce a las personas que viven en las casas o departamentos contiguos, limitándose el trato a los rutinarios saludos de “buenos días” y “buenas noches”. Por ende el desconocimiento del funcionamiento o desarrollo de la zona es mucho mayor. Estos mismos autores resaltan la importancia de que los habitantes del lugar se enteren de los acontecimientos locales mediante sus mismos habitantes, quienes se encarguen de proporcionar información segura y comprensible; considerando el material impreso como una forma común, viable, accesible y barata para lograr este fin.

Las juntas vecinales no tenían la audiencia suficiente y muchos de los condóminos se quejaban de la frecuencia con la que se llevaban a cabo y de su inutilidad, ya que al no contar con el consenso necesario, era imposible materializar los acuerdos a los que se llegaban en ellas. Es así como surge el boletín **“Enlace Vecinal”** (Anexo VI, pág.180).

Objetivos

Como se mencionó, inicialmente el boletín tuvo el propósito de mantener informada a toda la comunidad de las problemáticas y medidas de solución tomadas ante ellas. Sin embargo poco a poco su contenido se fue ampliando, con el fin de generar conciencia en cuanto a corresponsabilidad de los condóminos en la generación y solución de dichas problemáticas; para finalmente fomentar la autoreflexión en relación a las características y problemáticas personales, mismas que finalmente repercuten en su comportamiento y grado de compromiso con la comunidad.

Metodología

Cabe señalar que la realización de este boletín, no responde a ninguna investigación, ni intención premeditada; sino a una necesidad práctica que se convirtió en una herramienta para difundir los conocimientos manejados en la terapia familiar.

Se eligió como medio de difusión de la información el boletín, debido a que, como señalan este medio escrito tiene grandes ventajas en relación a las pancartas o pizarrones informativos, ya que permiten tratar algunos temas con mayor profundidad, su distribución abarca a un mayor número de población, da continuidad a la información y puede convertirse en la voz pública de sus integrantes (Morris et al, 1978). Además de lo anterior, su costo era accesible para los escasos recursos que ingresaban mensualmente, producto de las cuotas de mantenimiento.

Aunque estos mismos autores comentan que no es muy conveniente que la publicación de este medio sea mensual, sugiriendo que lo mejor es realizarla quincenalmente; debido a la falta de disponibilidad de tiempo y a que la información interna no se genera en grandes cantidades ni con mucha frecuencia, se optó por elaborarla una vez al mes.

Para cubrir con los propósitos de este rubro del reporte de experiencia profesional, se elaboró un pequeño cuestionario (Anexo VII, pág. 183), a manera de evaluación del Boletín.

Procedimiento

Como miembros de la nueva administración, de inmediato se pretendió tener contacto con los condóminos del Conjunto, para lo cual se estuvo reflexionando en relación a los medios utilizados por las anteriores administraciones para lograr este fin, los cuales al parecer no habían funcionado. Entre éstos se encontraban, el pizarrón de avisos, el buzón de sugerencias, las juntas vecinales y las pancartas. Por lo cual se contempló la posibilidad de elaborar algo impreso que fuese repartido en cada una de las casas, para asegurar que cada condómino contara con un ejemplar.

Se organizó una junta con los habitantes del Conjunto, en donde se planteaba la forma de trabajo de la administración recién constituida y la intención de elaborar el boletín "Enlace Vecinal", mediante el cual se mantendría informada a la comunidad, lo que les pareció una buena idea a los vecinos presentes.

Es así como la primera publicación contenía información general sobre las situaciones particulares del Conjunto, un breve comentario en relación a las fechas conmemorativas y mensajes encaminados a contrarrestar las principales problemáticas que prevalecían en ese momento. Debido a la aceptación que tuvo, poco a poco se fue

enriqueciendo el contenido de la misma, tomando la iniciativa de incluir un pequeño artículo con temas psicológicos, que permitieran a la comunidad reflexionar sobre ellos.

Con cierta incertidumbre, en lo que respecta a la reacción de las personas, en el mes de enero de 2007, se publica “Propósitos de Año Nuevo. Pequeños Grandes Cambios”, éste constó de tres partes que fueron publicadas en distintos meses. El artículo básicamente fue un resumen de las primeras cuatro de diez claves que Bill O’Hanlon (2003), menciona en su libro “Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida”. Cabe señalar que su publicación no fue continua, ya que en el mes de marzo, a propósito del día de la familia, se consideró pertinente abordar el tema del Ciclo Vital de la Familia; retomando a los autores Haley (1993) y Estrada (1990). Por lo tanto la última parte del primer artículo se publicó hasta el mes de abril. La última publicación se realizó en el mes de mayo, con el artículo “¿Y tu familia... de que tipo es?, retomando la tipología de la composición de la familia propuesta por Minuchin et al (1981).

Finalmente en una junta vecinal, se entregó una copia del cuestionario de evaluación del boletín, informando a los asistentes del propósito personal que tenía la contestación del mismo. Hubo algunas personas que lo contestaron de manera inmediata y otras que se lo llevaron, de ellas, solo algunas lo regresaron. En total se cuenta con 18 cuestionarios respondidos.

Resultados

La mayor prueba del funcionamiento de el boletín, la constituyeron los comentarios de l@s vecin@s, así como su participación en las diferentes actividades que se promovieron a través de este medio; entre ellas se encuentran la campaña “Conjunto Bello, en conjunto”, que tuvo el propósito pintar las áreas comunes y en donde los condóminos podrían participar de distintas maneras (mano de obra, alimentos y bebidas, proporcionando materiales). Otra de ellas fue el “Festival del día del Niño”, donde se solicitó el apoyo para dar dulces y organizar juegos para los niños del lugar. Y por último en el “Bazar del Día de la Madres”, en donde quienes estuvieran interesados, podían vender los productos que desearan. Sin embargo el aspecto más relevante lo constituyó, la participación de la comunidad en el mes de abril del 2007, cuando hubo escases de agua, ya que varias personas se movilizaron para conseguir pipas de agua, se encargaron del cobro de la cuota extraordinaria y le dieron seguimiento a la problemática, situación que no se había manifestado antes, ya que ante cualquier inconveniente siempre se presionaba al grupo administrativo para su solución.

En relación a los artículos elaborados, se presentó una situación peculiar, al momento de acudir a pagar la cuota de mantenimiento, por lo regular, único contacto

presencial entre tesorera y condóminos, éstos aprovechaban para comentar en relación a lo escrito y en algunas ocasiones, para exponer su problemática personal, llegando incluso a solicitar apoyo terapéutico, para lo cual fueron canalizados al Centro Comunitario “Dr. Guillermo Dávila”.

En los cuestionarios, en cuanto a la pregunta número ocho, “de los temas presentados señala el que más te ha gustado y por qué”, el tema que tuvo mayor aceptación fue el de los “Pequeños Grandes Cambios”, ya que consideraron que les permitió reflexionar en relación a sí mismos, además de contribuir a mejorar el lugar en que se habita.

1.1.2. Taller: “Tratamiento de Adolescentes en la Institución

En el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 13 “Ricardo Flores Magón”, se desarrolla el Programa Institucional de Orientación Juvenil, que entre otras de sus actividades contempla el servicio de Atención Especializada. Este servicio se encuentra a cargo de psicólogos y pedagogos adscritos al plantel, que también fungen como docentes. A través de este servicio se proporciona apoyo pedagógico y psicológico a los estudiantes que lo solicitan.

En relación al apoyo psicológico, el ritmo académico que se establece en la institución, limita de cierta forma el trabajo que desarrollan los orientadores responsables de proporcionarlo, debido que no es posible dedicarle demasiado tiempo a cada uno de los casos, ya que la demanda es bastante alta.

Es así como a raíz de la oportunidad de cursar esta maestría y conocer el Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones, surge la idea de poder capacitar al grupo de psicólogos que realizan esta actividad, considerando las ventajas que este modelo aporta al tratamiento de los adolescentes y que pueden constituirse en un excelente recurso dentro de la institución.

Objetivo

Proporcionar a los psicólogos, herramientas para el tratamiento de las problemáticas más frecuentes en los adolescentes, dentro de las instituciones educativas, desde la perspectiva de la Terapia Breve Centrada en la Solución.

Metodología

Para el desarrollo de este Taller se ha elaborado una presentación en power point la cual se encuentra al final de este documento, como Anexo VIII, en la pág. 184. Se propone que las temáticas sean desarrolladas en cinco sesiones de dos horas cada una, para que éste tenga una duración de diez horas en total.

Los temas que lo conforman son

- ☞ Presentación
- ☞ Objetivo
- ☞ Ciclo Vital de la Familia
- ☞ Adolescencia
- ☞ Principales Problemáticas en la Adolescencia
- ☞ Diferentes Enfoques de Abordaje
- ☞ Terapia Familiar
- ☞ Terapia Breve
- ☞ Terapia Breve Centrada en la Solución
- ☞ Principios, Estrategias y Técnicas
- ☞ Trabajo con Adolescentes

Procedimiento

Este programa fue desarrollado como trabajo final de la Práctica Supervisada en el Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones, en donde lo que pretendía era enfocar los principios del Modelo en situaciones y/o poblaciones específicas.

Para desarrollarlo, se tomaron en cuenta los aspectos teóricos y metodológicos presentes en la bibliografía consultada durante el semestre. Posteriormente fue seleccionado el campo al cual debiera ser dirigido, en el caso particular, fue seleccionada la población adolescente, debido a que es el medio en el que me desempeño laboralmente. De tal manera que quise desarrollar algo que fuese posible aplicarlo más adelante.

En conjunto con los compañeros de clase se fueron delineando los contenidos del mismo para ser retroalimentados, para que así quedara elaborada la versión final. Obviamente como toda propuesta, es susceptible de mejoras, las cuales seguramente podrán apreciarse una vez que sea impartido el taller. Habiendo que definir la dinámica a desarrollar de manera práctica en cada una de las sesiones.

Resultados

Como se mencionó más arriba, el producto final fue una presentación en power point, que consta de treinta y un diapositivas, las cuales contemplan los temas abordados en el transcurso del taller. Se tiene la expectativa de impartirlo, con el personal involucrado en Orientación Juvenil del Centro de Estudios arriba mencionado.

1.2. Programa de Intervención Comunitaria

TALLER “ATANDO CABOS, tus afectos, amores y temores”

Datos Generales

Nombre del Taller:	“Atando Cabos, tus afectos, tus amores, tus temores”
Duración:	5 sesiones de 3 hrs. cada una, 15 hrs. en total
No. de Participantes:	Máximo 30 (20 adolescentes, 10 adultos) Mínimo 15 (10 adolescentes, 5 adultos)

Justificación

Las relaciones interpersonales, especialmente las relaciones de pareja, representan nidos íntimos para el desarrollo de violencia sexual, física, psicológica, económica y social entre otras; desvirtuando el vínculo afectivo y la cercanía física. Recientes investigaciones reconocen que las relaciones violentas de pareja en muchas de las veces se instauran desde el noviazgo, donde el grado de compromiso explícito no es el más fuerte; mas quizá sí el más intenso, que puede concluir en un matrimonio con pobre pronóstico de bienestar incluyendo a miembros futuros. Cabe preguntarse entonces ¿qué sucede con las relaciones de noviazgo en la adolescencia?, puesto que si bien no tienen como propósito principal culminar en un matrimonio, juegan un papel por demás importante en la maduración psicosexual de los jóvenes.

Los adolescentes aparecen como un sector vulnerable debido a las características de su propia etapa de desarrollo. A diferencia de la violencia en parejas adultas donde el hogar es por excelencia el escenario donde se ejerce y oculta la relación violenta, el noviazgo adolescente lo hace fuera del núcleo familiar, desplazándose a espacios como la escuela, en donde se presentan condiciones específicas que favorecerían el trabajo preventivo.

Este taller es consecuencia de una investigación cualitativa previa que tuvo como objetivo identificar los elementos que propician el desarrollo de habilidades para el establecimiento de relaciones de noviazgo libres de violencia en adolescentes.

Objetivos

a. Objetivo general

- ☞ Prevenir el establecimiento de relaciones violentas en las relaciones de pareja que se dan en la etapa de la adolescencia.

b. Objetivos específicos

- ☞ Propiciar la identificación de factores de riesgo para el establecimiento de relaciones de pareja violentas en los adolescentes.
- ☞ Propiciar la evaluación de la propia relación para que los adolescentes identifiquen si existen indicios de violencia en las relaciones de pareja que entablan.
- ☞ Favorecer el desarrollo de habilidades para establecer relaciones de pareja libres de violencia en los adolescentes.

Marco Teórico

Navarro et al (2000), proponen concebir la **violencia en pareja** como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima-romántica actual o anterior, el cual causa daño, físico, psíquico o sexual a uno o ambos miembros de la relación. Este comportamiento incluye, agresiones físicas, maltrato psicológico, relaciones sexuales forzadas y diversos comportamientos dominantes, después de todo, el objeto de la violencia al interior de la pareja es ganar el poder y control sobre la otra persona.

Una vez que el tema de la violencia doméstica, fue puesto en el foco de la atención mundial, se descubrió que la **violencia** en el caso de los **noviazgos juveniles** estaba **invisibilizada**. Una nueva línea de investigación fue trazada y se descubrió que a pesar de estar en relaciones violentas, las y los jóvenes no lograban identificarlo, debido a que en función del amor, habían aprendido una serie de premisas que validaban dicha violencia. Además de que debido a la concepción que socialmente se tiene de la adolescencia, sus experiencias en las relaciones afectivas son visualizadas como simple producto de su inmadurez. Se atendió también el que este tipo de violencia tiene características muy particulares que tiene muchas similitudes, pero también muchas diferencias de las ya conocidas en las parejas de adultos; en el caso de la violencia en las relaciones de noviazgo, se manifiesta de una forma mucho más sutil, lo cual puede llegar a volverla imperceptible; sin embargo, la violencia durante el noviazgo es tan grave como la violencia doméstica en los adultos.

Para determinar las raíces e la violencia se ha hecho uso de un modelo ecológico, el cual explora la relación entre los factores individuales y contextuales, considerando a la violencia como producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento. Dichos niveles comprenden: el individual (biológico e historia personal), el relacional (relaciones sociales cercanas como la familia, pareja, amigos), comunal (contextos como escuela, trabajo, comunidad) y social (normas culturales, actitudes, creencias) (OMS, 2002).

Para un trabajo preventivo, Dowling y Osborne (1994) exponen que familia y escuela se hallan íntimamente relacionadas en un periodo significativo de tiempo durante el desarrollo del ciclo vital de la familia, por lo tanto, es de vital importancia que observemos lo que las escuelas pueden hacer para equipar a la gente joven con el conocimiento y las técnicas hacia un alto nivel de capacitación para ser activos participantes en el compartir políticas y prácticas que impacten en su propia salud, la de su comunidad e incluso de su país (St Leger, 2001). El concepto de “Escuela promotora de la salud” emerge simultáneamente en Europa y Norteamérica a mitad de los 80’s donde sus inicios pueden ser ubicados en La Carta de promoción de la salud de Ottawa, Canadá (St Leger, 2001). Esta nueva aproximación se halla encaminada a incrementar en el estudiante tanto el conocimiento como las técnicas que permitan modificar la salud hacia un dominio de mayor dinamia y política, que provea a la gente joven de oportunidades de desarrollo en la promoción de la salud y logre en ella un sentimiento de empoderamiento (St Leger, 2001).

Por nuestra parte, y en base a la investigación previa “Prevención de relaciones de pareja violentas en la adolescencia” realizada por las mismas autoras y concluida en el presente 2007, se hace una propuesta para el diseño de un taller preventivo al

respecto. En la investigación se contó con la participación de chicos pertenecientes al mismo plantel escolar en el que ahora se pretende hacer el trabajo preventivo. En concreto se propone considerar para la intervención los siguientes ejes centrales:

1. Incluir diferentes tipos de relaciones de pareja que tienen lugar en la adolescencia, aún aquellas que no pueden ser agrupadas bajo la categoría de noviazgo.
2. Incluir el concepto de compromiso como influencia para la marcación de cierto estilo de límites al interior de la relación, e incluso el establecimiento de interacciones de control y/o violencia.
3. La autoestima es identificada como un factor que permite conducirse en una relación de una manera mucho más relajada, expresar sus sentimientos y necesidades, establecer límites, etc.
4. Trabajo conjunto con padres/adultos e hijos/adolescentes en la escuela. La familia es identificada por los mismos chicos como la red a la que ellos creen acudir para encontrar apoyo si estuvieran en esa situación de violencia.
5. Se considera a la comunicación como un factor protector que al propiciar un intercambio libre de opiniones acerca de las relaciones de pareja dentro del espacio escolar, aún sin hacer referencia a la violencia, propiciará que aquellos chicos inmersos en relaciones violentas tengan oportunidad de percibir diferentes creencias y reglas sociales de adultos y su propio grupo de iguales.

Nuestra intención es trascender la transmisión de información sobre el tema de la violencia de género para propiciar lo que identificamos como el primer momento del segundo nivel de alfabetización sanitaria (St Leger, 2001), que hace referencia al desarrollo de técnicas personales. Para el diseño de cada una de las actividades que incluye el taller se toman como sustento teórico básicamente dos modelos, la concepción socioconstruccionista del conocimiento y la psicoterapia familiar, y el modelo centrado en soluciones de terapia familiar.

Construccionismo Social.- Su aspecto fundamental es la noción de conocimiento como construcción autorreferencial; es decir el que la manera en que describimos al mundo está ligada a nuestros marcos previos de referencia respecto a este. Hace referencia al *lenguaje* como la manera en que conocemos el mundo, pues se propone que es desde el lenguaje que hacemos nuestras descripciones del mismo. Se adopta la narración como metáfora fundamental de la experiencia humana y edificadora de la identidad, más se reconoce que un relato se realiza de manera conjunta con otras personas, desde la interacción que se tiene con los significados que otros perciben acerca de nosotros, y factores como las restricciones políticas,

económicas, sociales y culturales; el contexto, determina los límites de nuestras narraciones (McNamee et al, 1996).

Por otra parte, se propone a la *deconstrucción* como medio para la mejora de las condiciones experienciales en contextos determinados, mientras se concibe al terapeuta no como un experto sobre la experiencia humana, sino como un experto en formular preguntas con múltiples posibilidades de respuesta (Eagleton, 1983; Taylor, 1986; citados en McNamee et al, 1996).

El modelo centrado en soluciones.- Su objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios de la vida de los clientes, tanto en el área del problema como fuera de él. Se busca dar énfasis a las soluciones satisfactorias en la vida del cliente y resaltar aquello positivo en la vida de los individuos y las familias, siempre basándose en la perspectiva de los mismos. Esta búsqueda incluye situaciones espontáneas o voluntarias en que no aparece o disminuye la conducta sintomática, y áreas de funcionamiento aceptable no-relacionadas con el síntoma. En este momento se pretende llevar a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el momento pasado, en vez de en el futuro (De Shazer, 1988, citado en O'Hanlon et al, 1990; Ochoa, 1995; Furman, 1996).

Planeación y Difusión

Se pretendió retomar aquellos puntos identificados como importantes a partir el trabajo inicial, como son: La selección de la población adolescente entre los 15 y 17 años de edad, la ubicación de la escuela pública de educación media superior como campo de acción y la participación conjunta de padres e hijos adolescentes en dicho campo. Como estrategias se adoptaron:

- ☞ El evaluar de manera general los conocimientos que manejan los participantes en el taller.
- ☞ Abordar los aspectos teóricos específicos a lo largo de las sesiones, partiendo de los conocimientos detectados anteriormente.
- ☞ Propiciar espacios de reflexión, tanto individual como grupal que favorezcan el proceso de alfabetización sanitaria. Mediante el manejo de dinámicas vivenciales.

El Taller se desarrolló en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 13 "Ricardo Flores Magón". Se realizó la propaganda (Anexo IX, pág. 186) en todos los salones de los grupos de segundo semestres pues con ellos la institución ha puesto en marcha el nuevo modelo educativo. Finalmente el taller se realizó con alumnos que estaban realizando su servicio social en las áreas de Orientación Juvenil y Protección Civil, así como aquellos que algunos maestros habían detectado que se encontraban involucrados en relaciones conflictivas. En relación a los padres de familia, se les contactó en los grupos de Padres y Madres de familia, y les fueron entregados dípticos.

Se inscribieron 22 alumnos y 10 padres de familia. Esta conformación de la población fue propiciada para favorecer la libre expresión de los adolescentes al ser mayoría, mientras que se espera que desde la minoría, los padres se muestren en mayor posición de escucha. No obstante, la oportunidad de expresión se manejó equitativamente.

Temáticas

El diálogo fue la principal estrategia de este taller, un diálogo libre de una organización jerárquica rígida y presupuestos; promovido por una postura de colaboración por parte de los facilitadores, que propicie una relación con oportunidad de expresión entre el grupo y con el grupo mismo, y no una relación de experto-consultante. Es por esto que se propuso una secuencia sutil para ligar la etapa de vida de la adolescencia y las experiencias individuales frente a ella, con los factores de riesgo de establecer interacciones de violencia con la pareja. Las temáticas centrales y sus objetivos fueron:

- ☞ **Adolescencia.**- Contextualizar a los participantes con las experiencias y características comunes en esta etapa de vida.
- ☞ **Relaciones Afectivas.**- Incluir las características de las diferentes relaciones de pareja comunes en la adolescencia para identificar los factores que dentro de la relación de pareja pueden generar insatisfacción, daño y/o temor, y sutilmente vincularlos con los factores de riesgo invisibles relacionados con la violencia.
- ☞ **Violencia.**- Proporcionar información que permita identificar las características de este tipo de relaciones, las fases de su circuito autoreforzante y los mitos y creencias sobre género y violencia involucrados para que este represente un problema importante y difícil de tratar para nuestra sociedad.
- ☞ **Estrategias de Prevención.**- Identificación de recursos personales actuales y potenciales que pueden formar parte en la construcción de estrategias de prevención al interior de la pareja o la familia, tanto en los padres como en los adolescentes.

NOTA: En la práctica fue necesario hacer una adaptación a la planeación para incluir desde el inicio actividades que propiciaran una organización jerárquica de menor desigualdad entre padres y adolescentes, para favorecer la escucha, empatía y respecto a la diversidad en ambas partes.

Evaluación

Finalmente los objetivos se cubren satisfactoriamente, sin olvidar que el impacto de una intervención comunitaria tan corta resulta proporcional; no obstante, hubo oportunidad de que el mismo grupo hiciera cuestionamientos importantes a las construcciones sociales que permiten la presencia de problemáticas como la violencia de género en las parejas, se contextualizará esto a la etapa de la adolescencia, se ensayará un diálogo colaborativo entre padres y adolescentes e incluso se compartieron experiencias personales de violencia y las estrategias de solución empleadas.

El grupo otorgó la calificación de 9.5 a la utilidad del taller y de 9 a la experiencia de convivencia padres/adolescentes

1.3. Trabajo presentado en Foro Académico

“Violencia en el Subsistema Fraterno”

Barrios, Martha Edna y Gómez, Anel

En el marco del 25 Aniversario de la Asociación de Mexicana de Terapia Familiar, fue organizado el X Congreso Nacional y I Congreso Iberoamericano “Terapia Familiar, Ciencia, Arte y Espiritualidad, en el puerto de Acapulco Guerrero, del 23 al 26 de noviembre de 2006; lugar en donde fue presentado este reporte de caso, llamado **“Violencia en el Subsistema Fraterno”**, que fue atendido en coterapia con Anel Gómez San Luis.

Se seleccionó para su exposición, ya que fue el primer caso que atendía en donde participaba una familia casi completa, sólo faltó el padre, quien fue involucrado en el proceso mediante tareas. El proceso terapéutico fue formativo y enriquecedor, debido a que como ya se mencionó participó la familia, casi en su totalidad; fue atendido en coterapia, experiencia nueva para mí; los resultados no se perfilaron a lo que desde una perspectiva personal era lo más conveniente, sino hacia lo que era conveniente para la familia; y finalmente fue necesario cambiar de modelo de atención, debido al cambio de semestre.

Entre los comentarios que se suscitaron después de la exposición, el más frecuente se dio en función de considerar que les pareció una manera muy didáctica de presentar los casos, de hecho hasta hubo solicitudes de reproducción de la presentación por varias maestras que se encontraban en el lugar y a las cuales les fue enviada por correo electrónico.

2. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1. Consideraciones éticas emergidas de la práctica profesional

El Código de Ética Profesional, emitido por el Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C., plantea los siguientes puntos relevantes en este rubro y en relación los compromisos de los terapeutas:

- ☞ **La psicoterapia** tiene el propósito de contribuir a la disminución, inhibición o supresión del sufrimiento psicológico; favoreciendo la modificación de patrones relaciones y de comportamiento de tal manera que se promueva el desarrollo y bienestar del individuo, la familia y la comunidad. La labor realizada en los Centros Comunitarios, contribuye de una manera contundente a que éste propósito se cumpla, ya que, conforme a la experiencia vivida, durante los dos años de formación en la residencia de terapia familiar, se proporcionó apoyo psicoterapéutico a varias familias e individuos, quienes en su mayoría concluyeron el proceso satisfactoriamente.
- ☞ **El psicoterapeuta** es considerado un especialista en salud mental, con formación y práctica clínica, que le permiten proporcionar atención a las demandas de los solicitantes, mediante la sustentación en un marco teórico-conceptual para la elaboración de estrategias de intervención y la manera de emplearlas. A lo largo de la formación durante la maestría, se fueron sumando todos los elementos que me permitieron contar con bases teórico-conceptuales y metodológicas para cubrir las demandas de los pacientes que se me iban asignado en las supervisiones; y que ahora, a un año de haber egresado, consolidan mi trabajo como especialista.
- ☞ **El deber ético del psicoterapeuta**, será mostrar un gran respeto por los valores, creencias, cultura, ideas, predilecciones políticas, etc., de aquellos con quienes entabla una relación terapéutica. Absteniéndose de presentar cualquier actitud seductora, incestuosa, sadomasoquista, adoctrinadora o psicopática con su paciente. Comprometiéndose a recibir de éste únicamente el pago de honorarios por los servicios prestados, sin pretender obtener otro tipo de favores o aceptarlos en caso de que sean ofrecidos. En todo momento durante la práctica se tuvo presente este rubro, la labor de los docentes que fungían como supervisores y la del equipo, fueron muy importantes en este sentido, ya que regulaban nuestro comportamiento en el transcurso de las sesiones en particular y del proceso terapéutico en general.

- ☞ *Es preciso que deje claro al usuario, en qué **términos** se desarrollará la **relación terapéutica**, dejando claro los términos de la práctica clínica, comprometiéndose a cumplir con estos al pie de la letra; así mismo requiere ser honesto en cuanto a los resultados que pueden obtenerse del proceso, sin crear falsas expectativas. A todos los pacientes les era especificado desde el inicio, la forma de trabajo que se desarrollaba en los Centros Comunitarios y se cumplió con ella. En función a mi experiencia y esto operó también con el resto de mis compañeros, conjuntamente con el paciente se fijaban las metas a alcanzar al concluir el proceso, asegurándonos de que éstas fueran susceptibles de ser alcanzadas; exceptuando los casos tratados bajo los modelos que no se plantean objetivos concretos.*

- ☞ El **secreto profesional** es fundamental, así como el comprometerse a estar al tanto de su propio bienestar físico y psicológico por un lado, como de su formación y actualización permanentes. Los casos fueron atendidos con absoluta seriedad y cuando éstos fueron expuestos en los ámbitos de intercambio profesional del área, conforme a los requerimientos de la residencia, se guardó el anonimato de los pacientes. Así mismo, en relación al propio bienestar físico y psicológico, para mí fue de vital importancia el espacio de reflexión e intercambio que se generó en el seminario de integración, ya que desde mi perspectiva, funcionó como una válvula reguladora en la dinámica del grupo y a muchos nos permitió trabajar algunos problemas individuales. El trabajo con la familia de origen, conducido por el Dr. Macías, también fue importante en este sentido.

IV CONSIDERACIONES FINALES

1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Habilidades Teórico Conceptuales.- A lo largo del proceso de formación en la maestría, fue posible profundizar en la conceptualización de los aspectos teóricos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna en general, y de los Modelos Estructural, Estratégico, Terapia Breve, Terapia Breve Centrada en las Soluciones, Milán, Narrativa y Colaborativa, además de analizar también sus principios teórico-metodológicos; lo que permitió identificar la especificidad y viabilidad de cada uno de ellos, favoreciendo la formulación de hipótesis explicativas, en función de los casos tratados.

Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento.- El tratamiento de los diversos casos, en el transcurso de la formación, permitió al estudiante, desarrollar la capacidad para observar el proceso terapéutico; la habilidad para contactar terapéuticamente con quienes solicitaban el servicio, para después efectuar la entrevista correspondiente generando una relación colaborativa, mediante el uso de técnicas de enganche que fortalecieran la alianza terapéutica. Adquirir la destreza para definir motivos de consulta y demandas terapéuticas, evaluando la problemática y las alternativas de solución, de tal forma que fuese posible definir conjuntamente con el sistema los objetivos de la terapia, identificando las necesidades y recursos de sus integrantes. Así como la habilidad para aplicar la metodología derivada de diversos modelos de intervención, formular hipótesis que favorezcan el desarrollo de formas nuevas de relacionarse y al terminar el proceso, evaluar los resultados. Teniendo la oportunidad de trabajar de manera individual, en pareja y familiar; ya sea en solo o en coterapia. En este proceso, se creó un formato para facilitar la retroalimentación en la supervisión, otro para el reporte de los casos y la escala de atmósfera emocional, como instrumento innovador que permite evaluar la permisividad de expresión de las emociones en la familia.

Habilidades de Investigación y Enseñanza.- El proceso de formación, permitió el desarrollo de habilidades para diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación que respondieran a las demandas de la comunidad; para obtener datos en relación a las problemáticas específicas, que a su vez permitiesen la formulación de hipótesis sobre los factores involucrados. Es así como se diseñaron dos investigaciones, una cuantitativa (escala de atmósfera emocional) y otra cualitativa (prevención de relaciones de noviazgo violentas en la adolescencia), siguiendo la metodología correspondiente. Los resultados de la

última, permitieron desarrollar un Taller preventivo que se denominó “Atando cabos... tus afectos, amores y temores”. Con lo cual la investigación no sólo se quedó a nivel explicativo, sino que se tradujo en un producto a favor de la prevención, enfocada a una población que desde mi perspectiva, es de las más vulnerables, la adolescente.

Habilidades de Prevención.- Como ya se mencionó, hubo la posibilidad de que a partir de la investigación cualitativa, se generara un Taller a favor de la prevención de las relaciones de noviazgo violentas; mismo que fue implementado en una escuela de nivel medio superior, enfocándose en la población estudiantil y en las madres y padres de familia. Con esto fue posible desarrollar las destrezas para elaborar programas y proyectos de salud comunitaria; además de las requeridas para lograr la colaboración de los distintos agentes familiares e institucionales que intervinieron.

Ética y Compromiso Social.- En este sentido fueron fortalecidos los valores y grado de compromiso de la terapeuta en relación a los otros y a la sociedad misma, siendo sensible a sus necesidades y dando respuesta de una manera profesional. En relación a los usuarios, el trato se dio en un marco de respeto, confidencialidad y compromiso en relación a sus necesidades. En cuanto a los compañeros, distintas disciplinas y enfoques, se mantuvo una actitud de respeto y tolerancia. Así mismo, gracias a las retroalimentaciones tanto de los docentes como de los compañeros de grupo fue posible realizar un constante proceso de análisis en función del propio trabajo terapéutico, conforme los dictámenes de la ética que rigen nuestra profesión, dando la pauta para actualizar e innovar las capacidades profesionales y asumir la responsabilidad de solicitar apoyo terapéutico

2. Incidencia en el campo psicosocial

Como se mencionó al inicio de este trabajo, la violencia ha sido considerada como un problema de salud a nivel mundial de acuerdo a la OMS (2002), misma que ha reconocido la efectividad de la Terapia Familiar en el tratamiento de ésta.

A lo largo de la experiencia vivida en este proceso de formación, fue posible dar respuesta a varios casos que se encontraban en situación de violencia, como los presentados en el apartado correspondiente de este trabajo. La manifestación de la violencia se presentó en diversas modalidades, como fue la intrafamiliar, intrapersonal, en la relación de pareja, enfocada hacia los hijos, entre otras. Misma que fue abordada

a través de diversos modelos, como el Estratégico, la Terapia Breve, Soluciones, etc.; posibilitando a los actores de dichas relaciones la oportunidad de tener una mejor calidad de vida.

Abordar la problemática desde el aspecto relacional, permite a los involucrados redefinir los roles estereotipados en los que se encuentran inmersos, para desarrollar nuevas formas de relación entre ellos, que les permitan vivir de una manera más armoniosa. Cabe señalar que aún cuando en algunos casos en los que la pareja en situación de violencia optó por separarse, los términos en que esta separación se produjo, fueron también distintos a los que se hubieran manejado en caso de continuar juntos.

Por todo lo anterior, se corrobora la efectividad de este Modelo de tratamiento en el abordaje de los casos en donde se detecta la presencia de violencia.

3. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

En lo que se refiere a mi persona, la experiencia tuvo repercusiones en mi proceso para entablar relaciones afectivas. Me llevó a redefinir mis expectativas en cuanto a la convivencia en pareja, teniendo presente con mayor claridad el aspecto relacional en la solución de las problemáticas que se presentan dentro de la misma. Me llevó a aventurarme en el establecimiento de una nueva relación, situación que no me permitía, la cual tuvo características muy peculiares que favorecieron tanto mi crecimiento como persona como el de mi pareja. En cuanto a mi familia extensa, he valorado y reconocido sus aportaciones hacia mi persona, identificado aquellos aspectos que no me favorecen del todo y trabajado en su superación, así como reforzado aquellos que considero me enriquecen.

Como profesionista, aunque lo he repetido infinidad de veces a lo largo de este trabajo, lo más relevante fue la posibilidad de ser observado y observar el trabajo de otros. La reconfirmación obtenida en cuanto a los aciertos y la oportunidad de que fueran señalados los aspectos a mejorar, constituyeron una fuente de gran enriquecimiento en el ejercicio de la profesión. En cuanto a la formación teórica, mis expectativas fueron rebasadas, ya que tuve la oportunidad de conocer una gran variedad de modelos de intervención con distintas formas de trabajo, lo cual resultó novedoso y formativo.

Deseo destacar un punto que fue trascendental para lograr los objetivos planteados en este proceso, lo constituyó el trabajo en equipo. Fue una gran fortuna formar parte del grupo al que pertenezco, el cual siempre trabajó de una manera coordinada y aún cuando hubo ciertos problemas manifestados por algunos miembros de éste, la prioridad siempre fue alcanzar nuestras metas. Agradezco el respeto y tolerancia que hubo para cada uno de sus miembros en la retroalimentación como equipo terapéutico, el compromiso demostrado ante las actividades programadas y el apoyo para el desarrollo de las mismas.

Finalmente a nivel laboral, el impacto de la formación adquirida se está manifestando ya en éste ámbito. Dentro del plantel en el que laboro he empezado a dar apoyo terapéutico bajo la modalidad de Terapia Familiar, dando atención hasta ahora a tres familias, de las cuales una ya fue dada de alta con muy buenos resultados, y una pareja, mismas que se encuentran aún en el proceso. Así mismo desde mi regreso al trabajo, me fue otorgada una jefatura y aunque no está directamente relacionada con mi profesión, para su desempeño he puesto en práctica los conocimientos adquiridos con el personal a mi cargo, que consta de diez trabajadores y alrededor de diez prestadores de servicio social. Los resultados han sido muy satisfactorios, logrando poner en marcha varios proyectos que estuvieron detenidos por algunos años.

REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1974). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2005) Un enfoque posmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En Limón, G. (2005) compilador, *Terapias Posmodernas*, Cap.4. México: Pax – México
- Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar*. España, Paidós
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1985) *Dimensiones de la terapia familiar*. España : Paidós.
- Arriagada, I. y Godoy, L. (1999) *Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa*. <http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/4657/P4657.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/imprimir.xsl>
Recuperado el 10 de junio 2006
- Bateson, G. (1979) *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu
- Bertalanffy, V. (1991) *Teoría General de los Sistemas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Biever, J.; Bobele, M.; Gardner, G. y Franklin, C. Perspectivas Posmodernas en Terapia Familiar; en Limón, G. (2005) compilador, *Terapias Posmodernas*. Cap.1. México: Pax – México
- Cade, B. y O’Hanlon, W. (1995) *Guía Breve de Terapia Breve*. España: Paidós
- Camacho, S. y Martínez, A. *Violencia en el género masculino: Frecuencia y percepción*. Tesis. UNAM-Iztacala. 2006
- Cely, G. (1999) *La bioética en la sociedad del conocimiento*. Colombia: 3R editores.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991) *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. España: Paidós
- Corsi, J. (1994). *Violencia Intrafamiliar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós
- Colotla, V. y Urra M. (2006). *Semblanzas bibliográficas de los fundadores de la sociedad Interamericana de Psicología*. Revista Interamericana de Psicología. Vol 40. No. 3. 2006.
- Dowling, E. y Osborne, E. (1994). *The family and the School. A joint systems approach to problems to children*. E.U: Routledge.
- Estrada, L. (1990). *El ciclo vital de la familia*. México, Editorial Grijalbo.
- Elkaim, M. *Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?*
<http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>
Recuperado el 2 de abril del 2008
- Fernández, V. (1998) *Psicoterapia Estratégica*, México: Ducere
- Fisch, R., Weakland, J.H., y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
- Fishman, H. y Rosean, B.L. (1990) *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa
- Furman, B. (1996) *Conversaciones para encontrar soluciones*. Sistemas Familiares. Diciembre.
- García, P. (1986) *Padres más hijos*. México: Limusa
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad*. España: Paidós

- Gergen, K. y Warhus, L. (2000). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1>. Recuperado el 13 de Febrero de 2006
- Goncalves, O. Psicoterapia Cognitiva narrativa: la construcción hermenéutica de significados alternativos. En Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998) *Constructivismo en psicoterapia*. México: Paidós.
- González, C. El modelo de hipnosis de Milton Ericsson. En Eguiluz, L. (2004) *Comp. Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- Harley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1989) *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz
- INEGI (2003) *Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres*. Datos nacionales., de http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/VIOLENCIA_INTRAFAMILIAR_2003.pdf Recuperado el 01 de junio de 2006
- INEGI (2003) *Encuesta de la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH)* <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/default.asp?s=est&c=10882> Recuperado el 28 de febrero del 2007
- INEGI (2007) *Estadística a propósito de la familia mexicana/ Datos Nacionales 2007* <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/default.asp?s=est&c=10882> Recuperado el 28 de febrero del 2007
- Instituto Nacional de las Mujeres (2002). *Programa de prevención y atención de la violencia en las relaciones de noviazgo entre las y los jóvenes de la ciudad de México. "Amor es sin violencia". Guía de apoyo para facilitadoras/es*. Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Desarrollo Social.
- Jenkins, A. (1994) "Therapy for abuse or therapy as abuse?" Dulawich centre newsletter, 1994, No.1
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Lazarus, R. (1991) *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University
- Lasch, C.(1984) *Refugio en un mundo despiadado*. España: Gedisa
- Linares, J., y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Lipchik, E. (2002) *Terapia centrada en la solución más allá de la técnica: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lorentzen, G. (1986) *Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el centro de servicios psicológicos de la Universidad Nacional Autónoma de México* (1 Año de Servicio del 1 de Agosto de 1981 a 1982). Tesis de Maestría en Psicología Clínica, 1986.
- Lyddon, W. (2000). Formas y facetas de la psicología constructivista. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998) *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Madanés, C. (1982) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Mahoney, Miller y Arciero. Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998) *Constructivismo en psicoterapia*. México: Paidós.
- Malugani, M. (1990). *Las psicoterapias breves*. Barcelona, Herder
- Marvin, J. F. y Steven, W. (2002). *Handbook of diversity in parent education. The changing faces of parenting and parent education*. California: Academic

- McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. España: Paidós
- Minuchin, S. (1979) *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Morris, D. y Hess, K. (1978) *El poder del vecindario. El nuevo localismo*. Barcelona: Editorial Gustavo Hill
- Muñiz, M. y Suárez, J. (2003). *Globalización vs. utopía: Construcción y destrucción del ideario humano*.
<http://www.monografias.com/trabajos14/global-utopia/global-utopia.shtml#GLOBAL>
 Recuperado el 9 de diciembre del 2005
- Navarro, J. y Pereira, J. (2000) *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998) *Constructivismo en psicoterapia*. México: Paidós.
- Ochoa, I. (1995) *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder
- O'Hanlon, B. (2003) *Pequeños grandes cambios*. México: Paidós
- O'Hanlon, H. y Weines-Davis, W. (1993) *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- OMS (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud
http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
 Recuperado el 11 de noviembre del 2006
- Organización Panamericana de la Salud e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. *Escuelas promotoras de la salud. La experiencia centroamericana* (2002). E.U: INCAP.
- Organización Mundial de la Salud, Informe. mundial sobre la violencia y salud, publicado en español por la Washington, D.C. 2002. Traducido por Organización Panamericana de la Salud
http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/violencia_2003
 Recuperado el 7 de diciembre de 2005
- Palazzoli, S., Boscolo, L., Cecchin y G., Prata, G. (1980) Hipotetizando, circularidad-neutralidad: Tres guías para la conducción de una sesión. *Family Process*, Volumen 19, No. 1, Marzo 1980.
- Palazzoli, S., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1993). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Palazzoli, S., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Palacios, B. (2005) *La familia mexicana*.
<http://www.udem.edu.mx/nuevoforo/antiores/nf1/familiamexicana>
 Recuperado el 7 de diciembre de 2005
- Penn, P. (1985) Feed- forward, future questions, future maps. *Family Process*, Volumen 24, No. 3, Septiembre 1985.
- Penn, P. y Frankfurt, M. (2005) La creación de un texto participante; la escritura, las voces múltiples y la multiplicidad narrativa. En Limón, G.(2005) compilador *Terapias posmodernas*, Cap.6. México: Pax – México
- Perrone, R. y Nannini, M. (2000). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós
- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. España, Paidós
- Ravazzola, M.C. (2005) *Historias infames. Los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

- Reyes, G. (2002). Teoría de la Globalización: Bases fundamentales.
<http://www.monografias.com/trabajos7/bafux/bafux.shtml>
 Recuperado el 9 de diciembre del 2005
- Rivera, M. (1999). *Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y antidepresivos*. Buenos Aires: Panamericana.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México, Manual Moderno.
- Secretaría de Salud (s. f.). Servicios de Atención Psiquiátrica.
<http://sap.salud.gob.mx/>
 Recuperado el 27 de mayo de 2007
- Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2000 – 2006.
<http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
 Recuperado el 29 de agosto de 2005
- Secretaría de Desarrollo Social. Programa General para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal 2004 – 2006. de http://www.equidad.df.gob.mx/violencia/programa_anual.html
 Recuperado el 01 de junio de 2006,
- Selekmán, M. (1996) *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve par adolescentes con problemas*. España: Gedisa.
- St. Leger, Lawrence (2001). *Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges*. Health promotion international. 16, 197-205.
- Tarrés, M. (2001) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: El colegio de México.
- Tomm, K., Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En White, M. (2004) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Trejo, M. *Violencia hacia la mujer en las relaciones noviazgo*. Tesis. UNAM-Fac. de Psicología. Febrero 2006.
- Vielma, J. (2003), Estilos de crianza, estilos educativos y socialización: ¿Fuente de bienestar y psicológico?. En *Acción Pedagógica*, Vol. 12, No. 1.
- Von Glasersfeld. Introducción al constructivismo radical. En Watzlawick, P. (1990) compilador *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa
- Watzlawick, Beavin y Jackson (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1982). *Cambio*. Barcelona: Herder
- White, M. (2004) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa
- White, M. (2002) *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. España: Gedisa
- White, M. y Epsón, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós
- Wilkinson, L.(1998) *Child and family assessment: Clinical guidelines for practitioners*. London: Routledge



ESCALA DE ATMOSFERA EMOCIONAL

El siguiente cuestionario es parte de un proyecto de investigación enfocado a identificar la forma en que se expresan los sentimientos en la familia. No hay respuestas correctas o incorrectas, así que por favor, le pedimos conteste con honestidad, lo que más se apegue a la forma de ser de su familia, con la confianza de que toda la información que usted entregue será de carácter confidencial.

DATOS PERSONALES

Sexo: M F **Edad:** _____ **Ocupación:** _____
Estado Civil: Soltera(o) () Casada(o) () Divorciada(o) () Otro (especifique) _____
Escolaridad Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad () Posgrado ()
No. de hijas(os): _____ **No. de personas que viven con usted**
 (contándose usted mismo): _____

	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Religión
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

* si requiere de mayor espacio, utilizar una hoja en blanco

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación y marque con una X, la opción que mejor represente la forma de pensar o actuar de su familia respecto a la expresión de los sentimientos. Considere como familia al grupo de personas con las que vive, actualmente. Si en su familia existen opiniones contradictorias, elija la opción que represente a la mayoría de sus miembros.

Ejemplo: **Decimos “te quiero” a los demás**

Contesta:

- Nunca: Si jamás se dicen “te quiero” en tu familia.
 Casi Nunca: Si en raras ocasiones se dicen “te quiero” en tu familia.
 Algunas veces: Si se dicen “te quiero” con poca frecuencia en tu familia.
 Casi Siempre: Si se dicen “te quiero” con moderada frecuencia en tu familia.
 Siempre: Si decir “te quiero” es algo que ocurre con demasiada frecuencia en tu familia.

EN MI FAMILIA...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1	Nos aguantamos las ganas de llorar					
2	Decimos frases cariñosas					
3	Se cree que quienes expresan cariño son "empalagosos"					
4	Evitamos contar nuestras cosas personales para cuidarnos de los demás					
5	Expresamos nuestros temores					
6	Escuchamos al que está deprimido					
7	No se habla de temor al fracaso					
8	Se piensa que es inadecuado molestar					
9	Hablamos con los demás cuando algo nos molesta					
10	No hablamos de lo que nos duele					
11	Nos saludamos de beso y abrazo					
12	No nos enojamos					
13	Tenemos actividades para divertirnos juntos					
14	Nos abrazamos sin motivo					
15	Evitamos cualquier conflicto o discusión					
16	No decimos nuestras opiniones por temor a los demás					
17	Evitamos molestarlos a costa de lo que sea					
18	Decimos "te quiero" a los demás					
19	Se cree que el sexo es una expresión de amor					

GRACIAS POR TU PARTICIPACION

**EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)
(Adaptación)**

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia.

La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo que importa es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible.

Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

		TA	A	N	D	TD
1	En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista	5	4	3	2	1
3	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	5	4	3	2	1
4	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1
5	Mi familia me escucha	5	4	3	2	1
6	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
7	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones	5	4	3	2	1
8	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente	5	4	3	2	1
9	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
10	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión	5	4	3	2	1
11	Nosotros somos francos unos con otros	5	4	3	2	1
12	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	5	4	3	2	1
13	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga	5	4	3	2	1
14	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	5	4	3	2	1
15	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	5	4	3	2	1
16	Nos contamos nuestros problemas unos a otros	5	4	3	2	1
17	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas	5	4	3	2	1
18	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos	5	4	3	2	1
19	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	5	4	3	2	1
20	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz	5	4	3	2	1
21	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia	5	4	3	2	1
22	Todo funciona en nuestra familia	5	4	3	2	1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
 RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



ENFERMEDADES EN LA ADOLESCENCIA

El presente cuestionario tiene el propósito de evaluar en forma general, cuales son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes. Este cuestionario es anónimo, por lo que puedes contestarlo con toda libertad, los datos sólo serán utilizados con fines estadísticos. A continuación encontrarás algunas preguntas sobre si has padecido o no ciertas enfermedades o malestares en los últimos 2 años. Marca con una “ X ” la respuesta adecuada, de acuerdo a tu experiencia.

		SI	NO
1.	En los últimos 2 años, ¿has padecido problemas de acné, de tal manera que hayas tenido que acudir al dermatólogo o al menos tuviste la intención de hacerlo?		
2.	¿Aparecieron en tu piel ronchas en todo tu cuerpo o en alguna parte específica, sin razón aparente, desapareciendo más tarde?		
3.	¿Experimentaste la caída parcial o total del cabello? (de tal forma que se notara a simple vista)		
4.	¿Tuviste ronchas acompañadas de enrojecimiento de la piel e hinchazón (urticaria)?		
5.	¿Te diagnosticaron o tuviste herpes en alguna parte del cuerpo (infección en la piel y/o mucosas)?		
6.	¿Tienes Asma?		
7.	¿Eres alérgico o has padecido algún tipo de alergia?		
8.	¿Tienes o has tenido dificultades por tu forma de comer (comes en exceso, casi no comes, comes y luego vomitas)?		
9.	¿Padeces gastritis o colitis?		
10.	¿Tienes problemas de estreñimiento?		
11.	O por el contrario, ¿Obras cuatro o más veces al día?		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
 RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



El presente cuestionario tiene como propósito conocer un poco más a fondo el mundo de los jóvenes como tú. Por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de que respondas conforme a lo que sabes, teniendo presente que esta información es confidencial. Gracias por colaborar con nosotros!!

Edad		Sexo	M	F	Escuela		Semestre	
------	--	------	---	---	---------	--	----------	--

1.- ¿Cuáles son los distintos tipos de relación, que se pueden dar entre los chicos de tu edad?

2.- Describe las características de cada una de ellas, tomando el cuadro que se presenta a continuación

Nombre de la relación	Entre quienes se da	c/cuando se ven	En la relación existe o se permiten					La relación es	
			Besos	Caricias	Sexo	Compro	Amor	Secreta	Pública

* si es necesario, utiliza una hoja extra

3.- Ordena jerárquicamente la lista que hiciste, situando en el primer lugar aquella relación que consideres más satisfactoria para los chavos que se involucran en ella, especificando en la casilla de al lado el por qué

	Nombre	¿Por qué?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

* Si es necesario utiliza una hoja extra

4.- ¿Para que una relación, entre las personas de tu edad, sea insatisfactoria, qué características debe tener?

5.- ¿Cómo crees que los chicos de tu edad, pueden darse cuenta que una relación de las que has mencionado, es insatisfactoria?

6.- ¿Qué crees que mantiene juntos a las personas que tienen relaciones insatisfactorias?

7.- ¿Qué es lo que has visto o te han contando, que hacen los chavos, para librarse de una relación insatisfactoria?

8.- Si lo necesitaran, ¿de qué manera crees que se les podría ayudar a los chavos que se involucran en relaciones que son insatisfactorias?

9.- De las relaciones que enumeraste en la pregunta 1, ¿cuáles son las que tú has experimentado?

10.- ¿Cuál o cuáles de ellas han sido insatisfactorias para ti y por qué?

11.- ¿Qué cosas crees que necesitan los chavos de tu edad para tener relaciones satisfactorias?

Gracias por tu colaboración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
 RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



GUIA DE ENTREVISTA PROFUNDA

1. ¿ Cuántos novios has tenido?
2. Platicando con otros chicos de tu edad, nos han hablado de que existen distintas formas de relaciones de pareja, a su edad, como son el free, amigobios, los caldos, amigos cariñosos, etc. ¿tus noviazgos a que categoría pertenece?
3. Preguntamos también acerca de las que consideraban más satisfactorias y por qué, y al parecer es diferente para los hombres y para las mujeres ¿por qué crees que algunas de ellas son más satisfactorias para los hombres y otras para las mujeres?
4. Al parecer el noviazgo resultó el tipo de relación menos deseado por ambos (aparentemente), ¿a qué crees que se deba? (chechar que pasó con las mujeres)
5. Cuando se habla de compromiso entre los adolescentes ¿qué es lo que entienden? (significa que ya todo tiene que ser formal y con expectativas para casarse?)
6. ¿Las mujeres tienen frees, con la idea de que en el futuro se vuelva un noviazgo?
7. ¿Cómo te das cuenta de que alguien está enamorado de ti?
8. ¿Crees que los celos son una demostración de amor?
9. Si él o ella, quieren saber siempre en donde estás y con quien andas ¿es porque está de verdad enamorado de ti?
10. ¿Crees que el amor de un chavo puede llegar a fastidiar, molestar, incluso hasta asustar a su pareja?
11. ¿En que ocasiones puede suceder lo anterior?
12. ¿Esa misma idea tienen los hombres?
13. Cuando tus amigos se encuentran o llegan a encontrarse en una situación así, ¿crees que se debe hacer algo para apoyarles?
14. ¿Qué hacen las personas que están a su alrededor? (padres, amigos, maestros)
15. ¿Cuál es o cual sería la reacción de tus amigos?
16. Si nadie hiciera nada ¿qué podrían hacer los chavos que están en una relación así?
17. Y si fueras tú quien está en esa situación ¿qué te gustaría que hicieran por ti (amigos, maestros, padres)
18. Entre las chavos de tu edad, ¿crees que puedan existir relaciones (de cualquier tipo de los antes mencionados), que puedan ser dañinas o hasta peligrosas?
19. ¿Para ti que características tendría una relación insatisfactoria, una dañina y una peligrosa?
20. Para prevenir o evitar que los chavos se involucren en relaciones dañinas y/o peligrosas, ¿qué es lo se podría hacer en:
 - a. La familia
 - b. La escuela
 - c. Con el grupo de amigos
21. Recuerdas el caso del joven Santoy. ¿El muchacho que asesinó a los hermanitos de su exnovia y que casi la mata a ella también?
22. ¿Qué impresión te causó enterarte de la noticia?
23. ¿Por qué crees que su relación de noviazgo llegó hasta ese punto?
24. ¿Qué pudieron haber hecho para evitar la tragedia? (ellos, su familia, la escuela, la comunidad)
25. Si fueras amigo de alguno de los dos ¿Qué hubieras hecho?
26. ¿Conoces a chicos que se encuentren en una situación parecida, que pudiera desembocar en algo así?
27. ¿Cómo crees que se puede prevenir?
28. ¿Qué entiendes por violencia?
29. ¿Qué características tendría una relación de pareja violenta, entre los chavos de tu edad?
30. ¿Qué se puede hacer para que los chicos, no se involucren en relaciones violentas

BOLETÍN "ENLACE VECINAL"

Primera Publicación



ENTRE PERROS Y GATOS

Dejemos de pelear y olemos por respetar, si tu mascota sale a pasear, sus heces debes levantar.

Vecin@ recuerda que en los jardines y áreas comunes, l@s niñ@s de esta unidad salen a jugar, no pongas en riesgo su salud y contribuye a que nuestro Conjunto Gloria tenga un mejor aspecto.

Si sigues este consejo, muchos problemas se han de evitar.

Recuerda tu participación es importante puedes enviar tus comentarios a la siguiente cuenta de correo electrónico neliquetzal@gmail.com, solo especifica conjunto gloria en asunto.

ENLACE VECINAL

Conjunto Gloria

EDITORIAL

DÍA DE MUERTOS

Como hace ya varios años atrás, el 1º de noviembre los pequeñ@s de nuestro conjunto, salieron a pedir su tradicional calaverita. Fue un lindo destile de niñas y niños disfrazados con los atuendos típicos para esta fecha, sin embargo la imaginación no tuvo límites con el pequeño Santi (niño de Don Pancho) que vino disfrazado de una aleradora ¡¡¡JERINGA!!!, así es, jamás se me hubiera ocurrido un disfraz tan alerador como original, felicidades.

¡¡¡Mil Gracias!!!
Y como nueva Administración, esperamos contar con tu valioso apoyo, para poder hacer un buen papel.

Noviembre 2006

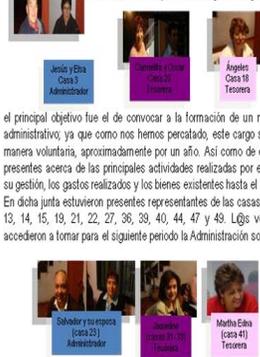
MIEMBROS DE LA ADMINISTRACION

Salvador Rivera	Casa 23
Administrador	
Jaqueline Padilla	Casas 31-33
Tesorera	
Martha Edna Barrios	Casa 41
Tesorera	

Elaboración y diseño Martha Edna Barrios, Casa 41

CAMBIO DE ADMINISTRACION

El pasado 28 de octubre se llevó a cabo la junta vecinal organizada por los miembros de la Administración del Conjunto, nuestr@s vecin@s.



el principal objetivo fue el de convocar a la formación de un nuevo grupo administrativo, ya que como nos hemos percatado, este cargo se ejerce de manera voluntaria, aproximadamente por un año. Así como de enterar a los presentes acerca de las principales actividades realizadas por ellos durante su gestión, los gastos realizados y los bienes existentes hasta el momento. En dicha junta estuvieron presentes representantes de las casas 4, 5, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 27, 36, 39, 40, 44, 47 y 49. L@s vecin@s que accedieron a tomar para el siguiente periodo la Administración son:



La entrega oficial, se llevó a cabo el día 7 por la noche, haciendo entrega de los documentos acumulados a lo largo de anteriores administraciones, documentación generada durante su gestión, inventario de los objetos que se encuentran en el cuarto de bombas y la cantidad de \$ 17,289.91 (diecisiete mil doscientos ochenta y nueve pesos con noventa y un centavos). Actualmente las casas que se encuentran atrasadas con su mantenimiento son las 6, 7, 9, 22, 24, 29 y 40, con un monto global de 19,920.00 (diecinueve mil novecientos veinte pesos). Exhortamos a dich@s vecin@s, a que se pongan al corriente, para que podamos invertir en el mantenimiento y mejora de nuestro Conjunto.

INFORMACION GENERAL

Al igual que much@s de nuestr@s vecin@s, desconocemos en su mayoría las actividades propias de la Administración, así que consideramos importante compartir contigo lo que estamos empezando a conocer, así como proporcionarte información general acerca de nuestras actividades.

- Tus pagos de mantenimiento puedes realizarlos en las casas 23, 31 o 41, así como con la Sra. Jose, la portera.
- Estos pagos deberán realizarse los primeros 5 días de cada mes, como se ha venido haciendo hasta ahora. El día 5 por la noche serán registradas en el pizarrón las casas que adeudan, como es costumbre.
- Podrás seguir haciendo uso de las herramientas de jardinería, solicitándolas a los miembros de la Administración. Recuerda que mientras mejor uso y cuidado tengamos con ellas, más tiempo nos durarán.
- Te informamos que acudimos a presentarnos con las personas de la delegación que nos han apoyado con algunos servicios, lamentablemente no se encontraban en ese momento, pero tenemos una cita con ellos el próximo martes 14. Está pendiente el pitado de la barda, desasolve general, asfaltado del pasillo principal, lavado de sistema y alarma vecinal.
- Pedimos tu colaboración, para que l@s niñ@s, jóvenes y adultos que viven en tu casa, deponen la basura dentro de los botes correspondientes, en el área designada para tal fin, conforme al tipo de basura (orgánica, inorgánica). Es por el bienestar común.

¡SEGUIMOS EN CONTACTO!

Tercera Publicación, que incluyó el primer artículo



MUCHAS GRACIAS

A tod@s l@s vecin@s que se han puesto al comentario con sus cuotas de mantenimiento o que están haciendo un esfuerzo, abonando parte de su adeudo, les damos mil gracias. A los que no han podido hacerlo aún, les exhortamos para que en cuanto puedan, al menos abonen un porcentaje.

Un Conjunto limpio, no es el que más se barre, sino el que menos se ensucia.

ENLACE VECINAL

Conjunto Gloria

Enero 2007

EDITORIAL

¡FELIZ AÑO NUEVO!

Hola vecin@s, esperamos que hayan disfrutado de las pasadas festividades, en compañía de sus seres queridos, y que este año sea de crecimiento, abundancia y bienestar. Muchas gracias a tod@s aquellos que participaron en la posada; una disculpa a quienes querían seguir con la fiesta y tuvimos que darles las buenas noches, pero la intención es convivir en familia, respetando también a las personas que no participan en los eventos, esperamos su comprensión.

Como es característico, cada inicio de año, tod@s tenemos la oportunidad de renovar nuestros votos hacia la vida y fijamos nuevas metas; nosotros esperamos contar con tu colaboración para alcanzar aquellas que nos hemos planteado a lo largo de este año para mejorar nuestras condiciones de vida en común.

MIEMBROS DE LA ADMINISTRACION

Salvador Rivera	Casa 23
Administrador	
Jaqueline Padilla	Casas 31-33
Tesorera	
Martha Edna Barrios	Casa 41
Tesorera	

Elaboración y diseño Martha Edna Barrios, Casa 41

PRE-POSADA

Estamos muy content@s por la respuesta de l@s vecin@s; pese a que algunos cooperaron y no vinieron (tramosillos), y otros que no salieron porque no habían cooperado, recuerden que la intención es convivir. Lo importante es que siempre habrá una oportunidad para compensarlo después. Gracias a tod@s!!!



Cantamos la letanía para pedir posada con velitas y todo.

Chicos y grandes rompimos las piñatas

BIENVENID@S

Parece que tenemos nuevas caras en nuestro Conjunto, los inquilinos de la Casa 6. Les damos la más cordial bienvenida y los miembros de la Administración nos ponemos a sus órdenes. Nuestros datos se encuentran al final de este boletín.

FELIZ DIA DE REYES

Esperamos que tod@s l@s niñ@s, se hayan portado muy bien este año para que los Reyes Magos, les traigan sus juguetes, solo recuerden que hay muchos niñ@s en el mundo, así que pidan porquillo para que alcance para tod@s, ya ven que de pronto los Reyes no se dan abasto para tanto niñ@.

Disfruten de su día y de la deliciosa Rosca de Reyes con chocolate, en compañía de su familia.

El modelo de soluciones nos invita primero, a descubrir cuáles son los patrones repetitivos de comportamiento que tenemos. Por ejemplo, ponte a pensar en algo que hayas querido cambiar en ti (a los demás no podemos cambiarlos) y que hasta ahora no hayas podido, si quieres puedes empezar por cosas sencillas, hasta que te vuelvas diestro@ en el manejo de estas herramientas.

Identifica, qué es lo que haces, cuándo lo haces, cuáles son las circunstancias en que lo haces, con quienes sucede, en dónde sucede, que es lo que piensas y sientes cuando esto pasa. En fin, trata de hacerlo como si fuese la escena de una obra de teatro y tu estuvieras escribiendo el guión.

Una vez que hayas identificado perfectamente bien lo que sucede cada vez que haces eso que quieres cambiar, ahora trata de identificar en qué momentos, por difícil que parezca, has hecho algo diferente que te ha funcionado. Es difícil porque estamos muy acostumbrad@s a fijar nuestra atención en todo lo que nos sale mal, pero no en aquellas cosas que si nos funcionan.

¿Lo lograste?, piensa en todo aquello que fue diferente, has lo mismo que cuando describiste la escena del evento cuando no te funciona, es decir, piensa qué es lo que haces, cuándo lo haces, cuáles son las circunstancias en que lo haces, con quienes sucede, en dónde sucede, que es lo que piensas y sientes cuando esto pasa.

CONTINUARA

PRE-POSADA



En fin, pasamos una velada, fría, pero de lo más agradable
GRACIAS POR PARTICIPAR

CAMPAÑA CONJUNTO BELLO, EN CONJUNTO

Hola Vecin@, te invitamos a participar en la campaña **"CONJUNTO BELLO, EN CONJUNTO"**, que se llevará a cabo el **sábado 13 y domingo 14 de este mes**, con la intención de darle mantenimiento a nuestro Conjunto Habitacional. Las actividades que pretendemos realizar son:

- Pintado de Fachada, cuarto de servicio y bombas
- Pintado de Herencia Fachada
- Pintado Puertas y Ventanas de la entrada
- Pintado de las líneas amarillas de todas las áreas
- Pintado área de medidores de luz
- Colocación de los señalamientos que se han caído

Puedes participar, en cualquiera de las actividades señaladas arriba, preparando alguna bebida o botana para aquellos que colaboran, prestando brochas, regalando estopa, etc. Lo importante es que lo hagamos EN CONJUNTO.

Recuerda que todo es con el propósito de mantener linda la casa de todos, nuestro **!!!Conjunta Gloriat!!!**

Registra tu participación con los miembros de la administración, te esperamos!!!

PROPOSITOS DE AÑO NUEVO

PEQUEÑOS GRANDES CAMBIOS
Parte I

Te has percatado que cada inicio de año, la mayoría de las personas, hacemos una larga lista de todos nuestros buenos propósitos, como por ejemplo, dejar de fumar, hacer dieta, ejercitarnos, ser más puntuales, etc.

Pero te has puesto a pensar, ¿cuántos años llevamos teniendo estos buenos propósitos sin poder cumplirlos? ¡¡¡¡¡Juuuuuu!!! Creo que ya bastantes ¿no?

Existen un gran número de explicaciones acerca del por qué no lo logramos, pero una en particular que me ha llamado mucho la atención es la planteada por un modelo terapéutico, llamado **Centrado en las Soluciones**. ¿Quieres conocerlo?

El punto de partida es cuestionarnos ¿por qué seguimos haciendo exactamente las mismas, si no nos han funcionado?, parece una pregunta muy simple, pero reflexiona en ella por unos momentos. Después de hacer la misma cosa que no funciona, decimos que en verdad no se puede o que es imposible, cerrándonos con esto todas las demás posibilidades de alcanzar nuestro objetivo. O en el peor de los casos lo tomamos como una deficiencia personal, que nos marca por el resto de nuestros días.

Segunda y Tercera parte del Artículo "Pequeños Grandes Cambios"

PEQUEÑOS GRANDES CAMBIOS Parte II

Una vez que hemos hecho nuestros "guiones teatrales" por llamarlos de alguna manera, acerca de lo que hacemos repetitivamente, con las cosas que queremos cambiar y no podemos, así como, en aquellas excepciones en que hemos hecho algo diferente; ahora vayámonos encaminando hacia nuestras posibles soluciones, haciendo justamente lo que funciona!

Nuevamente centrámonos en aquellos momentos en que el problema que tenemos no se ha presentado, pese a que pensamos que sucedería. ¿Qué sucedió entonces, qué fue diferente, qué hicieron las personas involucradas, en qué lugar pasó?, en fin todos los elementos que se conjugaron para que el problema no se presentara. Es muy importante que detectemos ahora, que fue lo que sucedió después de que el problema no se presentó. Es decir, si siempre peleo con mis padres o mi pareja, porque no logramos ponernos de acuerdo en algo, voy a identificar aquella ocasión en la que fue posible llegar a un acuerdo sin pelear. Una vez que identifiqué todo lo que sucedió, me centraré en recordar lo que sucedió después de que logramos ponernos de acuerdo sin pelear, ¿cómo me sentí como percibí a los otros, cómo pasamos la tarde?, en fin todo lo que pueda recordar.

CONTINUARA

PEQUEÑOS GRANDES CAMBIOS Parte III y última

¿Pensaron que no concluiría este tema verdad?, claro que no, aquí está la última parte.

Una vez que has reconocido las cosas que has hecho para que la situación no empeore, estarás identificando los comportamientos que pueden permitirte detener, solucionar o cambiar, en alguna medida el problema, siempre y cuando los amplíes, generalices y/o lo hagas un hábito.

En muchas ocasiones esta labor se dificulta, porque nos quedamos atrapados en la misma forma de ver los problemas, sobre todo cuando estos datan de tiempo atrás. Para poder desarrollar una nueva visión del problema, necesitamos entrar en contacto con nuestros sentimientos y a veces con nuestro pasado. No para encontrar una justificación, sino para reconocerlos, validarlos y asumílos. Al hacer esto, nos vemos obligados a reconocer, validar y asumir los sentimientos y el pasado de los otros. Pero lo fundamental es trascenderlos y no permitir que nos determinen. Entonces estamos preparad@s para dirigir nuestra atención hacia una nueva visión, de lo sensorial unido al pasado, a la creatividad de las soluciones enfocadas al futuro.

Tal vez estés pensando que todo lo que necesitas, es pensar positivamente para que los cambios se generen, sin embargo, no es así; los cambios se producen cuando el pensamiento positivo te lleva a identificar un problema, enfocarte en las posibilidades de solución y a llevarlas a cabo con la mayor frecuencia posible. Es entonces cuando un verdadero cambio se genera.

En este espacio, te hemos presentado sólo cuatro de las diez claves que Bill O'Hanlon (2003), menciona en su libro "Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida". Te invitamos que conozcas el resto de estas claves, consultando su libro. Es interesante ¿no?. ¡ Hasta la próxima !

Artículos sobre el Ciclo Vital de la Familia y el de ¿Y tu familia de que tipo es?



¿Sabías que la familia también tiene un proceso de desarrollo, que en algunas de sus etapas, suele generar ciertas tensiones para los miembros que la integran? Pues esto es cierto, la familia atraviesa por una serie de etapas que de pronto tensan la relación entre las personas, el problema es que en ocasiones estas tensiones las atribuimos a las características personales de los individuos y no a los procesos.

La primera etapa hace referencia al desprendimiento de los padres después de todos los cambios que se experimentan en la adolescencia. Esta etapa puede generar tensión en las personas, porque implica entrar en un periodo de competencia con el grupo de pares (personas de la misma edad) para la elección de una pareja, además de acrecentar la vulnerabilidad del individuo, ya que se encuentra siempre latente la posibilidad del rechazo. Lo cual puede generar inseguridad. Esto es muy importante sobre todo en este tiempo en donde se ha hecho culto a estándares de belleza y éxito bastante difíciles de alcanzar para la mayoría de la población.

Después de la elección de pareja y el establecimiento de la relación más formal, la nueva pareja se enfrenta al acoplamiento mutuo, en donde se encuentran en juego dos maneras distintas de entender y organizar el mundo que les rodea.



Desde mi punto de vista, esta etapa podría estar relacionada con el famoso "noviciado" como se denomina coloquialmente a los primeros años de la vida marital y en donde las cosas no suelen ir muy bien que digamos, por esos ajustes entre los pensamientos y comportamientos de ambos.



La llegada de los hijos marca una nueva etapa en la pareja, generando un nuevo ciclo de acomodamiento para ambos. Ahora se enfrentan a la problemática de definir el tipo de padres que serán. Aquí lo que genera mucha tensión son las

propias inconsistencias, es decir, los malos hábitos y problemas emocionales que los mismos adultos veremos anastrando desde niños y que obstaculizan los procesos de enseñanza aprendizaje en los hijos.

Sin embargo la etapa que ha sido considerada como la que genera mayor tensión en la familia, es cuando los hijos llegan a la etapa de la adolescencia, en donde suele darse una ruptura de los lazos entre padres e hijos, que si bien es cierto, es necesaria para su individuación, coloca a los jóvenes en una situación muy vulnerable y a los padres, ante un gran desafío.



Finalmente cuando los hijos se van para formar sus propias familias, los padres se enfrentan a lo que se ha llamado el síndrome del nido vacío en donde se da un reencontro entre la pareja, el cual puede ser muy tenso, si es que quedaron asuntos pendientes de resolver antes de que llegaran los hijos, generando un gran sentido de desolación, si no se aplican para solucionarlos.

Este ciclo puede ser alterado por muchísimas causas, como son los embarazos en la adolescencia o aquellos que se dan a edad avanzada. Con la muerte prematura de los hijos o la muerte temprana de los padres. Lo importante es que lo conozcas y que busques ayuda si es que existen dificultades que no puedes resolver.

¿Y TU FAMILIA... de que tipo es?

Normalmente cuando pensamos en una familia, nos imaginamos, por lo general, al papá, la mamá y los hijos, ¿o no? A veces pensamos también en los abuelos, tíos y primos. Pero ¿sabías que las familias pueden clasificarse por distintos tipos? algunas de esas clasificaciones se basan en la estructura o constitución que tienen cada una de ellas. Pero lo más interesante es que cada uno de estos tipos de familias, se enfrentan a problemáticas muy particulares ¿quieres conocerlas? A continuación te presentamos algunas de ellas.

Familias de pas de deux - Son aquellas conformadas por dos miembros únicamente, pueden ser uno de los padres con un hijo, o los padres cuyos hijos ya no viven con ellos, uno de los abuelos y un nieto, etc. Los miembros de estas familias pueden tener una relación tan estrecha que puede llegar a hacerlos dependientes y al mismo tiempo con una fuerte carga de resentimiento entre ellos. En ellas es preciso que sus integrantes se relacionen con otras personas significativas que les ayuden a contrarrestar esta dependencia.

Familias de tres generaciones

Están compuestas por miembros que pertenecen a tres generaciones distintas, la más común es abuelos, padres e hijos, sin embargo hay una gama infinita de combinaciones. Estas familias pueden tener dificultades para ponerse de acuerdo en cuáles deben ser las reglas a seguir en casa; quienes deben encargarse de qué, ya que por ejemplo, una persona puede tener el rol de padre e hijo al mismo tiempo; o enfrentarse a la formación de "alianzas" que de pronto perjudican a los demás miembros. En estas familias es importante que se tenga claro cómo deben organizarse, cuáles son las reglas que se seguirán, qué papel jugará cada quien y cómo sacarle provecho para el bien común, a las citadas "alianzas".

Familias acordéon - La característica principal de estas familias, son las ausencias prolongadas de alguno de los padres, generalmente por cuestiones de trabajo. Sin embargo en nuestro país es frecuente este tipo de familias, a consecuencia de la doble vida, causada por la infidelidad. En ellas la mayor parte de la carga familiar recae sobre el progenitor que se encuentra presente, quien tiene que hacerle frente a las situaciones que se presentan en la ausencia del otro. El desajuste se presenta cuando el ausente regresa o se presenta, para permanecer por un tiempo mayor del acostumbrado, obligando a la familia a organizarse de una manera distinta nuevamente. En estos casos es importante el acuerdo mutuo entre los padres, para que aún a distancia, haya involucramiento en la dinámica familiar y que la organización familiar pueda desempeñarse estando ausente o presente.

Familias cambiantes

Aquí se encuentran las familias que constantemente cambian de domicilio, por cuestiones laborales o porque es el modo de vida que han adoptado, ya que suelen tener muchos conflictos en los lugares en donde viven y terminan por ser expulsados. Sea cual sea la causa de los cambios, estas familias por lo general se van aislando de su entorno, volviéndose un tanto solitarias. Sus miembros experimentarán dificultades para establecer lazos afectivos y de amistad. Lo cual en algunos casos puede volver a sus miembros poco sensibles a las demandas y necesidades de la gente que les rodea.

Familias con padrastro o madrastra - Estas familias se enfrentan a ciertos problemas de adaptación. El nuevo integrante de la familia puede ser incorporado con facilidad o mantenido al margen de la unidad preestablecida. Esto genera gran tensión al padre natural. Estas dificultades son normales y lo importante es que todos los miembros de la familia contribuyan para poder establecer una nueva organización que involucre al nuevo miembro de la familia.

Interesante ¿no? El tipo de familia y la etapa del ciclo vital de la familia en el que se encuentra, puede ayudarte a conocer más sobre tu familia. ¡Hasta la próxima!

EVALUACION

No. de Personas en Casa _____

Por favor **subraya la opción** que más se apegue a tu apreciación acerca del boletín en las preguntas que tienen varias opciones. En las **preguntas abiertas escribe tu opinión** en las líneas correspondientes.

1.- En relación a su apariencia (formato, ilustraciones, extensión, etc.), el boletín te parece:

- a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy Malo

2.- Su objetivo general es el de mantenerte informado sobre los asuntos del Conjunto, consideras que este objetivo se cumple de manera:

- a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Muy Mala

3.- Organizar eventos recreativos entre l@s vecin@s, te parece una idea:

- a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Muy Mala

4.- Los mensajes dirigidos a mejorar la convivencia entre condóminos, dirías que son:

- a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Muy Malos

5.- Invitar a los habitantes del Conjunto a participar en campañas de mejora te parece:

- a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy Malo

6.- Incluir artículos de temas relacionados con la psicología, consideras que es:

- a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy Malo

¿Por qué? _____

8.- De los temas presentados señala el que más te ha gustado y por qué:

- a) Pequeños grandes cambios (tres partes) b) Ciclo Vital de la Familia c) Y tu Familia de que tipo es

¿Por qué? _____

Si deseas hacer algún otro comentario y/o sugerencia, puedes utilizar la parte de atrás de esta hoja

GRACIAS POR TU PARTICIPACION

Presentación

“Tratamiento de Adolescentes en la Institución”

La presentación tiene movimiento motivo por el cual algunas diapositivas salen encimadas

TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES EN LA INSTITUCIÓN
TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIÓN
ESTRADA (1990)

PRESENTACION

VIENE COMO
 REGLAS DEL JUEGO
McGOLDRICK (1995)

OBJETIVO

Proporcionar a los psicólogos, herramientas para el tratamiento de las problemáticas más frecuentes en los adolescentes, dentro de las instituciones educativas, desde la perspectiva de la Terapia Breve Centrada en la Solución.

Pittman, 1990

CICLO VITAL DE LA FAMILIA HALEY (1993)

ADOLESCENCIA



Muchos otros factores convergen con las distintas etapas de este ciclo, facilitando u obstaculizando el proceso. Como por ejemplo, el padecimiento de alguna enfermedad en cualquier miembro de la familia, la muerte de alguno de ellos, dificultades económicas imprevistas, etc. Por estos motivos, algunas familias transitarán por él de una forma más natural y sencilla que otras. Son estas últimas las que acuden a consulta en busca de ayuda profesional

ADOLESCENCIA

- Etapas de transición (infancia - adultez)
- Contemplado entre los 10 y 23 años
- Periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo
- Construcción de identidad
- Búsqueda de Autonomía e Independencia
- Identificación con sus pares

“Los problemas y las patologías surgen, en la relación adolescente familia, cuando la comunicación se vuelve disfuncional y obstaculiza, en vez de favorecer el proceso de autonomía e independencia del joven”.

(Nardone, Giannotti Rocchi, 2003, p.42)

- Problemas sociales fundamentales**
- Comunicación Anómala
 - No logra el desencante
 - Actos delictivos
 - Fracasa en estudios o trabajo, así depende permisos
 - Viste extravagante
 - No habla
 - Lenguaje amanerado
 - Escritura excéntrica
 - Encuadra las situaciones
 - Dolencias físicas, extrínsecas
 - Desobedece a las figuras de autoridad, de modo “involuntario”

EFECTOS SOCIALES

ENFOQUE BIOLÓGICO

Las dificultades de los adolescentes surgen de la interacción entre su predisposición genética y su medio.

- Relación entre estados orgánicos y las dificultades conductuales y emocionales
- Influencia de la configuración genética en el comportamiento y las emociones.

ENFOQUE CONDUCTUAL

Las dificultades emocionales y conductuales son producto de experiencias de aprendizaje

- La herencia y el ambiente interactúan influyendo en la conducta.
- Cada adolescente tiene un conjunto de conductas que se derivan de lo que aprende y de ambientes sociales y físicos determinados.
- Las dificultades emocionales y conductuales son, en parte, el producto de experiencias de aprendizaje adaptativas.

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes son producto de procesos cognitivos (pensamientos, creencias, expectativas, actitudes y atribuciones) desadaptativas

- Relación entre cogniciones negativas y dificultades emocionales y conductuales.
- Los sesgos de atención y de recuerdo seleccionan la información negativa, lo que mantienen los problemas.
- La metacognición (pensamientos sobre el pensamiento), puede exacerbar los problemas.
- Las cogniciones negativas pueden modificarse a través de desafíos lógicos o preparando experiencias contrarias.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Se presentan dificultades en la persona cuando se experimenta falta de consideración positiva y de autoconsideración.

- El enfoque se centra en la autoconciencia reflexiva
- Assume un punto de vista fenomenológico
- Las personas luchan por crecer y realizar todas sus capacidades.
- El yo real y el yo ideal
- La relación padre-hijo, debe ser democrática

ENFOQUE PSICODINAMICO

Los problemas emocionales y conductuales, son la manifestación de los impulsos, deseos y representaciones objetivas del mundo interior

- Los conflictos tienen su origen en la infancia
- Son inconscientes e inaccesibles excepto en condiciones especiales
- Estos aparecen simbólica o metafóricamente, en sueños, síntomas de estrés o de abuso a distintas sustancias
- Los problemas causan ansiedad o dolor psicológico, lo que activa mecanismos de defensa.

ENFOQUE ECOSISTEMICO

Las dificultades emocionales y conductuales son resultado de interacciones negativas entre los miembros de un sistema (familia, grupo de pares, escuela)

- Las interacciones negativas pueden deberse a percepciones o concepciones erróneas de los individuos.
- Los problemas se prevalecen por las pautas repetitivas mantenidas por los miembros del sistema
- Son susceptibles de análisis reflexivo.

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La Terapia Familiar Sistémica aparece alrededor de los años 50's, como una alternativa para la solución de las problemáticas a las que se enfrenta la familia

- Basada en las premisas de la Teoría General de Sistema, de la Comunicación y de la Cibernética de Segundo Orden
- Enfocada en la observación de las relaciones que se establecen entre sus miembros, tomando en cuenta, su organización, las reglas que regulan su desenvolvimiento, los mecanismos que desarrollan para mantener su equilibrio o generar cambios internos, la forma como dichas relaciones son influidas por el medio que los rodea

TERAPIA BREVE

La necesidad de abreviar la extensa duración del análisis y proporcionar soluciones más inmediatas a las problemáticas de los pacientes, pueden considerarse como algunos de los factores que motivaron el surgimiento de la Terapia Breve.

En el ámbito de la Terapia Familiar, se puede considerar que los grupos que han dado mayor impulso a la Terapia Breve, son los de Estados Unidos e Italia. En Estados Unidos, el grupo de Palo Alto, California, en el Mental Research Institute (MRI), en donde Bateson, Weakland, Watzlawick y Fisch han hecho grandes aportaciones. Y en Italia el formado por Selvini Palazzoli, en su Centro para el estudio de la familia (Milán) donde trabajaba con Boscolo, Cecchin y Prata (Mahugani, 1990).

TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCION

Después del gran éxito que tuvieron los trabajos realizados por Haley y los realizados posteriormente en el Centro de Terapia Breve de Palo Alto, hubo un gran interés por el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos breves/estratégicos (Cade y O'Hanlon, 1995).

A finales del siglo XX, con el surgimiento de la crítica posmoderna, en el ámbito de la psicoterapia, empiezan a surgir numerosas terapias, las cuales cuestionan las premisas tradicionales de la modernidad (positivismo). El modelo de la Terapia Breve Centrada en la Solución (TBCS), es una de ellas y en la actualidad es un modelo sólidamente fundamentado (Lipchik, 2004).

Basados en los trabajos de Erickson, Bateson, Watzlawick, Jackson, Weakland y Haley, entre otros; De Shazer y sus colaboradores, elaboraron dicho modelo en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, hacia mediados de los años 80's; por otro lado las aportaciones de William H. O'Hanlon y Michele Weiner-Davis, son también consideradas como pilares en su desarrollo (Selekman, 1996).

PRINCIPIOS

La resistencia no es un concepto útil. Se parte de la idea de que cada cliente tiene una forma peculiar de cooperar y es labor del terapeuta descubrir cuál es esta, para favorecer el cambio desde allí. Según Lipchik (2004), el terapeuta denomina resistencia, a su incapacidad para comprender la forma de actuar para lograr el cambio en el paciente.

Cada cliente es único. Tener esto en mente facilita la identificación de la solución más rápida y adecuada, para cada caso en particular. Lo que lo que pudo resultar apropiado en casos similares, puede no serlo para uno en particular.

Las emociones son parte de todo problema y de toda solución. Partiendo del supuesto de que el lenguaje es una acción inseparable de la emoción, Lipchik (2004), señala que el no tomar en cuenta las emociones puede limitarnos en la comprensión de la problemática del cliente. **Los problemas no aparecen, aparecen en conjunto con el paciente.** Las referencias a que de pronto preguntan por lo que no se quiere cambiar, facilita el cambio, sobre todo cuando el paciente no puede producir soluciones concentrado solo en el problema.

No podemos cambiar el pasado de modo que debemos centrarnos en el futuro. Recordar este supuesto, permite al terapeuta, evitar caer en la tentación o entrar en complicidad con el cliente, acerca de las causas pasadas de su problemática y centrarnos en lo que se requiere modificar en el aquí y ahora.

• Identificar con el, las excepciones, es decir los momentos en que no se presenta el problema y por qué sucede esto

• Solicitar que haga una evaluación del 1 al 10 de los problemas, donde 1 es la situación más inadecuada y 10 la ausencia del problema. Con el fin de identificar los temas específicos para indagar e intervenir

• Pedirle que identifique redes sociales de apoyo

• Cuestionar acerca de lo que hace para enfrentar el problema

• Resumir la sesión y fijar objetivos

El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes. Sugiere al terapeuta, mantener una actitud de esperanza; ya que los problemas son considerados como parte de la dinámica de la vida.

El terapeuta no puede cambiar a los clientes, solo ellos pueden cambiarse a sí mismos. De acuerdo a Lipchik (2004), este supuesto es funcional cuando el terapeuta se ve atrapado en una lucha por el poder con el paciente o cuando este último parece estar estancado, desde su perspectiva, es momento de abordar el sentir del paciente. **Nada es completamente negativo.**

Llevar a los clientes a reflexionar al respecto debe ser una tarea del terapeuta, con el propósito de que el primero, tenga un panorama más amplio sobre su situación.

ESTRATEGIAS Y TECNICAS

Búsqueda de la excepción. Aquí lo que se pretende es identificar todos aquellos momentos en que el motivo de la queja no está presente, con el fin de identificar lo que la persona ha hecho y que le ha funcionado; para después agrandararlo y generalizarlo.

La pregunta del futuro. Esto se utiliza con el propósito de crear una visión positiva del futuro e identificar todos aquellos elementos susceptibles de cambio que lleven al logro de esa visión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Harley, J. (1983), *Terapia no Convencional*. Cap. 2. Buenos Aires, Amorrortu.
Haley, J. (1989) *Trastorno de la emancipación juvenil y terapia familiar* Buenos Aires: Amorrortu
Ptiiman, F. (1990). *Momentos Decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. España, Paidós.
Estrada, L. (1990). *El ciclo vital de la familia*. México, Editorial Grijalbo

Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos. Es labor del terapeuta identificarlos y proveerlos para construir

Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento. Se parte de la idea de que los clientes tienen una necesidad de que los parientes identifiquen el problema que quieren resolver primordialmente; mientras lo que quieren cambiar va más de acuerdo a sus necesidades, más se comprometerán con el proceso terapéutico.

El problema son intentos fallidos de resolver los conflictos. Tomando en cuenta los preceptos de la Terapia Breve Centrada en el Problema, aquí lo que se sugiere al terapeuta es evitar dar más de lo mismo al cliente y ser más creativo.

La Terapia Centrada en la Solución avanza a paso lento. Aquí Lipchik (2004), comenta que a propósito le quito el término breve, ya que suele confundirse con rápido. Considera que la brevedad depende de lo adecuado de las intervenciones.

No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo. Sugiere perfilarse a las cosas que funcionan para capitalizarlas, ampliarlas y consolidarlas como soluciones previas al tratamiento.

No hay causa y efecto. En lugar de preguntarse ¿por qué? es que un problema se presenta, es mejor encaminarse a lo que requiere ser cambiado para solucionarlo.

Escala de evaluación. La utilización de la escala permite crear en los parientes una visión de posibilidad de cambio, ya que esta implica una continuidad; además de perfilar a la persona hacia la dirección deseada. Aquí se solicita al paciente que se ubique en una escala del cero al diez, en donde cero es lo menos satisfactorio o inadecuado y diez lo más satisfactorio o adecuado.

Pregunta del milagro. En ella se estimula a las personas para que traten de imaginar de la manera más vivida, todas aquellas cosas que serían diferentes si el problema se solucionara. Esto permite enfocarse a los parientes a las soluciones potenciales.

Lipchick, E. (2004). *Terapia centrada en la solución*. Más allá de la técnica, Buenos Aires: Amorrortu

Selekman, M. (1996) *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. España: Gedisa

Nicolson, D. y Ayers, H. (2002) *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. España: Narcea

Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. España: Herder

TRABAJO CON ADOLESCENTES

• Establecer una buena relación con el adolescente

• Ponerse de acuerdo sobre los objetivos de la sesión

• Pedir que imagine lo que sucedería si milagrosamente el problema desapareciera

• Cómo verían los demás que ya no existe el problema

• Cuáles serían las reacciones de todos

Propaganda Taller Atando Cabos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CECYT 13 RICARDO FLORES MAGÓN

TE INVITAN A PARTICIPAR EN EL
TALLER VIVENCIAL



¡¡¡ VIVEN Y PARTICIPA
CON NOSOTROS!!!

Dirigido a: Adolescentes, Madres y Padres de Familia
Duración: Del 2 al 8 de mayo, de 16 a 18:30 hrs.
Sede: CECyT 13 "Ricardo Flores Magón"
Lugar: Sala Magna B
Cupo limitado: 10 madres y/o padres, 20 adolescentes
Inscripciones: **Orientación Juvenil (56242000 ext. 72311)**
de 9:00 a 13:00 hrs.

¡¡¡ ENTRADA LIBRE!!!