



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

FAMILIA Y DISCAPACIDAD
UNA MIRADA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO RELACIONAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

PAULINA CARRILLO AVALOS

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

COMITÉ: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ
MTRA. ERIKA GRACIELA TRUJILLO NÚÑEZ
M.C. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS

MÉXICO, D.F. 2012.



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.

A **mis padres**, que les agradezco la vida misma.

A **Yago**, mi impulso constante y equipo de vida.

A **mis hermanas**, mis principales compañeras y amigas.

Y a **todos** los que han estado cerca apoyándome con su compañía, consejos, supervisiones, amistad...

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

I.1. Análisis del campo psicosocial	1
- Principales problemas que presentan las familias	5
- Terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas	14
I.2. Descripción de los escenarios	15

II. MARCO TEÓRICO Y EPISTEMOLÓGICO

II.1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna	23
- La terapia familiar en México	27
- Teoría General de Sistemas	28
- Pragmática de la comunicación humana	31
- Epistemología cibernética	36
- Constructivismo y construccionismo social	40
II.2. Principios teórico metodológicos de los modelos de intervención	
- Modelo estructural	46
- Modelo estratégico	52
- Modelo de Terapia breve del MRI (Mental Research Institute)	62
- Modelo de Terapia Enfocada a Soluciones	68
- Modelo de Milán	73
- Modelos derivados de la posmodernidad.....	84

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

III.1. Habilidades clínico – terapéuticas	
- Modalidad de trabajo	97
- Caso 1. Familia y discapacidad	100
- Caso 2. Pareja, maternidad y paternidad	113
- Reflexiones teórico – prácticas de 2º orden	125
III.2. Habilidades de investigación	
- Investigación cuantitativa. Familia y obesidad en la adolescencia	128
- Investigación cualitativa. Parejas interculturales	140

- Intervención comunitaria	150
- Productos tecnológicos	154
III.3. Asistencia a Foros académicos y presentación del trabajo realizado	
- Taller de novela familiar	156
- Seminario Humillación, vergüenza y perdón Emociones clave y dinámica familiar	157
- Cuarta Jornada Clínica. Facultad de Psicología UNAM	158
- Presentación en el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología ...	158
- Presentación en el IX Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ser, estar y trascender en la terapia familiar”	158
III.4. Compromiso y ética profesional	160
IV. CONSIDERACIONES FINALES	162
REFERENCIAS	166

INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo de la psicología como disciplina científica, surgieron diferentes aproximaciones al estudio del ser humano, de sus conductas, emociones, inconsciente, etc. Sin embargo, el Enfoque Sistémico ha tenido mucha aceptación, no solamente en la psicología, sino en otras disciplinas, al dar paso a una explicación relacional de los procesos por los cuales el hombre atraviesa, ya que no somos seres individuales sino sociales al nacer y crecer en una cultura que determina nuestro ser y actuar.

A la par del desarrollo de la corriente sistémica, encontramos la Terapia Familiar, ya que se comenzó a tomar en cuenta la importancia de este grupo primario en la salud mental del individuo. Es en la familia, donde convergen y se observan en pequeña escala los comportamientos, normas y fenómenos sociales, culturales, económicos y demográficos. Además, se observan las pautas de producción y reproducción de modos de relación de los seres humanos (solidaridad, comprensión, amor, amistad, conflictos, relaciones de poder, relaciones de género, etc.).

Ambos desarrollos, al encontrarse, comienzan a sentar bases importantes para el surgimiento de una nueva corriente que se ha alimentado de estudios en otras disciplinas la Terapia Familiar con enfoque Sistémico y Posmoderno.

Este enfoque y sus diferentes modelos de intervención terapéutica, han impactado positivamente la comprensión, evaluación y tratamiento de diferentes problemáticas que enfrentan los sistemas en sus diferentes niveles (individual, pareja, familia, grupos, instituciones).

Por otra parte, ante los problemas concretos que se viven tanto a nivel nacional como internacional (desigualdad social, pobreza, salud, educación, desintegración familiar, violencia, pérdida de legitimación en las instituciones, etc.) se exige cada vez más una preparación constante ante esas demandas para incidir en algún nivel, lo cual exige que el

psicólogo (o terapeuta) busquen ser más competentes a través de la especialización y actualización, además ante el compromiso ético con la profesión y con la sociedad.

Es así, que el Programa de Posgrado en Psicología de la UNAM, responde a estas necesidades a través de la especialización por residencias. La Residencia en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna cumple con características que la conforman como el programa más completo para la formación en esta corriente. Esta maestría tiene una duración de 2 años, 145 créditos, alrededor de ochocientas horas de supervisión, tiempo completo (20 a 30 horas a la semana) y sobre todo el reconocimiento dentro del padrón de excelencia del Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT). Siendo un espacio donde se indaga el campo de conocimiento y se amplía el movimiento de la Terapia Familiar Sistémica.

En este reporte se realiza un recorrido por este proceso que duró 2 años. En el capítulo I se abordan los antecedentes y el contexto de la terapia familiar, realizando un análisis del campo psicosocial en el cual incide el terapeuta familiar, además de la descripción de la modalidad de trabajo durante la formación.

En el capítulo II, se presenta el marco teórico epistemológico que subyace el trabajo desde este enfoque, haciendo especial énfasis en los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna tanto en México como en otros países, además, los fundamentos de la Teoría General de Sistemas, Pragmática de la Comunicación Humana, Epistemología Cibernética y los aportes a la disciplina del Constructivismo y del Construccinismo Social. El capítulo finaliza con los principios teórico metodológicos de los diferentes modelos de intervención (Estructural, Estratégico, Terapia breve enfocada en problemas y soluciones, Milán, Equipo reflexivo, Narrativa y Modelos Colaborativos).

El capítulo III, es significativo en cuanto al desarrollo y aplicación de las competencias profesionales, abordado las habilidades clínico terapéuticas a través de la presentación de dos casos que se trabajaron durante la formación. Posteriormente, se desarrollan las habilidades de investigación tanto cuantitativa como cualitativa, la intervención comunitaria que se aplicó por medio de un taller y los productos tecnológicos que se trabajaron como apoyo a la formación.

En este capítulo se señala la importancia de asistir a foros académicos y la presentación del trabajo realizado, narrando lo acontecido en seminarios que se tomaron durante la formación, así como presentaciones en congresos. Finalmente se aborda la adquisición de compromiso y ética profesional para poder desempeñar la profesión.

Este proceso ha sido largo, pero todo proceso implica un inicio que no siempre termina en un “fin”, sino en el inicio de otro proceso que ha cambiado en la medida que el sujeto cambia. Considero que esta formación no finaliza, ya que siguen surgiendo dudas e inquietudes para continuar trabajando en ellas. Sin embargo, con satisfacción espero pueda serles útil este recorrido, tanto como lo fue para mí.

I

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

El terapeuta familiar se encuentra en un campo donde enfrenta diversas problemáticas derivadas de situaciones sociales, demográficas, culturales y económicas. Es importante situarse dentro de este contexto, tomando en cuenta que la familia es un sistema donde se reproducen las normas y comportamientos sociales. A lo largo de este capítulo se realiza un análisis del campo psicosocial en el cual nos insertamos como terapeutas.

I.1 Análisis del campo psicosocial

La familia es una estructura compleja y articulada que está presente en los sistemas sociales conocidos. Asimismo, la organización de la misma va cambiando a lo largo del tiempo de acuerdo con el contexto social.

La antropología (Strauss, 1998, 2006; Mead, 1994) ha ofrecido diferentes estudios que remontan a la caracterización de lo que se considera una familia, a partir de la definición de parentesco y del estudio de familias en diferentes culturas. Strauss (2006) habla de dos concepciones de familia adoptadas por los antropólogos durante el siglo XIX: (1) la familia es una estructura social propia de las sociedades más avanzadas; (2) la familia es un fenómeno universal que se da en todas las sociedades, siendo la segunda postura opositora a la primera.

Cucchiari (2003) por su parte, menciona que el parentesco se explica a través de la idea de *cosustanciación*, la cual refiere a una sustancia compartida entre los miembros de la familia, que existe como característica definitoria de los lazos de parentesco. Esa sustancia se puede compartir desde la procreación (semen y sangre), o bien, a partir de la nutrición y crianza (leche o alimentación). Este autor señala que otra característica generalizada -en diferentes culturas- es que en las relaciones de parentesco existe (o debiera existir) la llamada *armonía prescrita*, la cual se constituye a partir de un mandato social de que las relaciones entre los miembros de la familia serán de *amor, unión y protección*.

Por otra parte, al definir una familia, Sorrentino (1990) menciona que la familia es una unidad de cooperación que se basa en la convivencia, tiene por objetivo garantizar a sus miembros el desarrollo, la supervivencia física y socioeconómica, la estabilidad emocional y la protección en momentos difíciles. La base de la familia debe encontrarse en la alianza de adultos, cuya función es la procreación y la crianza de los hijos.

La familia desde el enfoque sistémico se puede definir como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales y se encuentra en constante interacción con otros sistemas; además, generalmente se transforma y se adapta a las exigencias de los diversos estadios del desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a cada uno de sus miembros. Este proceso ocurre a través de la tendencia homeostática y la capacidad de transformación (Andolfi, 1991).

A lo largo de la historia, la familia ha tenido diferentes características, las cuales se representan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Familia a lo largo de la historia	
ÉPOCA	CARACTERÍSTICAS
Prehispánica	La autoridad recaía en el padre (quien poseía mayor sabiduría) y la responsabilidad de la educación era responsabilidad de ambos padres. El padre enseñaba los valores de respeto a la sociedad y la madre los buenos modales.
México Colonial	La mezcla de razas produjo diversidad en las familias, un cambio de categorías, privilegios y organización. Padre encargado de enseñar oficios (a hijos varones). Madre mostraba las labores del hogar (a mujeres). Hermano de mayor edad con más jerarquía, era el encargado de dar sustento a los más pequeños.
S. XIX	Comunidades pequeñas, los niños participaban desde temprana edad en actividades de sus padres. Mujer encargada del hogar. Padre, autoridad principal y sostén de sus integrantes. Algunas mujeres comienzan a tener acceso a la educación, aprendiendo a leer y escribir. El matrimonio era un contrato acordado por los padres.
S. XX	La relación padre – hijo es menos rígida, haciendo uso del diálogo, acuerdo y tolerancia. La mujer adquiere mayor poder de decisión debido a los cambios sociales, además de aumentar sus responsabilidades al incorporarse al campo laboral.

El papel de la familia ha cambiado en las últimas décadas, tanto en tamaño como en composición y se ha visto afectada por diversos factores: aumento en esperanza de vida, lo que permite que en una familia convivan al menos tres generaciones; incremento de separaciones y un alto índice de divorcio, que genera una reestructuración en la composición familiar. Aún cuando el tipo de hogar más común en el país sigue siendo el nuclear, otras modalidades de familia han ganado peso gradualmente y los arreglos familiares se han modificado ante la libertad en la elección de pareja, de maternidad y la decisión de continuar o no con una pareja.

Beck y Beck Gernsheim (2001) mencionan que en la actualidad los seres humanos se encuentran entre una colisión de intereses entre amor, familia y libertad personal. La familia nuclear, construida alrededor de la diferenciación sexual, se está desmembrando con las preguntas por la emancipación e igualdad ante la ley y de un proceso de individualización¹. Julien (2002) comenta que en la sociedad moderna se presentan tres factores que influyen en la manera de conceptualizar la unión de dos personas, estos son: la democracia, el laicismo y la ciencia.

En las sociedades tradicionales (patriarcales) el padre compartía el poder en la comunidad y el matrimonio era un acuerdo entre dos padres que decidían el futuro de su hija, el amor entre los esposos podía llegar tiempo después como añadidura, pero este continuaba siendo un contrato social. El matrimonio era un orden ético y jurídico independiente de la voluntad de los esposos. A partir de la modernidad y del proceso de individualización, las razones de la elección conyugal se han modificado, ya que hombres y mujeres tienen la libertad de elección de su pareja independientemente del consentimiento de su padre o madre (Julien, 2002).

¹ El proceso de individualización desliga al ser humano de los modelos y de las seguridades tradicionales, del control ajeno y de leyes morales generales. Siendo el individuo responsable de su propia acción y decisión. *“La individualización significa que los seres humanos son liberados de los roles de género internalizados, tal como estaban previstos en el proyecto de construcción de la sociedad industrial, para la familia nuclear y se ven obligados a construirse...una existencia propia a través del mercado laboral, de la formación y de la movilidad y...de las relaciones familiares amorosas y vecinales”* (Beck y Beck Gernsheim, 2001; p. 20-21)

En este sentido, el “amor” es un término que a través de los medios de comunicación masiva y del propio imaginario social se hace presente y más necesario que nunca en la elección de pareja (incluso en el deseo materno y paterno) pero paradójicamente, al mismo tiempo imposible. Beck y colaboradores (2001) comentan que “lo delicioso, el poder simbólico, lo seductivo y lo salvador del amor crece con su imposibilidad”, lo cual se refleja en el índice de divorcios e incluso en el índice de personas que se vuelven a casar. Esto podría deberse al movimiento que se pone en marcha, donde hay un límite frágil entre el “yo” y el “nosotros”, pareciera que no se quiere renunciar a alguno y se quieren conciliar, pero a la vez se vuelven irreconciliables estos dos términos.

Ante este contexto cambiante y puesto en marcha, hombres y mujeres se encuentran en la búsqueda de una unión con o sin papeles oficiales, de una separación o divorcio cuando los problemas crecen en la pareja y luchan por la compatibilidad entre trabajo y familia, amor y matrimonio y redefiniendo una “nueva” maternidad y paternidad, amistad y círculo de conocidos.

Lo anterior lleva a reflexionar sobre el término “familias” que propone Fruggeri (2001), ya que la investigación en diferentes ramas sociales evidencia que la familia (concebida de manera tradicional) esta modificándose y varía de acuerdo al contexto social al que pertenece. De acuerdo con esta autora, en la actualidad tenemos una clasificación de familias, la cual se presenta en el cuadro 2.

Cuadro 2. Clasificación de familias	
DE ACUERDO CON:	SE CLASIFICAN EN:
La parentalidad	Familias monoparentales, biparentales y pluriparentales.
Su estructura	Familias nucleares y plurinucleares.
Su pertenencia étnica	Familias monoculturales, pluriculturales.
Su orientación sexual	Familias homosexuales, heterosexuales.
Su ubicación geográfica	Familias autóctonas o migrantes.

Sin embargo, independientemente de la forma que adopte la familia, ésta tiene diferentes funciones, las cuales se mencionan a continuación:

- Garantizar el cuidado y la protección de sus miembros.

- Consolidar la contención personal y familiar a través de la enseñanza de límites.
- Desarrollar la capacidad de estar en relación con más de una persona a la vez, o sea, más allá del contexto familiar nuclear (intersubjetividad).
- Apoyar en el manejo de los conflictos y las diferencias, los cuales se encuentran presentes y son una característica de los contextos interpersonales y sociales.
- Proporcionar una base segura (que promueva la estabilidad emocional), de la cual se puede partir hacia otras.
- Desarrollar la autonomía, experimentando la sensación de encontrarse en un contexto seguro.

Es importante tomar en cuenta que, aunque el concepto y la forma que adquiere una familia a lo largo del tiempo se van modificando, las funciones varían poco. Sin embargo, en la actualidad las competencias parentales también se van adaptando al contexto, el cual está permeando la dinámica familiar y genera algunas problemáticas al interior del sistema, las cuales se desarrollan a continuación.

Principales problemas que presentan las Familias

Hay dos características que comparten los sistemas: estabilidad y cambio, los cuales también son propios de las familias. Cuando ocurre algo en el sistema -que moviliza a la familia- pueden presentarse cambios intrasistémicos (al interior de la familia) e intersistémicos (al relacionarse con otro sistema) que tienen que ver con su propio ciclo vital y por los cuales se encuentra en constante adaptación.

En la actualidad estos cambios se vuelven más evidentes ya que afectan directamente al sistema familiar (porque ésta no puede encontrarse aislada del contexto social occidental, que está en un estado de transformaciones sociales, políticas y económicas que se viven día a día). Estas transformaciones y/o fenómenos sociales, se reflejan en las problemáticas más recurrentes en las familias mexicanas: divorcio, infidelidad, abandono, migración, secuestro, adicciones, violencia, enfermedad, discapacidad, desempleo. En el cuadro 3 se presentan las problemáticas más recurrentes atendidas durante la formación.

Cuadro 3. Familias atendidas en las diferentes sedes de la residencia				
Sede	Modelo	Cantidad	Motivo de Consulta	Sesiones
Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Estructural	4	Violencia familiar, adicciones.	4
			Separación de la pareja.	7
			Problemas de salud y conflicto con hijos adolescentes.	10
			Violencia familiar.	8
	Terapia breve	16	Problemas de salud y conflicto en la pareja.	6
			Homosexualidad.	5
			Conflicto en la pareja.	1
			Conflicto en la pareja.	5
			Infidelidad.	12
			Separación de la pareja.	10
			Conflicto en la pareja.	10
			Problemas psiquiátricos.	6
			Conflicto en la pareja.	10
			Separación de la pareja.	6
			Problemas de salud y conflicto en la pareja.	8
			Conflicto en la pareja.	10
			Conflicto familiar. Homosexualidad en hija.	8
			Conflicto en la pareja.	4
	Problemas de salud y conflicto en la pareja.	3		
	Estratégico	4	Conflicto familiar.	8
			Conflicto en la pareja y con hijos adolescentes. Violencia.	12
			Separación de la pareja.	7
			Problemas de salud y conflicto en la pareja.	8
	Modelos Posmodernos	6	Conflicto en la pareja.	5
			Conflicto en la pareja. Violencia.	8
			Separación de la pareja.	4
			Violencia familiar.	6
			Problemas de salud.	8
Modelo Milán	8	Problemas psiquiátricos.	8	
		Separación de la pareja. Violencia.	7	
		Problemas de salud y conflicto con pareja e hijos	7	
		Problemas de salud y discapacidad.	9	
		Problemas escolares y conflicto familiar.	6	
		Conflicto en la pareja. Violencia.	5	
		Conflicto en la pareja.	5	
		Separación de la pareja.	6	
Conflicto en la pareja. Homosexualidad.	6			
Centro Comunitario “San Lorenzo”	Terapia breve	10	Problemas con hijo en edad preescolar.	6
			Conflicto en la pareja e hijos.	6
			Conflicto con hijo en edad escolar.	12
			Depresión.	5
			Violencia en la pareja. Infidelidad.	5
			Problemas con hijos preescolares.	6
			Conflicto en la pareja. Violencia.	8
			Adicciones.	8
			Violencia social, secuestro.	8
			Problemas con pareja. Duelo.	8
“Dr. Julián McGregor”	Varios	4	Violencia en la pareja.	10
			Separación de la pareja. Violencia.	10
			Violencia en la pareja.	8
			Conflicto en la pareja e hijos.	6

TOTAL 52

Al enfrentarse a estas problemáticas, la familia se va reajustando a las demandas del contexto en el cual se encuentra. Hay momentos de crisis o de situaciones inesperadas, que pueden ser un punto de transformación y que van reflejando las estrategias de adaptación del grupo familiar, si esos recursos no se ponen en marcha, pueden quedarse estancados en la crisis.

Los dos principales conflictos observados en la atención a familias fueron violencia y problemas en relación a la formación y reestructuración de la familia, los cuales se desarrollan a continuación.

Violencia

De acuerdo con Perrone y Nannini (1997), la violencia es el problema más grave (tanto en países, grupos étnicos y en la sociedad en general, incluyendo a la familia). Para estos autores, las funciones de la familia pueden contradecirse cuando en vez de ser un lugar que posibilita el crecimiento de sus miembros y el desarrollo de las capacidades para el logro de la autonomía, ésta puede ser un lugar donde se sufren arbitrariedades, injusticias, opresiones, penas, amenazas, violencia y abusos sexuales.

Al no caer en una concepción reduccionista, el apoyo teórico puede ser dinámico y puede llevar a asumir la responsabilidad de lo que ocurre y por tanto, a un cambio ya que *“...ninguna “víctima” (receptor de la violencia) saldrá de su condición si no logra entrever de qué manera participa en ella y...en su modificación. Ningún “verdugo”(emisor de la violencia) podrá salirse de su papel si no llega a visualizar que tiene la libertad de hacerlo... lo característico de la violencia es que cada uno de los participantes se rehúsa a considerarse responsable de lo que ocurre, y culpa al otro...”* (Perrone y Nannini, 1997; p. 22).

Hay cuatro premisas en las cuales se sustenta esta teoría:

1. La violencia no es considerada un fenómeno individual sino interaccional.
2. Los participantes en una interacción se encuentran implicados y por tanto tienen una responsabilidad interaccional.

3. Todo individuo adulto con capacidad para vivir de manera autónoma, es el garante de su propia seguridad.
4. Cualquier persona puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones. Este comportamiento tiende a estar situado en contextos específicos. En este sentido es importante diferenciar agresividad de violencia, ya que la primera puede servir en ocasiones para la defensa de territorio (u otras cosas), sin embargo, la violencia es una fuerza destructora de sí mismo y del otro, rompiendo los límites del propio territorio y los del otro, invadiendo la relación y volviéndolos confusos, atentando con la integridad física y psíquica del individuo que se encuentra dentro de esta relación. Además, cabe mencionar que la violencia tiene como característica una diferencia de poder en los individuos, “poder” entendido desde Foucault (1979) como una relación entre pares (individuales o colectivos) en la cual unos guían y conducen las acciones de los otros.

Basados en la pragmática de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson.1993) Perrone y Nannini realizan un análisis y diferencian violencia agresión de violencia castigo, lo cual lleva a replantear la relación entre víctima y agresor.

La **violencia agresión** (simétrica) se encuentra en relaciones donde hay igualdad entre los miembros. Se caracteriza por una agresión mutua y se busca una dominación tanto corporal como psicológica, además, se presenta un fenómeno denominado “escalada simétrica” donde la agresión puede ir en aumento hasta que se presenta una “pausa complementaria” donde aparecen sentimientos de culpabilidad, la cual moviliza a la reparación. Los sentimientos reparatorios tienden a volverse un mecanismo que des-responsabiliza a los participantes en la agresión y pueden mantener el mito de armonía, solidaridad y apariencias.

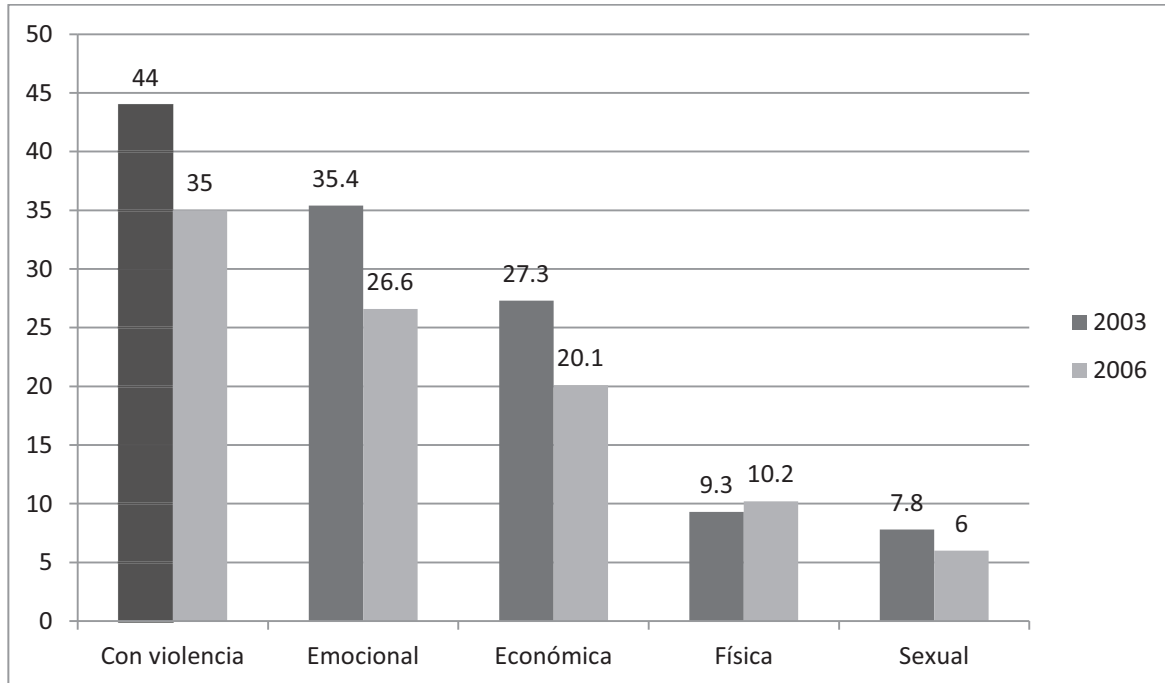
La **violencia castigo** (complementaria), es una forma de violencia presente en relaciones desiguales, donde el emisor se define como superior a otro y el receptor lo acepta, sometiéndose y aceptando el castigo. Esta violencia no solamente está presente en relaciones de pareja, sino también en relación adulto-niño, en grupos, incluso en diferentes culturas. Este tipo de violencia tiende a ser más íntima y no siempre se denuncia, puesto

que el receptor de la violencia se cree merecedor de los maltratos infringidos. En este tipo de violencia también existen “escaladas complementarias” que también pueden afectar la relación (e incluso suelen ser más peligrosas que las simétricas).

En la actualidad, tanto en México como en otros países, la violencia se ha relacionado con el género. Si embargo, durante el ciclo vital, tanto hombres como mujeres se encuentran expuestos a situaciones de violencia, las cuales se encuentran en el entorno familiar, social y cultural. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2006) la denominada “Violencia de género” se refiere a la violencia ejercida por hombres hacia las mujeres ante situaciones de desigualdad o subordinación femenina. Esta encuesta revela que cerca del 26% de las mujeres solteras y 35% de las casadas o unidas son víctimas de violencia de pareja. En tanto, cuatro de cada cinco de las mujeres separadas o divorciadas reportaron situaciones de violencia durante su unión, y 30% continuaron padeciéndola, por parte de ex parejas, después de haber terminado su relación. Es importante mencionar que la violencia dentro de las relaciones de pareja deriva en violencia hacia los infantes, el Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), reporta que alrededor del 80% de los niños atendidos por maltrato infantil fueron agredidos por sus propios padres y en un 9% por su padrastro o madrastra.

La violencia de género se encuentra presente en diferentes estratos socioeconómicos, con diferente frecuencia y expresión. Su inicio – regularmente- se da en el noviazgo y se acentúa en la vida conyugal, incluso después de terminar la relación. Otro dato importante de esta encuesta es que existe tolerancia hacia los comportamientos violentos, ya que el 12% de las mujeres permanecen en una relación violenta un promedio de 10 años, sin embargo, el límite de la violencia se relaciona con la intervención de un hijo, generalmente adolescente.

Castro y Casique (2008), realizan un análisis de la prevalencia de violencia en México y encuentran lo que se ilustra en la gráfica 1.

Gráfica 1. Evolución de los tipos de violencia contra mujeres casadas o unidas

FUENTE: Castro, R. Casique, I., 2008.

El maltrato que ejerce el esposo o compañero en contra de la mujer lo viven más las mujeres jóvenes, las que trabajan, las que tienen hijos, que cuentan con educación básica, que viven en zonas urbanas y que mantienen una relación de tipo consensual con su pareja, con independencia del tipo de violencia.

La violencia física y sexual son las manifestaciones de la violencia familiar más extremas y sus consecuencias, por tanto, son más severas.

Finalmente, de acuerdo con esta encuesta, se encuentran los siguientes puntos relevantes:

1. La violencia contiene un factor intergeneracional, ya que su aparición en la infancia es un predictor significativo de violencia en la vida de pareja (sea emisor o receptor de la misma).
2. La prevalencia de violencia se da en mujeres con condiciones de vida más precarias, ya que se liga a otras variables. Sin embargo está presente en otras esferas

socioeconómicas. Las mujeres que han experimentado violencia han tenido problemas de salud tanto física como mental. Entre los padecimientos más comunes están: pérdida o aumento de apetito, aislamiento, abandono de su salud (no visitando al médico), problemas nerviosos, angustia y/o miedo, tristeza, aflicción o depresión, insomnio, abandono de trabajo o estudios, pérdida de dinero o propiedades,

3. En México hay una tendencia a aceptar roles y estereotipos que fomentan la polarización de los géneros. Lo cual es importante abordar desde la niñez.

Este es el panorama de la violencia en México, el cual ha sido un tema recurrente en consulta.

Finalmente, es importante mencionar que de acuerdo con Goldner, Penn, Sheinberg y Walker (1990), la violencia está atravesada por estereotipos y es sensible al género, por lo tanto, cuando se encuentra dentro de la pareja se convierte en un mecanismo con que cuentan los miembros de esa unidad para establecer sus propias identidades cuando estas amenazan con develar su precariedad o fragilidad (de identidades de género). Es así como la violencia puede convertirse en un mecanismo de recalibración relacional de crisis subjetivas.

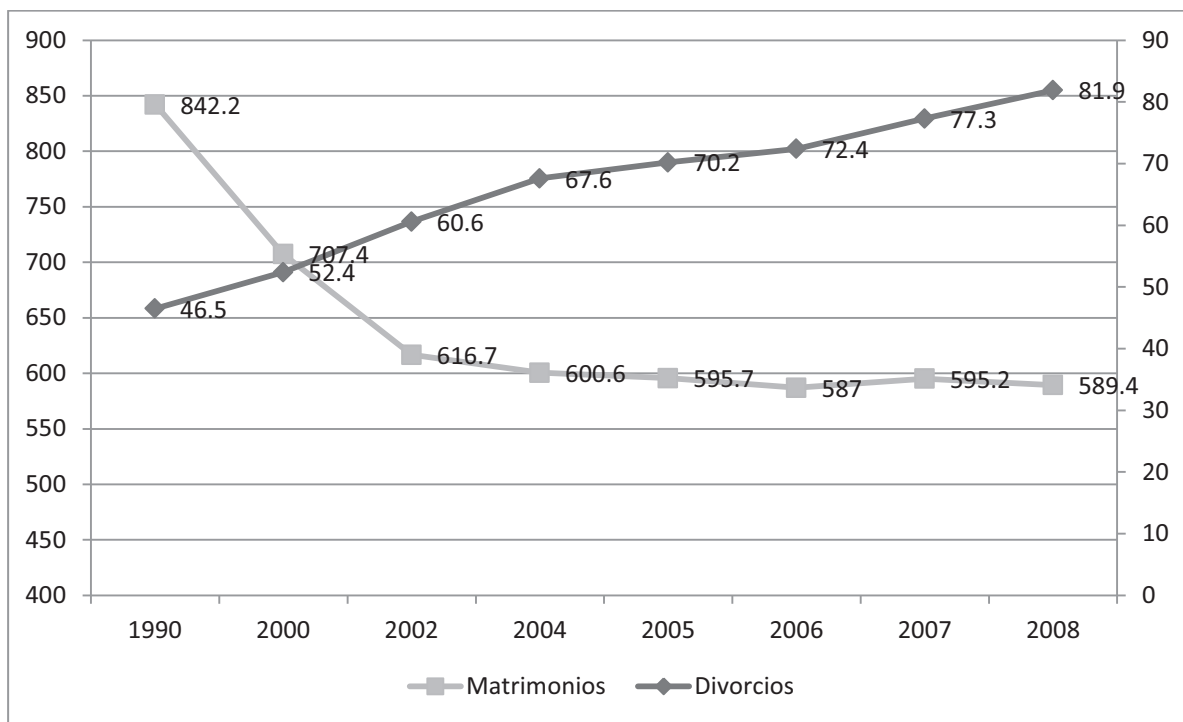
Problemas en relación a la formación o reestructuración de la familia

De acuerdo con el INEGI (2008), el matrimonio es concebido como una institución social, reconocida como legítima por la sociedad, que consiste en la unión de dos personas para establecer una comunidad de vida. Sin embargo también el índice de divorcios ha aumentado, el divorcio es conceptualizado como disolver, separar, apartar a las personas que vivían en una estrecha relación.

En México (durante el año 2008) se registraron 589 mil 352 matrimonios en el país. La edad promedio al momento de contraer matrimonio en los hombres fue de 28.3 años por 25.5 de las mujeres. Contrariamente en el mismo año se registraron 81 mil 851 divorcios. La edad promedio de los hombres al momento de divorciarse es de 38 años y de las

mujeres de 35.4 años. Esto significa que en México hay alrededor de 13.9 divorcios por cada 100 matrimonios, lo cual se representa en la gráfica 2.

Gráfica 2. Matrimonios y divorcios, años seleccionados 1990- 2008



Fuente. INEGI , 2008

Es importante que se tome en cuenta que ante el divorcio o separación de la pareja conyugal, la pareja parental continúa.

Fruggeri (2011) menciona que en la actualidad la función parental no coincide con la función conyugal, existiendo separaciones y segundos matrimonios, o incluso padres que deben migrar y vivir en un país diferente.

Esta misma autora, menciona que en las familias contemporáneas existen discontinuidades que chocan con la concepción tradicional de familia, éstas se presentan en el cuadro 4.

CUADRO 4. CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD EN LAS FAMILIAS CONTEMPORÁNEAS	
CONTINUIDAD	DISCONTINUIDAD
En las familias tradicionales la función parental coincide con la conyugalidad. Esposo- padre, esposa-madre.	En las familias actuales la función parental no coincide con la función conyugal.
La parentalidad biológica coincide con la función afectiva (quien procrea a los hijos los desarrolla).	Los padres que cuidan pueden ser diferentes de los padres biológicos.
La cultura de la familia coincide con el origen.	Las familias son atravesadas por las diferencias culturales (multiculturalismo). Hay familias con culturas mixtas.
Los límites espaciales coinciden con las fronteras afectivas.	Las familias adquieren formas diferentes, se articula en núcleos diferentes. Aún se habla de familias monoparentales aunque los padres estén separados.
Las personas que se aman tienen que vivir juntas y viceversa.	Hay un aumento generalizado de violencia al interior de la familia, ya que no siempre existe esta noción de amarse y permanecer juntos.
Los roles hombre-padre, mujer-madre, esposo - esposa coinciden con los roles de género. Si vemos una mujer pensamos que está casada y con hijos, al igual que un hombre.	En la familia los roles no necesariamente coinciden con los roles de género. En la actualidad no solamente se habla de esto en familias homosexuales. Sino también parejas heterosexuales.

Los terapeutas familiares también debemos conocer las variaciones de “familias” que acarrearán el propio contexto, en esta medida podemos dejar de lado las concepciones tradicionales que pueden envolver a las familias de prejuicios y de expectativas de cambio que no vayan acorde a las necesidades de las mismas, en este sentido, es sumamente importante el reconocimiento de la diversidad.

Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas

La terapia familiar surge dentro de contexto de cambio, como alternativa favorable para explicar e incidir problemáticas que se estaban presentando dentro de los grupos familiares.

La Terapia Familiar Sistémica ha realizado importantes aportes en temas como:

- Estructura y funcionamiento de parejas y familias
- Elaboración de instrumentos para evaluación familiar
- Efectividad clínica de la terapia familiar
- Adaptación a los procesos de enfermedades crónicas
- Interacción terapeuta – paciente
- Interacción familia y cultura
- Interacción familia – síntoma problema
- Ciclo vital y crisis de transición
- Comunicación e interacción familiar y marital
- Diseño de estrategias terapéuticas
- Construcción de modelos teóricos de salud mental y psicopatología
- Epistemología y terapia
- Ética y terapia

La característica principal de la terapia familiar sistémica y posmoderna es que se ha ido adaptando a los cambios sociales, reestructurando algunos fundamentos con el fin de incidir de manera más eficaz en algunas problemáticas que no se pueden desligar del contexto social. Esa flexibilidad, la amplitud de los temas a abordar, la profundización teórica los mismos y la evaluación de la efectividad de los tratamientos, hace que este tipo de terapia sea una alternativa que ha adquirido gran prestigio en las últimas décadas.

Es importante mencionar que dentro de una perspectiva actual, los problemas deben abordarse de manera interdisciplinaria, lo cual ayuda a que estos puedan ser mirados desde diferentes ópticas.

Las intervenciones familiares han adquirido importancia, ya que se han convertido en un elemento mediante el cual se tratan y previenen, diferentes problemas en diversos

contextos. Los niveles de intervención con los que se aborda a cada subsistemas (individuo, pareja, familia, sociedad) permiten que el terapeuta familiar pueda ser catalizador de cambios, siendo más eficaz esta modalidad de tratamiento.

I.2. Descripción de los escenarios

A continuación se presenta una breve descripción de los escenarios en los cuales se llevaron las horas de formación en la práctica.

1. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

El Centro se encuentra ubicado en el sótano del Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004 y cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 hrs. Fue inaugurado en 1982 por la Dra. Graciela Rodríguez, quien fungía como directora de la Facultad. En sus inicios estuvo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado adquiriendo su autonomía en 1983.

Dentro de los objetivos del centro, se encuentran los siguientes:

1. Entrenamiento y supervisión a los estudiantes de posgrado.
2. Trabajos de investigación en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de Psicología Clínica.
3. Proporcionar espacios en donde los alumnos puedan tomar cursos y/o talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas.
4. Elaboración de talleres para personas que asisten a solicitar servicios del centro con la finalidad de tener una atención más completa.

La población atendida en esta sede es: público en general, personal que labora en la UNAM, estudiantes, personas derivadas por diversas instituciones como hospitales psiquiátricos, escuelas públicas o privadas, DIF, CENDIS, etc. El área académica está integrada por docentes de las residencias del posgrado en psicología, así como terapeutas que dan clases a nivel licenciatura. También participan alumnos de licenciatura que realizan

servicio social y/o prácticas profesionales, además de terapeutas en formación que se encuentran inscritos en alguna maestría. Este centro cuenta con 26 cubículos divididos en: cubículos para entrevista individual, diagnóstico y 3 cámaras de Gessel (con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, audio, sonido, sillones y sillas).

Entre los servicios que ofrece esta sede se encuentran: preconsulta y canalización, aplicación de pruebas psicométricas, terapia individual, infantil, para adolescentes, grupal, cognitivo conductual, terapia familiar y de pareja, además, impartición de diversos talleres a la comunidad (manejo de estrés, taller para padres, autoestima, etc.), así como terapia on-line.

2. Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

Este Centro es fundado en mayo de 1981, depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y del Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se encuentra ubicado en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortínez en la Delegación Coyoacán. El horario de atención es de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs. Las personas que acuden a este centro son en su mayor parte de colonias aledañas (Díaz Ordaz, El Reloj, Ajusco, Candelaria, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo).

Entre las problemáticas más recurrentes en esta población se encuentran: conflictos familiares y de pareja, problemas con la conducta de los hijos, problemas escolares y de aprendizaje, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, problemas en el manejo de las emociones, etc. Dentro de los objetivos del Centro se encuentran:

- Brindar diversos servicios psicológicos a la comunidad, de tal manera que se creen programas preventivos y de intervención, considerando las principales problemáticas de la población.
- Incorporar a los estudiantes de la Facultad de Psicología de diferentes áreas en la práctica profesional, de tal forma que puedan desarrollar nuevas habilidades

terapéuticas así como fortalecer las ya establecidas; todo esto bajo la supervisión de docentes pertenecientes al área de su competencia.

El Centro Comunitario – en su estructura- está conformado por 2 cámaras de Gessel, un salón de usos múltiples, sala de lectura y dos cubículos para uso de terapeutas, sala de cómputo, cinco cubículos, la sala de juntas (que cuenta con circuito cerrado dirigido hacia uno de los cubículos con audio y sonido)

Este centro brinda atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad. Los temas que se trabajan a nivel preventivo son: adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, entre otras, a través de talleres, conferencias, ciclos de cine-debate, pláticas informativas, etc.). La intervención psicoterapéutica se proporciona a nivel individual, familiar o grupal con diferentes enfoques psicológicos como sistémico, humanista, gestáltico, cognitivo-conductual y psicodinámico.

3. Centro Comunitario “Los Volcanes”

El Centro Comunitario “Los Volcanes”, fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004; como parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C. Se encuentra localizado en Calle Volcán Cofre de Perote, Esquina Volcán Fujiyama S/N. Col. Los Volcanes, delegación Tlalpan.

Este centro proporciona atención psicológica, con la intención de elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad, lo cual permite contar con recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social. El objetivo de esta sede es contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de Psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

La misión del centro es ofrecer servicios psicológicos de calidad al alcance de la comunidad. Además de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental. Lo anterior mediante el desarrollo de actividades relacionadas con la atención, la educación para la salud y la investigación clínica comunitaria. Proporciona también atención clínica a niños, adolescentes, adultos y familias. Las actividades que se realizan son: evaluación y diagnóstico, orientación individual y familiar, psicoterapia individual, de pareja y familiar, terapia infantil, psicoterapia de grupo e intervención en crisis.

A través de conferencias, talleres y asesoría a instituciones el centro pretende incidir en la prevención. Entre el personal que trabaja en este centro se encuentran académicos de la Facultad de Psicología, estudiantes de servicio social, voluntarios e interesados en la práctica clínica comunitaria, los cuales participan en la búsqueda de soluciones a diversos problemas de salud mental que afectan a los habitantes de la comunidad aledaña al centro, a través de programas de formación de recursos para el trabajo comunitario.

De acuerdo a las características del centro, la población que se atendió presenta problemáticas que se desprendían del contexto social, tales como: violencia familiar y violencia de tipo social, además se presentaron conflictos de tipo intergeneracional en un contexto que está pasando de lo rural a lo urbano.

4. Centro Comunitario San Lorenzo

Esta Institución de Asistencia Privada, se encuentra localizada en la delegación Iztapalapa y pertenece a la Fundación Bringas Haghenbeck Surge a raíz de la unión de dos instituciones, Luz Bringas Robles y Ma. De los Ángeles Haghenbeck de la Lama. Se encuentra ubicado en la calle Estrella y Nautla, en la colonia San Lorenzo, muy cercano a la zona de Cerro de la Estrella en la Delegación Iztapalapa.

Su visión es ser una institución social libre, autosuficiente y en constante crecimiento, con estándares de proyección tanto a nivel nacional como internacional, con el objetivo de sostener, promover y apoyar a niños, jóvenes y adultos, con el fin de mejorar su calidad de

vida. Este centro conforma una de las áreas estratégicas de asistencia de la Fundación Bringas-Haghenbeck. Se consolida gracias al esfuerzo conjunto de diversos donantes del sector privado, social y público, iniciando actividades en el año 2004.

Ofrece diferentes servicios en las áreas de: educación (jardín de niños, primaria, secundaria, cursos de formación técnica en secretariado, belleza, cocina y computación), salud (medicina general, oftalmología), psicología (niños, adolescentes, adultos, familias y parejas), servicio a la comunidad (trabajo social, biblioteca) y deporte/recreación (escuela de fútbol, clases de baile, actividades artísticas).

5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

El Hospital surge por la necesidad de proporcionar a los niños con trastornos mentales, una atención diferente a la del adulto. Surge gracias a la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo, quien encabeza un grupo de médicos y da inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños.

Este hospital se encuentra en el Distrito Federal en San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez (Delegación Tlalpan). Fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización. El área de consulta externa se inició con consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se tuvo la necesidad de integrar clínicas para trastornos específicos con base en la población que demandaba atención, con un alto grado de especialización.

La consulta externa está constituida por 7 clínicas:

- *Clínica del desarrollo.* Se atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo).
- *Clínica de las emociones.* Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- *Clínica de los trastornos de la conducta.* Atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperactivos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.

- *Clínica de PAINAVAS* (Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual). Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.
- *Clínica de adolescencia*. Atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria.
- *Psiquiatría legal*. Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.
- *Hospital de día*. Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como autismo por ejemplo.

Los servicios de urgencias y hospitalización atienden los 365 días del año durante las 24 horas y cuenta con dos unidades especializadas:

- *Paidea*: Atiende a personas de ambos sexos que presentan problemas de farmacodependencia, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional, además de las que cubre su tratamiento. Esta unidad atiende de las 8 a las 16 hrs. de lunes a viernes.
- *Unidad de adolescentes (varones y mujeres)*: Se atiende a adolescentes, hombres y mujeres por separado, con trastornos psiquiátricos graves (depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de la conducta) que requieren hospitalización para su manejo.

El servicio que ofrece el Hospital es multidisciplinario ya que incluye diversos servicios como: psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, servicios médicos, terapéuticos y de rehabilitación. Siendo el psiquiatra el especialista que tiene el primer contacto con el paciente y/o sus familiares, él a su vez coordina el equipo y es el responsable de la atención integral del usuario.

Estos equipos realizan las siguientes actividades:

- *Psicología*. Se encarga de realizar psicodiagnósticos, psicoterapia individual o grupal, proporciona pláticas de información y orientación a familiares de los consultantes.
- *Enfermería*. Cubrir las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden al Hospital.
- *Trabajo Social*. Esta área se orienta a la prevención, al fomento de la salud y a la rehabilitación de los usuarios del Hospital.
- *Rehabilitación Psicosocial*. Su principal función consiste en lograr la reintegración a la vida cotidiana de los usuarios del servicio, así como obtener un ambiente de vida satisfactorio, esto se logra gracias al trabajo en equipo de especialistas en diferentes áreas como: educación especial, análisis conductual aplicado, psicomotricidad, terapia familiar, terapia de pareja, psicopedagogía.

La asistencia que ofrece el hospital esta orientada a tratar los problemas de salud mental que presentan niños y adolescentes desde un modelo multidisciplinario que toma en cuenta la edad, sexo y el padecimiento del paciente. Dentro de este centro la participación de los estudiantes de la residencia se ha incluido como parte de este trabajo multidisciplinario.

Para **concluir este capítulo** y dar pauta al siguiente. Considero importante mencionar que la Terapia Sistémica no siempre es sinónimo de Terapia Familiar ya que –aunque ahí se encuentren sus orígenes- no es imprescindible que el foco sea una familia para que la mirada sea sistémica. El enfoque sistémico va más allá de la intervención familiar, ampliando su campo a los individuos, pareja y contextos más amplios (instituciones), su énfasis está colocado en los procesos de comunicación e interacción de los elementos del sistema y subsistemas, incluyendo a otros elementos del entorno en el cual se desenvuelven y del cual forman parte.

La concepción Sistémica de la Familia se va estructurando a lo largo del tiempo por las diferentes escuelas de terapia familiar, que de manera un tanto aislada fueron desarrollando sus propias teorías, apoyándose en una amplia epistemología que no siempre ha sido homogénea. Los postulados de estas teorías derivan principalmente de tres fuentes: la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. Posteriormente se comienzan a desarrollar las terapias denominadas “Posmodernas”, que retoman algunos principios de lo anterior, pero que encuentran su sustento en la Cibernética de segundo orden, en el Constructivismo y en el Construccinismo social.

Hoffman (1987) señala que el Pensamiento Sistémico se desarrolla desde mediados del siglo XX y se funda en el Mental Research Institute de Palo Alto (California , U.S.A.). Desde allí se expande a todo el mundo, como disciplina adecuada para la resolución de problemas personales, familiares, de organizaciones pequeñas y grandes, y hasta de relaciones internacionales. Surge en un cambio de paradigmas de modelos reduccionistas que aislaban al organismo y de la necesidad de entender con mayor amplitud los fenómenos relacionales.

Por otra parte, el desarrollo de la epistemología sistémica también retroalimentó el desarrollo de la terapia familiar. En la epistemología convergen la ciencia y la filosofía; como ciencia estudia la forma en que determinados organismos conocen, piensan y deciden; como filosofía, estudia los límites necesarios y otras características de los procesos de conocimiento, pensamiento y decisión.

De Shazer (1999) cita a Bateson, el cual dice que la epistemología sirve para abarcar los aspectos de la red de premisas que gobiernan la adaptación o inadaptación al ambiente humano y físico. Los problemas de la epistemología tienen que ver con cómo sabemos de algo, cómo sabemos qué clase de mundo es este y qué clase de criaturas somos y si somos criaturas capaces de saber algo o nada de alguna cuestión.

Keeney (1982) menciona que la epistemología es un proceso del conocer, construir y mantener un mundo de experiencia. Por tanto, la decisión de pensar desde una epistemología sistémica implica - y tiene como consecuencia fundamental- la pérdida de la certidumbre y la apertura a un mundo participativo y responsable en un universo de infinitas posibilidades.

En este capítulo se revisarán los acontecimientos que apoyan el desarrollo de esta epistemología, además de los principales enfoques y modelos en terapia familiar: Estructural, Estratégico, Terapia breve, Modelo de Milán y los Modelos Posmodernos, los cuales a pesar de ser relativamente novedosos para la época en que surgen, cada vez tienen mayor reconocimiento en el ámbito.

II.1. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

De acuerdo con Vargas (en Eguiluz, 2004), el movimiento de la Terapia Familiar surge en la necesidad de estudiar, explicar e incidir en las problemáticas y relaciones de los grupos familiares; aparece en un inicio como apoyo a otras disciplinas que dan cuenta de la importancia de la familia y se relacionan con las investigaciones hechas dentro del campo de la psicología y la psiquiatría.

Estas disciplinas, se interesan en su momento por un estudio que va más allá del individuo aislado, tomando en cuenta a las figuras significativas en el desarrollo y tratamiento de la conducta “patológica” del mismo, por lo tanto, se enfoca más en la interacción que en las causalidades lineales. Hoffman (1987), menciona que este movimiento inicia en el momento en que se observan -en su contexto familiar- personas con algún comportamiento que era considerado -de acuerdo a los paradigmas de la época- disfuncional.

A raíz de diferentes cambios sociales (guerras mundiales, cuestionamiento de los modelos tradicionales en psicología y búsqueda de nuevos planteamientos, ampliación de enfoques hacia el contexto del individuo, entre otros. La terapia familiar cobró fuerza, sobre todo en Estados Unidos. Fue así que se inició la búsqueda de métodos más eficaces para atender el estado emocional no solamente de los individuos implicados en una problemática, sino también de sus familias.

Andolfi (1991) menciona que la terapia familiar surge en la necesidad de los clínicos que comenzaron a observar otros elementos que interactuaban en procesos (que aún denominaban) patológicos.

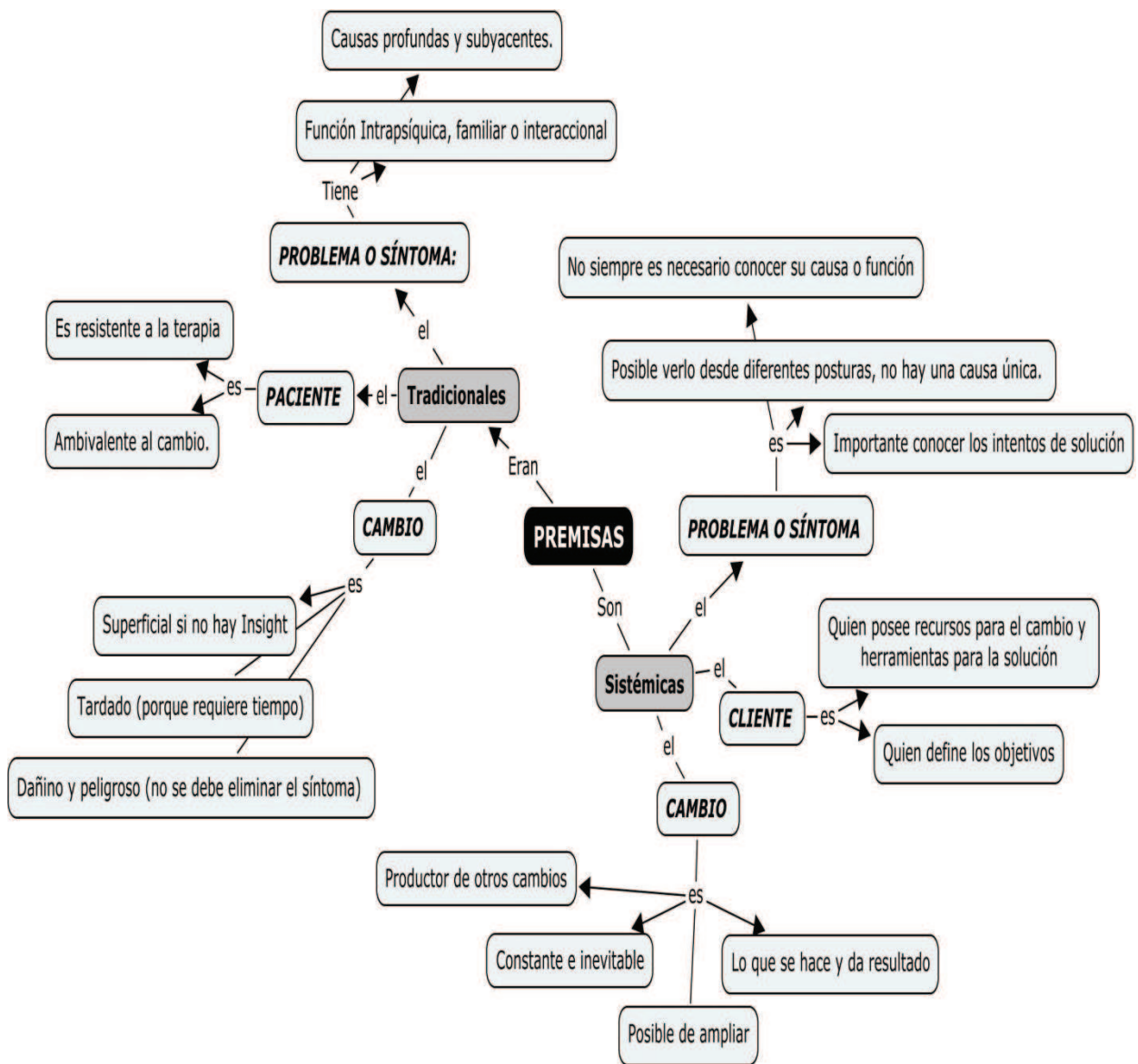
Hacia 1942, la Fundación Macy auspiciada por el filántropo Josiah Macy y cuyo fin era la promoción de la salud e investigación, comienza la primera de una serie de conferencias, donde se reunieron grandes teóricos que estaban interesados en explicar desde una perspectiva interaccional a elementos agrupados, ya que la teoría de sistemas (del biólogo Bertalanfy) y la Cibernética (del matemático Norbert-Wiener) llamaba la atención de la comunidad científica. Entre los personajes que participaron en estas conferencias, estaban: el psiquiatra John Ashby, los antropólogos Gregory Bateson y su esposa Margaret Mead, el biofísico Heinz Von Foerster, el psicólogo Kurt Lewin, los matemáticos John Von Newman y Norbert-Wiener y el fisiólogo Rosenblueth, por mencionar algunos.

Gregory Bateson (1904-1980) estaba a cargo de un proyecto de investigación que pretendía clasificar la comunicación en familias con transacción esquizofrénica en diferentes niveles: significado, tipo lógico y aprendizaje. En esta investigación el equipo encontró la existencia de pautas donde surgía la incapacidad de discriminar entre un nivel literal y uno metafórico.

Además dieron cuenta de la necesidad de las familias por la presencia de un síntoma, ya que cuando un miembro de la familia “mejoraba” otro “empeoraba”. Así, hacia 1959, se funda el *Mental Research Institute* (MRI), el cual fue una pieza fundamental para el desarrollo de la terapia familiar, ya que comenzó a darle forma a un modelo interaccional que se centraba en el estudio de las relaciones humanas, tomando como base una epistemología sistémica.

Fue así que se comenzaron a concebir de manera sistémica los conceptos -que hasta esa fecha eran dominantes- sobre el paciente, el problema y el cambio, esta diferencia se esquematiza en el mapa 1.

Mapa 1. Comparación de las premisas tradicionales y sistémicas



A la par del desarrollo del pensamiento sistémico existían teóricos interesados en el estudio de las familias (dentro de otras corrientes teóricas). Algunos personajes -precursores de la terapia familiar- que fortalecieron esta disciplina al cuestionar y dar cuenta de la importancia del contexto familiar en el tratamiento de un individuo se presentan en el cuadro 5.

Cuadro 5. Personajes precursores de la terapia familiar

NOMBRE	APORTACIÓN
Theodore Lidz	Hacia 1941, exploró del rol de los padres en el proceso esquizofrénico. Descubrió las relaciones destructivas entre padres e hijos (<i>schism</i>) y la tendencia de la madre a ser dominante de una manera destructiva (<i>skew</i>), con las repercusiones que esto tenía para el paciente psiquiátrico.
Lyman C. Wynne	Entendió a la familia como un subsistema de un sistema más amplio.
John Bell	Fue llamado el padre de la Terapia Familiar, en sus primeras investigaciones atendió a toda la familia en forma conjunta, lo cual le permitió observar un panorama más completo del problema.
Nathan Ackerman	Comprendió las patologías del paciente psiquiátrico a través del estudio de mineros de clase baja. Creyó que los problemas emocionales se generan en la interacción familiar, en el medio que los rodea y en la dinámica de la psique. Vio a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico. Fundó en 1960 el <i>Family Institute</i> en Nueva York, que se convirtió en el <i>Ackerman Institute</i> .
Cristian F. Midelfort	Descubre que los valores de cada familia se basan en sus propias tradiciones y raíces, además descubrió que las causas de algunos problemas gástricos (úlceras), por lo general, eran los problemas familiares.
Murray Bowen	Pensaba que los padres, y especialmente la madre, deberían ser hospitalizados con el paciente psiquiátrico.
Carl Whitaker	Fue reconocido como el más irreverente de todos los fundadores de la terapia familiar, al desarrollar técnicas de lo absurdo, representando frente a la familia actitudes de mayor enojo que ellos y realizando cambios drásticos.
Ivan Boszormenyi-Nagey y colaboradores	Difundieron la terapia familiar en todo EUA. Hicieron las primeras aportaciones a lo que más tarde se llamó Terapia Contextual o Terapia Integral. Manifestaron interés en el estudio de las familias que inducen problemas psicósomáticos, como anorexia.
Mara Selvini-Palazzoli y cols.	Fundan el Instituto de la Familia en Milán, desarrollando técnicas de intervención eficaces, aportando hasta la fecha mucho conocimiento al ámbito de la terapia familiar sistémica y relacional.
Robert Mc Gregor y Agnes Ritchie	Desarrollan la “Técnica de Impacto Múltiple”, que consiste en explotar virtualmente a las familias con grupo de especialistas, cuyo objetivo es producir un cambio notable en las familias.

Fuentes: Vargas, 2004; Sánchez, 2000; Hoffman, 1987.

Sin embargo -como se mencionó en el capítulo anterior- la terapia sistémica no siempre es sinónimo de terapia familiar, ya que no es imprescindible que el foco sea una familia para que la mirada sea sistémica.

La Terapia Familiar en México

En México, la terapia familiar surge como una respuesta a los cambios sociales de la época y como un paradigma alternativo que inicia en la segunda mitad de los años 60's ya que el trabajo psicoterapéutico en la Ciudad de México estaba regulado y controlado por grupos psicoanalíticos (Eguiluz, 2004; Macías, 1988). La aplicación de la terapia familiar comienza cuando el Doctor Raymundo Macías egresa de un entrenamiento con Epstein y Segal en Montreal en 1963. Al llegar a México, imparte los primeros seminarios y cursos sobre terapia familiar, dentro del Posgrado en Psicología de la UNAM.

En 1969 en colaboración del Dr. Roberto Derbez y el Dr. Lauro Estrada, establece el primer diplomado para formación de Terapeutas Familiares, en la Universidad Iberoamericana (UIA), posteriormente amplía la formación e intervención familiar a varias instituciones: Hospital de Pediatría, Hospital de la Raza, Hospital Psiquiátrico Infantil, entre otras. En 1977, el IFAC se separa de la UIA y en 1989 el Dr. Macías abre su propia clínica de atención a las familias, la cual hasta la fecha sigue operando.

En la actualidad el programa de Maestría en Psicología de la UNAM es el principal programa de formación en esta área en México. Después de una reestructuración en el año 2001 este programa se unifica en dos sedes: Facultad de Psicología (Ciudad Universitaria) y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Esta formación cumple con características que la conforman como el programa más completo, con 145 créditos, alrededor de ochocientas horas de supervisión, tiempo completo (20 a 30 horas a la semana) y sobre todo el reconocimiento dentro del padrón de excelencia del Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT), respondiendo a diferentes necesidades, sobre todo a la indagación del campo de conocimiento y a la ampliación del movimiento de la Terapia Familiar Sistémica.

Otras instituciones importantes en la actualidad son: la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), Instituto de la Familia (IFAC), Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), Instituto Personas, Instituto Cencalli, Instituto Mexicano de Terapias Breves, Centro de Investigaciones Psicosociales Crisol, Grupo Polanco (Campos Elíseos).

Teoría General de Sistemas

Los trabajos del biólogo Ludwing Von Bertalanffy (1901-1972) y la elaboración de principios y modelos aplicables a todos los sistemas independientemente de su naturaleza, se opusieron al pensamiento heredado del “cartesianismo” que divide cuerpo y mente. Fue así que se desarrolló la Teoría General de Sistemas, que concibe al organismo como un sistema organizado y definido por leyes fundamentales en diferentes niveles de organización. El objetivo de esta teoría era unificar el conocimiento científico, favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria, además de lograr una mayor integración y unidad en la ciencia. Así, el pensamiento sistémico busca las totalidades, interrelaciones, sistemas, organizaciones y todo aquello que no puede ser explicado de manera aislada, sino solamente en el conjunto de sus elementos.

Por otra parte, Gregory Bateson buscaba integrar una nueva visión sobre fenómenos concebidos desde el pensamiento occidental, ya que no le gustaba la rigidez con que se manejaban los círculos intelectuales de su época, predicando una epistemología evolutiva, interdisciplinaria y partiendo del supuesto de que en la ciencia se deben refutar y cuestionar las ideas dominantes. Retoma de Jung los conceptos de *creatura* (lo viviente) y de *pleroma* (lo no viviente), buscando una pauta que conectara a todos los organismos vivientes. Para él, la mente, el espíritu, el pensamiento y la comunicación se conjugan con la dimensión externa del cuerpo para construir la realidad individual de cada sujeto.

Hoffman (1987) menciona que al formularse una teoría de la comunicación (con base relacional), se fijan las bases de la clínica sistémica, tomando en cuenta la facultad humana del lenguaje, la cual permite crear realidades de significado por medio de interacciones, significados, conductas y creencias. Fue así, que el pensamiento de Bateson se basa en múltiples visiones, sobre todo en la analogía cibernética y sus ideas acerca de la pauta de los campos sociales, que creó para apoyar esas ideas, fueron de gran influencia para otros investigadores de la época e incluso terapeutas actuales.

La perspectiva sistémica pone énfasis a no aislar los elementos que conforman un sistema, sino relacionarlos entre sí para comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca hacia el exterior (Sánchez, 2000). Es así como se comienzan a dar nuevas posibilidades de

tratamiento hacia los pacientes, ya que desde este punto de vista, se contextualiza su mundo, su interacción, su familia, sus orígenes y su encuadre cultural, social y político. De esta manera, la concepción Sistémica de la Familia se va estructurando a lo largo del tiempo, aunándose a los conceptos precedentes de la terapia estratégica de Haley y la terapia estructural de Minuchin, los cuales realizan aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar y proporcionan recursos necesarios para la comprensión de las situaciones interactivas en la familia. En este sentido, Keeney (1987) menciona dos clases de epistemología dentro de la terapia familiar: la lineal progresiva (atomista, reduccionista, anticontextual) y la recurrente (ecológica, relacional y de totalidad), las cuales hasta la fecha influyen en la manera de realizar intervenciones psicoterapéuticas.

Un **sistema** es un conjunto de elementos en interacción dinámica, el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran (Bertalanffy, 1991). Está compuesto por un aspecto estructural (límites, elementos, red de comunicaciones e informaciones) y por un aspecto funcional (flujos de energía, información, retroalimentación).

Los sistemas pueden ser de tres tipos: *abierto*, donde hay una interacción constante con su medio ambiente, intercambio de energía, materia e información; *semi-abierto*, donde hay poco intercambio de energía, materia e información con el medio ambiente y *cerrado* (que no corresponde a los seres vivos, ya que no se realiza realimentación con el exterior).

Los sistemas vivos son sistemas abiertos, ya que intercambian con su entorno energía e información, tienden a la heterogeneidad y organización, además de poseer un comportamiento teleológico, basado en tres nociones: (1) Adaptabilidad, (2) Intencionalidad y (3) Persecución de metas. Los sistemas abiertos además poseen propiedades mencionadas en el cuadro 6.

El equilibrio dinámico es importante y parte de dos nociones: *Organización*, para comprender la complejidad de los sistemas vivos y *Retroalimentación*, con sus mecanismos de control positivos (que amplifican la desviación) y negativos (que corrigen la desviación).

Cuadro 6. Propiedades de los sistemas abiertos	
Propiedad	Definición
<i>Totalidad</i>	Un sistema es una totalidad, o sea, más que la suma de sus partes. Si hay un cambio en un miembro del sistema su contexto también cambia. Los elementos están interrelacionados entre sí.
<i>Objetivo</i>	Tendencia de un sistema a luchar por mantenerse vivo, antes de desintegrarse y dejar de existir como sistema, en este sentido Wiener denominó sistemas teleológicos a los sistemas cibernéticos orientados a un fin.
<i>Equifinalidad</i>	Tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y/o por diferentes caminos. Es importante no seguir una causalidad lineal, ya que el funcionamiento del sistema depende de reglas internas y las circunstancias iniciales no lo determinan.
<i>Protección y crecimiento</i>	Mantenimiento del equilibrio por mecanismos de retroalimentación a través de dos fuerzas: homeostática (que hará que el sistema esté como anteriormente) y morfogénica (que propiciará cambios en el sistema).
<i>Equipotencialidad</i>	Obtención de fines distintos partiendo de las mismas condiciones iniciales.

Al llegar esta teoría al campo de la familia, comienzan a darse conceptos que permiten entender de otra forma los fenómenos interaccionales. Los principios básicos que se derivan del concepto de familia se esquematizan en el cuadro 7.

Cuadro 7. Principios básicos que se derivan del concepto de familia como sistema
a) El sistema familiar es una unidad organizada a través de reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes.
b) La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas en los cuales existen jerarquías con sus obligaciones y responsabilidades. Serán los límites los que delimiten esas jerarquías y su funcionalidad.
c) Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares no lineales. La circularidad dice que todo elemento influye sobre los demás y a su vez es influido por estos. La sintomatología de un miembro tiene que ver con la patología familiar
d) Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de la homeostasis. La homeostasis es la tendencia a buscar el equilibrio pero es necesario el rompimiento de la misma para que pueda darse el principio de crecimiento (morfogénesis)
e) La evolución y los cambios son inherentes a los sistemas abiertos siendo estos los que permiten retroalimentarse de los cambios externos. A diferencia del sistema cerrado que no permite esa retroalimentación.

Fuente: Sánchez, 2000.

La Teoría General de Sistemas, se ha aplicado en diversas disciplinas sociales, pero su aplicación a la familia o grupos humanos ha influido en el pensamiento contemporáneo.

Pragmática de la Comunicación Humana

Hacia 1950 (posterior a la Conferencia Macy), Bateson comienza a introducir los elementos de la Cibernética en la Ciencias Sociales y recibe fondos de la Fundación Macy para estudiar la comunicación en los animales (para posteriormente desarrollar una teoría general de la comunicación). Invita a John Weakland, Jay Haley, Virginia Satir, Jules Riskin, William Fry y Paul Watzlawick, posteriormente se integra Don Jackson e inician el estudio de la comunicación en las familias.

La comunicación hasta ese momento se había concebido desde un enfoque “telegráfico” en donde se consideraba como intercambio o transmisión de información, pero con el aporte de diferentes disciplinas la comunicación se amplió y se configura un modelo “orquestal” de la misma, en donde ésta se define como un “...*proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento, la palabra, el gesto, la mirada, la mímica, el espacio interindividual...considerándola como un todo integrado regido por un conjunto de códigos y reglas determinados por cada cultura*” (Jutoran, 1994; p. 7-8). Así, la comunicación se considera un fenómeno social.

En 1959, se funda el Mental Research Institute (MRI) donde se desarrollaron aportaciones muy importantes en el desarrollo de la terapia familiar y en 1967 se publica “Pragmática de la comunicación humana” donde Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don D. Jackson presentan nuevas ideas sobre la comunicación sustentadas en la cibernética y en la teoría general de sistemas. Para estos teóricos la comunicación es entendida como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción y se encuentra subdividida en tres áreas: sintáctica, pragmática y semántica (Cuadro 8).

Cuadro 8. Áreas de la comunicación	
1. Sintáctica	Modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación, abarcando los problemas relativos a la transmisión de la información.
2. Pragmática	Estudia la forma en que la comunicación puede afectar la conducta, o sea el comportamiento como consecuencia de la comunicación.
3. Semántica	Se encarga del significado de los símbolos y su relación con el mensaje emitido, o sea, el significado de la comunicación.

Además, la comunicación posee algunas propiedades de naturaleza axiomática que llevan implícitas consecuencias fundamentales para el estudio de las relaciones humanas.

Los axiomas que plantean Watzlawick, Beavin y Jackson (1993) son propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas, estos se presentan a continuación:

1. No es posible no comunicar.

Al ser considerada la conducta como comunicación, no es posible no comunicar nada corporalmente, porque incluso quedarse quieto es una conducta. El lenguaje (oral o escrito) es sólo una de las manifestaciones de la comunicación, por lo tanto, el ser humano (o los animales) de cualquier manera comunican. De manera patológica las personas -a modo de defensa de la comunicación del otro- pueden descalificar de tal forma que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales tales como auto-contradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales.

Si una persona se encuentra atrapada en una situación en la que se sienta obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo desee evitar el compromiso inherente a toda comunicación se da una comunicación “alienada”, la cual no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto familiar absurdo e insostenible.

2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.

Al hablar o discutir sobre la manera en que dos personas se comunican, se está hablando de una metacomunicación. Toda comunicación implica un compromiso para el que la recibe y por tanto éste puede rechazarla, aceptarla o descalificarla. Las

relaciones "patológicas" se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante. Esta capacidad de metacomunicarse en forma adecuada es indispensable de la comunicación eficaz.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

Las secuencias no tienen un inicio, no existe una parte de la relación que sea independiente del marco o anterior a éste. Por lo tanto, se puede discutir interminablemente sobre la causalidad de las interacciones y es preferible admitir que depende de cómo se puntúe, qué se dice y quién empezó qué cosa.

En la comunicación patológica la falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontrolables conflictos en las relaciones. Las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llevar a "impasses" interaccionales, en los que los participantes se hacen acusaciones mutuas de locura o maldad, estas discrepancias se dan en todos aquellos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe. Todos estos casos constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación (metacomunicación), pero para esto se deben colocar fuera del círculo.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

Hay dos niveles diferentes de comunicación, la comunicación analógica es el tono de voz, la postura, el lenguaje no verbal; la comunicación digital es el lenguaje verbal. En

su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, sea como receptor o como emisor, se debe traducir constantemente uno al otro. En la comunicación humana la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No sólo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta sumamente difícil: hablar acerca de una relación requiere una traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital.

En la comunicación patológica se observan incongruencias entre lo digital y lo analógico. Una persona puede estar diciendo (digital): "No estoy enfadado", y sin embargo, su tono de voz, su expresión facial y sus gestos expresan auténtica agresividad (analógico).

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Las relaciones simétricas se dan entre personas ubicadas en el mismo nivel jerárquico, donde hay una lucha de iguales por el poder en la relación. Las relaciones de tipo complementario, son entre personas ubicadas en un nivel jerárquico diferente. Y no buscan lo mismo, sino aquel papel que los complemente. Estos dos tipos de comunicación pueden tornarse patológicas en el momento en que estos modos de relacionarse se complementan, y es difícil sacar de un círculo vicioso.

En la relación simétrica existe peligro de competencia o rivalidad, ya que cuando se pierde la estabilidad en una relación simétrica se produce una "escapada" de uno de los miembros y el otro intentará equilibrar la relación, produciéndose el fenómeno conocido como "escalada simétrica" o "escalada complementaria". Es posible que una pareja se mueva de manera simétrica y complementaria de acuerdo a la situación.

El estudio de la comunicación llevó a la enunciación de la Teoría del Doble Vínculo, por medio de la cual se analizan los problemas de las reacciones esquizofrénicas que corresponden a contradicciones (en la información) que se dan en la comunicación entre madre e hijo, llamadas paradojas.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1993) dicen que, para que una paradoja se construya debe existir una relación complementaria en donde la persona con mayor jerarquía da una instrucción que “para obedecerse debe desobedecerse” y que la persona con menor jerarquía no puede salir de ese marco, al no poder realizar una metacomunicación del mensaje recibido. Hay seis características de una situación de doble vínculo:

1. ***Dos o más personas.*** Padre, madre, hermanos, víctima.
2. ***Experiencia repetida.*** Experiencia reiterada y recurrente en la experiencia de la víctima.
3. ***Un mandato primario negativo.*** Contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo.
4. ***Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y que, al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia.*** Comunicado por medios no verbales (postura, gesto, tono de voz, actitudes) que pueden chocar con el mensaje primario.
5. ***Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo.*** A través de procedimientos no negativos (amor) es naturalmente imposible escapar.
6. ***“...el conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima aprendió a percibir su unidad bajo patrones de doble vínculo”.***

A partir de estos axiomas, los autores desarrollan conceptos con respecto a la comunicación patológica y el Modelo de Terapia Breve del MRI, del cual se hablará mas adelante.

Epistemología Cibernética

La cibernética es el mundo de los procesos recursivos que ofrece una manera de considerar las pautas organizacionales. Bateson (2004) menciona que pertenece a la ciencia de la pauta y organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. Su primer objeto de estudio fueron los procesos de comunicación y control en sistemas naturales y artificiales.

La epistemología cibernética trajo consigo una visión más totalizadora que procede directamente de un cambio en la concepción de pensamiento lineal a pensamiento circular, lo que permite percibir el mundo de diferentes maneras según nuestras propias distinciones.

De acuerdo con Sluzky (1987) este campo evolucionó en diferentes fases, donde cada una implicó el desarrollo de nuevas ideas, nuevos términos y nuevos temas dominantes; cada desarrollo afectó y se vio afectado por el lenguaje, la lógica y los temas de aquellos campos que fueron influidos por la cibernética.

Todos los sistemas son cibernéticos porque operan en un ciclo recursivo, al operar de esta forma se facilita el alivio mediante el trazado de un sistema cibernético y se evalúan los efectos de orden superior de las intervenciones terapéuticas (Keeney, 1987).

El desarrollo de la cibernética se dio en dos fases (primer y segundo orden) las cuales se desarrollan a continuación:

1. Cibernética de primer orden (primera y segunda cibernética)

La **primera cibernética** inicia con el desarrollo de la física, de las ciencias de la automatización y la computación, con el objetivo de establecer principios generales de regulación de sistemas de cualquier tipo. En el siglo XIX se enuncia la segunda ley de la termodinámica, que establece que la energía no se transforma sino que se gasta en el proceso de transformación y por tanto hay una tendencia inevitable al desorden. Este gasto de energía es denominado *entropía* y a los procesos tendientes a revertirla *negentropía*.

Sluzky (1987) menciona que estos aportes se centraron en los procesos de corrección de la desviación (retroalimentación negativa) enfocándose a la manera en que los sistemas operan para mantener su organización.

Los procesos en esta fase estaban encaminados a la neutralización de la desviación, o sea, procedimientos que optimizaran el logro de la homeostasis o procesos autocorrectivos.

Dentro de esta cibernética, se encuentran los siguientes conceptos básicos:

- *Circularidad*. Repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
- *Estructura*. Totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, puede cambiar o permanecer estática.
- *Retroalimentación*. Recurso de los sistemas para vigilar su autorregulación ante los estímulos externos que sirven de aprendizaje.
- *Morfostasis*. El sistema mantiene constancia ante las adversidades ambientales a través de una retroalimentación negativa (conservadora, no promueve el cambio).
- *Morfogénesis*. El sistema modifica su estructura básica por medio de retroalimentación positiva (radical y que promueve la novedad).

La **segunda cibernética** se enfoca más a la *homeo dinámica* de los procesos sistémicos, poniendo énfasis en la dialéctica estabilidad-cambio, desplazando el foco de atención a los procesos de amplificación de la desviación, a la retroalimentación positiva y a los procesos sistémicos de cambio.

Retoman el trabajo en química de Ilya Prigogine (1917-2003) sobre el orden a través de las fluctuaciones, ya que las desviaciones de un sistema evocan procesos con tendencia a neutralizarlas.

Esta etapa provocó una nueva epistemología en terapia familiar, en donde se propició la descripción de las actividades terapéuticas generadoras de crisis, desequilibrio y provocación del sistema familiar, con el fin de desencadenar cambios cualitativos.

2. Cibernética de segundo orden

Surge con el cuestionamiento a una epistemología tradicional que negaba la implicación del observador en los fenómenos observados; esta nueva epistemología se vio influenciada por los trabajos de la física cuántica, filosofía, neurofisiología, física, matemáticas, biología, entre otras.

El término “cibernética de segundo orden” es acuñado por Heinz Von Foerster posterior a la conferencia “Cibernética de la cibernética” de Margaret Mead en 1972. Desde esta perspectiva, el observador está necesariamente implicado en los fenómenos que observa y “...toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción” (Sluzky, 1987; p. 67).

Por lo tanto, las observaciones no son absolutas sino relativas al punto de vista del observador y el acto de observar influye sobre el objeto observado, al punto de anular toda expectativa de predicción de parte del observador, por lo tanto, la incertidumbre e indeterminación se torna absoluta.

Así, el terapeuta familiar no es un agente que opera sobre una familia cambiándola, sino un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados. La terapia pasa de ser una actividad interventiva de un agente sobre un (unos) sujeto (s), a una actividad dialógica; un diálogo en el cual el terapeuta se inserta en la visión del mundo de una familia para generar propuestas de puntos de vista alternativos y/o nuevas connotaciones con las que el colectivo (familia – terapeuta) desarrolla nuevas perspectivas que no traen consigo comportamientos sintomáticos o problemáticos.

La premisa de la cibernética de segundo orden es que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad. Cada uno de nosotros somos responsables de nuestras propias invenciones, lo cual abre un espacio de reflexión ética, ya que de acuerdo con Foerster (1990; en Jutoran, 1994), si uno se considera un actor que participa en el drama de la mutua interacción del dar y recibir en la circularidad de las relaciones humanas - dada nuestra interdependencia -, sólo puedo decirme a mí mismo cómo pensar y actuar (yo debo, yo no debo), lo cual es el origen de la

ética. Tomando como base la información anterior se desarrolla el cuadro 9, comparando ambas perspectivas.

Cuadro 9. Contrastación de las características de la cibernética de primer y segundo orden		
	Cibernética de primer orden <u>De los sistemas observados</u>	Cibernética de segundo orden <u>De los sistemas observantes</u>
<i>Enfoque</i>	<p><i>1ª cibernética.</i> Los sistemas cambian su organización (homeostasis) por retroalimentación negativa (morfofostasis). Énfasis en procesos de amplificación hacia la desviación, los procesos de corrección de la desviación (feedback negativo) permiten mantener la organización y los procesos de ampliación de la desviación llevan a la desorganización, caos y destrucción del sistema. La homeostasis es un proceso autocorrectivo</p> <p><i>2ª cibernética.</i> Enfocada al cambio del sistema, énfasis en la dialéctica estabilidad-cambio y en los procesos sistémicos de cambio</p>	<p>Implica un discurso de la naturaleza, alcances y limitaciones. Incorpora la ecología del transmisor y receptor.</p>
<i>Terapeuta</i>	<p>Independiente del sistema; solo un agente que opera cambios en la familia.</p>	<p>Es parte de la realidad observada. Receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta, alterna su pensamiento hacia dentro de la familia y hacia fuera con la sociedad. Participante educado en un proceso de transformación de significados.</p>
<i>Familia</i>	<p>Sistema cibernético que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación y no solo como una interrelación de partes.</p>	<p>Sistema activo en la solución de sus problemas, sus logros son fruto de sus propios esfuerzos y cohesiones.</p>
<i>Modelo terapéutico</i>	<p>a) Énfasis neguentrópico en reglas familiares, mitos, patrones interactivos (Jackson, Haley, Watzlawick, Beavin). b) Se generan crisis muy desequilibrantes y actividades provocativas destinadas a desencadenar cambios cualitativos (Minuchin, Whitaker).</p>	<p>Neutral, minimista, sin jerarquías, respetuosas aportaciones, equilibrio por parte del terapeuta. Intercambio de diálogos respecto al problema presentado para obtener mayor perspectiva. Puntos de vista alternativos que permitan resoluciones originales de problemas crónicos.</p>

Fuentes: Jutoran, 1994; Keeney, 1987; Sluzky, 1987.

La estética del cambio (referida por Keeney) son tanto los cambios, como la conciencia de los mismos; el terapeuta al ser ecológico y mirar las consecuencias de sus acciones en un marco total, contextualiza sus técnicas y las acopla a órdenes superiores del proceso mental (órdenes inconscientes); siendo importante la diferencia entre convertirse en artista y no artesano (solo aprendiendo la técnica), ya que una de las características de la epistemología sistémica es la exigencia de la integración de diferentes niveles de análisis e intervención.

Por lo tanto, el terapeuta alterna entre pensar acerca de la familia “afuera” definiendo patrones reiterativos, describiendo fronteras intergeneracionales (como atributos del sistema) o bien propone un curso de preguntas circulares para desafiar el silencio y se sumerge en el diálogo terapéutico para dirigirse a una construcción colaborativa de descripciones, historias y sus significados. Además, el equipo terapéutico funge como sistema complementario del terapeuta que permite el mantenimiento de una distancia de observación.

Finalmente – de acuerdo con Bateson- aparecen los aspectos pragmáticos y estéticos de la terapia familiar sistémica *Rigor e Imaginación*. En este sentido la terapia familiar trajo consigo aportes nuevos en la manera de percibir a la familia; el síntoma fue estudiado en el contexto familiar como algo que pertenece al sistema más que al individuo, “*la epistemología cibernética exige dejar de culpar a las personas identificadas como pacientes o a sus familias por los problemas que los aquejan*” (Keeney, 1987; pp. 144).

Constructivismo y Construcción Social

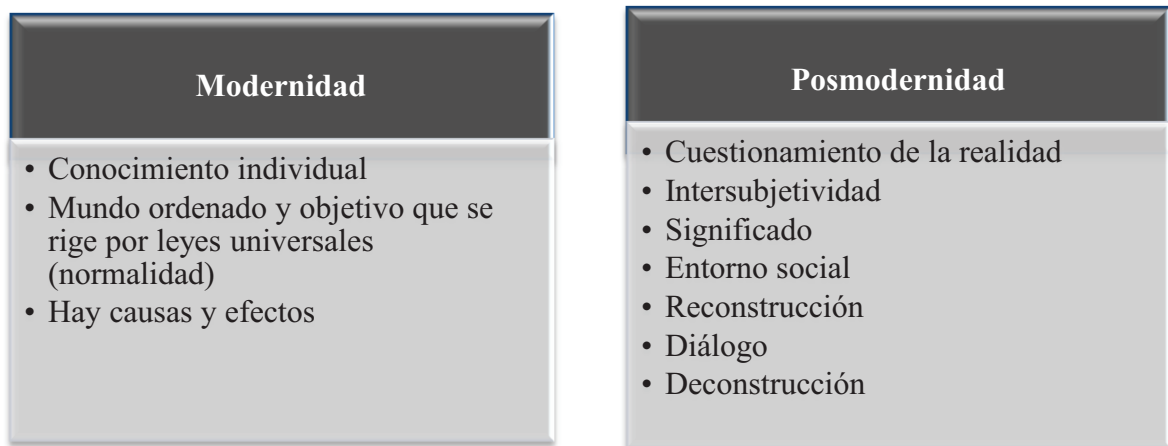
Estas corrientes surgen en un contexto denominado posmoderno, a partir del cuestionamiento de las premisas que la modernidad traía consigo.

La **modernidad** es una corriente de pensamiento que surge a partir de la Ilustración, teniendo como idea principal la fe en ésta, en los proyectos tecnológicos y humanos a través de la acomodación del conocimiento legítimo, además, la creencia de que el mundo es cognoscible, el pensamiento unificado y progresivo. Además, desarrolla el método

científico cuya lógica combinada con empirismo, describe hechos objetivos que pueden verificarse en cualquier área de especialización.

La **posmodernidad**, por otra parte, cuestiona la objetividad dando voz a una multiplicidad de creencias a partir de socavar la fe en verdades eternas. Desaparece la creencia de un universo cognoscible, ya que no estamos lejos de los sesgos humanos, además de dar especial relevancia al papel del lenguaje en la estructura de la realidad social, lo cual trae un nuevo enfoque para analizar el texto de la experiencia humana en su contexto. En el mapa 2 se esquematizan las diferencias entre ambas corrientes.

Mapa 2. Diferencias entre postura moderna y posmoderna.



El **constructivismo** es una escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva. Postula que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella y a un modelo o mapa que se desarrolla en las intenciones del organismo con su ambiente, que obedece a principios evolutivos de selección. Se basa en una epistemología sobre cómo es que conocemos.

De acuerdo con Von Foerster (1990), es una epistemología que debe dar cuenta de sí misma, además el ambiente tal como lo percibimos es invención nuestra.

Jean Piaget (1896-1980) es el principal representante de esta corriente, a través de su teoría de la adquisición del conocimiento, él concluye que el conocimiento es el resultado de una actividad racional y es construcción del sujeto no una representación de la realidad.

Sin embargo, aparecen otros autores importantes que destacan por el enfoque constructivista en el desarrollo de sus teorías, tal es el caso de Bartlett y Korzybski quienes estudian el proceso de construcción semántica de la memoria humana, su lenguaje y cognición. En filosofía, Vico, Kant y Vaihinger quienes estudian el carácter proactivo, modelador, ficticio del ser humano y su papel al momento de configurar las realidades a las que responden.

Neimeyer (sf. en Neimeyer y Mahoney, 1998) menciona que la psicoterapia desde el enfoque constructivista es un intercambio, una negociación de significados (inter) personales, cuyo objetivo es articular, elaborar y revisar aquellas construcciones que utiliza el cliente para organizar tanto su experiencia como sus actos. En este sentido, la terapia trata de comprender el entorno del cliente, su mundo experiencial, las bases dialógicas y discursivas de interacción, así como las contribuciones de ambas en su investigación mutua.

Asimismo, se busca la relación, conexión y mutualidad de significados a través del lenguaje; durante la terapia, se colabora en la construcción y reconstrucción de éstos, tomando en cuenta que son tanto individuales como colectivos, porque se encuentran constituidos tanto por las convenciones lingüísticas como narrativas de la cultura en la cual se encuentran inmersos. En el cuadro 10 se esquematizan las implicaciones teórico-prácticas que surgen a partir de la visión constructivista en psicoterapia.

Por otra parte, el **Construccionismo social** se enfoca en la manera en que el conocimiento es construido a través del lenguaje, siendo este una versión consensuada de la realidad, producto tanto de la interacción, como de la negociación interpersonal. Sus antecedentes datan al surgimiento de nuevas tesis dentro de la filosofía y la sociología, siendo Peter Berger y Tomas Luckmann los principales exponentes, con su obra “La construcción social de la realidad” en 1966.

Limón (2005) menciona que el movimiento construccionista social se distanció de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología, presentándose como un frente común en contra de las posturas positivistas dominantes.

Los principales exponentes de esta corriente se encuentran en múltiples disciplinas:

1. Keneth Gergen (psicología), habla de explorar las narrativas de los pacientes y los sistemas de significados dominantes para que aparezcan otros múltiples relatos.
2. Jaques Derrida (filosofía), abordó el sistema de significados y su deconstrucción.
3. Wittgenstein (lingüística) abordó la posibilidad de trascender las convenciones lingüísticas preestablecidas.
4. Michel Foucault (sociología), realizó todo un estudio del poder, así como la manera en que las creencias culturales pueden ejercerlo en la subjetividad e incluso en el cuerpo de los sujetos.
5. Jean- Francois Lyotard y Paul Feyerabend (filosofía) quienes mencionaban que “todo sirve” como directriz para iniciar un diálogo transformador y propiciar una actitud expectante, entro otros.

De acuerdo con Gergen (1985) un “significado” no solamente es producto de la mente, sino que se crea en un contexto discursivo que también lo sustenta; por tanto, este significado pertenece a la dimensión interpersonal y social (más que a la intrapsíquica). Los problemas en este sentido son explicados como resultado de la dinámica entre el paciente y los discursos sociales de la cultura a la cual pertenece, así, el self es considerado como una construcción en el diálogo entre el individuo con él mismo y con los otros. Para este autor, se pasa de un self individual a uno construido en la relación (o self relacional).

La inclusión de ideas construccionistas, permiten que la psicoterapia coloque el foco de su intervención en las relaciones sociales, en el papel que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad y en los sistemas de significado implícitos en el discurso con el que nos comunicamos. En el cuadro 11 se presentan las características principales de la psicoterapia (narrativa) desde este enfoque. El cuadro 12 es un comparativo de ambas corrientes.

Cuadro 10. Implicaciones teórico-prácticas de la visión constructivista en psicoterapia

POSMODERNIDAD	CONSTRUCTIVISMO
<ul style="list-style-type: none"> • Desplazamiento de tradición racionalista (tener siempre la razón) a la tradición de lo razonable (entendiendo contradicciones) • El individuo pasa de ser un sujeto débil (dominado por fuerzas externas) a un individuo "fuerte" que puede conocer la realidad de manera objetiva. • Filtro que acepta o rechaza grandes narrativas, aceptando la pluralidad de culturas y discursos. • Cuestiona la realidad ya establecida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva epistemológica. Los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden. Enfoque en el papel activo de la mente humana para organizar y crear significado (inventar). Papel importante en psicología contemporánea. • Cibernética de segundo orden. • Establece que las familias y las personas forman su propia realidad, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y a su experiencia. Todo conocimiento o "realidad" es resultado de ese proceso. <p>TERAPIA CONSTRUCTIVISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aventura colaborativa, las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en vez de ser prescritas o dirigidas. • Estimula un nivel íntimo de auto descripción y auto presentación por parte de los clientes. • Trabajo exploratorio, experimental y fundamentalmente existencial. <p>TERAPEUTA CONSTRUCTIVISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • No experto. Acepta la realidad de la familia y sus historias, no trata de cambiarlas No cree que existe una realidad verdadera. No da por hecho que sabe lo que es mejor o peor para el cliente. • Se enfrenta a su propia experiencia individual • Establece un vínculo de atención y confianza, se encuentra emocionalmente presente y responde compasivamente a los cuestionamientos y sufrimiento del cliente, "presencia emocional". • Conciente de que su capacidad para entender la experiencia de un cliente estará siempre limitado por su propia gama de experiencias personales • Aprende durante el proceso terapéutico, debido a la individualidad de cada cliente. • Cliente y terapeuta se comunican más allá de lo que expresan verbalmente. • Presta atención a sus formulaciones explícitas de la situación y a los recursos del paciente (sueños, intuición, etc.) Tolerancia a la ambigüedad. • Siente y se mueve con equilibrio entre la novedad y la familiaridad. • Sabe dónde se encuentra en el esquema total de las cosas, dónde le gustaría estar y en consecuencia la dirección que es necesaria para moverse de posición al destino deseado. Con disposición a turnar el ser líder y/o seguir al otro. • Respeta el ritmo del cliente (cuando se estanca puede tomar la batuta) • Atención en sus propios valores y en los de los clientes.

Cuadro 11. Construccinismo social en psicoterapia

Psicoterapia	Terapeuta	Paciente	Meta	Técnicas
Proceso de construcción de significados en el diálogo entre terapeuta y paciente.	Asiste, ofreciendo un diálogo o narrativa alternativa y una oportunidad de "re-escribir" su historia para completarla, hacerla más coherente o cambiarla por otra más funcional en la interacción con su medio social	Tiene la oportunidad de relatar y explorar aspectos problemáticos de su vida, que son puestos en el contexto de su historia personal.	Traducir las nuevas narrativas en cambios concretos, ayudándole al paciente a tomar conciencia de la naturaleza narrativa, discursiva y relacional de su experiencia cotidiana.	Documentos escritos (cartas, diarios o autobiografías) y algunas formas de conducción de la conversación terapéutica (centrarse en soluciones, externalización y normalización del problema, identificación y exploración de las excepciones al discurso, estrategias de aflojamiento o rigidificación narrativa y de inducción del rol de observador).

Fuente: Díaz, 2007.

Cuadro 12. Comparación entre constructivismo y construccionismo social

	Constructivismo	Construccionismo social
DIFERENCIAS	<p>El sistema nervioso se presenta como una máquina cerrada.</p> <p>Las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno.</p>	<p>Las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje.</p> <p>Todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente.</p> <p>Es a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.</p>
SIMILITUD	Se oponen a la idea modernista de que existe un mundo "real" que se puede conocer con certeza objetiva.	

Fuente: Hoffman, 1992.

II.2 Principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención

La terapia familiar se ha modificado de acuerdo con el contexto social, cambiando las premisas básicas de tratamiento de acuerdo con el modelo a abordar. A continuación se presentan los principales modelos de intervención con familias, los cuales se revisaron a lo largo de la formación.

Modelo Estructural

La **Terapia Estructural de familia**, es creada por Salvador Minuchin (1921-actualidad) y sus colaboradores. Es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social e intentan modificar la organización de la familia. Para ellos, la transformación de esta estructura se puede modificar como consecuencia de las posiciones de cada miembro de ese grupo y las experiencias de cada individuo. Se basa en el hecho de que el hombre es un miembro activo y reactivo de grupos sociales y no un ser aislado, su experiencia de la realidad depende de elementos internos y externos a la vez.

En esta terapia la patología no sólo se ubica al interior del paciente sino también en su contexto social y/o en la retroalimentación entre ambos. La orientación de esta terapia se basa en tres premisas:

- 1) El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción, o sea que su vida psíquica no es exclusivamente un proceso interno.
- 2) Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema.
- 3) Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia su conducta se incluye en ese contexto, formando un nuevo sistema terapeuta - familia.

De acuerdo con Minuchin (1979) el objetivo de la terapia está determinada por el marco teórico que sustente la técnica que utiliza el terapeuta, la terapia estructural es una terapia de acción que consiste en modificar el presente y no en explorar e interpretar el pasado, ya

que éste influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, que se manifiesta en el presente y puede cambiar a través de intervenciones que cambien el presente.

En la terapia estructural el **objetivo** de las intervenciones es el sistema familiar en el presente, haciéndose partícipe el terapeuta de este sistema y provocando cambios en él. Por otra parte las **propiedades del sistema-familia** son:

- 1) *Transformación*: la modificación de su estructura posibilitará el cambio.
- 2) *Organización*: sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. El terapeuta se une a la familia para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia
- 3) *Autoperpetuación*: el terapeuta inicia un proceso que será mantenido en su ausencia por los mecanismos de auto-regulación de la propia familia.

Asimismo, la familia (desde este modelo) tiene dos **funciones**: **interna**, protección psicosocial de sus miembros (alimentación, economía e identidad) y **externa**, acomodación a una cultura y transmisión de la misma. Otra función es la instauración de la identidad (pertenencia del individuo) y el sentido de separación e individuación (a través de su participación en diferentes contextos, subsistemas familiares y grupos extrafamiliares).

Es la familia quien debe garantizar la continuidad a su cultura a través de acomodarse a la sociedad y permitir a sus miembros su desarrollo psicosocial. Los conceptos de tipos de familia y de funciones familiares cambian a medida que se modifica la sociedad ya que la sociedad desarrolla nuevas estructuras extrafamiliares para adaptarse a las nuevas corrientes de pensamiento y a las nuevas realidades sociales y económicas.

A pesar de todos estos cambios la familia persiste, ya que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes, ante mayor flexibilidad y adaptabilidad que la sociedad requiera de sus miembros será más significativa la familia como matriz del desarrollo psicosocial. Son estas adaptaciones las que hacen que la familia sea un sistema abierto en constante transformación, que envía y recibe descargas desde el medio

extrafamiliar adaptándose a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

Para este modelo, el concepto de “*normalidad*” en la familia presenta tres características:

1. Transformación a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose para continuar funcionando.
2. Poseer una estructura que sólo puede observarse en movimiento.
3. Adaptación al estrés manteniendo la continuidad pero, al mismo, permitiendo reestructuraciones.

La **estructura familiar** es todo un conjunto intrínseco de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de cada familia. La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, lo cual define al sistema.

Estas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar (jerarquías de poder en las que los padres e hijos poseen niveles de autoridad diferentes y el funcionamiento del equipo marido-esposa aceptando una interdependencia); el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia (expectativas explícitas e implícitas dentro de los miembros de la familia).

La existencia continua de la familia como sistema depende de la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y de la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas (formados por generación, sexo, interés o función) que se encuentran en el interior de la misma, por medio de díadas, como la de marido-mujer o madre-hijo. Es la organización de cada subsistema lo que proporciona un proceso de mantenimiento del “yo soy” diferenciado. Los **subsistemas** que hay al interior de la familia son tres:

- 1) *Conyugal*. La pareja que decide estar junta, hay apoyo mutuo, complementariedad y acomodación de tareas. Debe servir de plataforma y de apoyo para contactos extrafamiliares y refugio de tensiones exteriores. Su tarea vital es la de fijar límites, tanto al interior como al exterior de la familia.
- 2) *Parental*. Formada por los padres, cuya tarea principal es socializar, cuidar y proteger a los hijos sin renunciar al apoyo mutuo. La función de este subsistema es la alimentación, guía y control y estimular el derecho del hijo a crecer y desarrollarse en forma autónoma.
- 3) *Fraterno*. Formada por los hermanos y que permiten a los niños relacionarse con sus iguales, descargan, se apoyan y aprenden mutuamente tanto a negociar como a competir.

Por otra parte los **límites** definen el tipo de relación que tienen entre sí los elementos de un sistema y están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su función es proteger la diferenciación del sistema, delimitándolo y protegiéndolo. Para permitir el desarrollo de las funciones de la familia sin interferencias estos límites tienen que ser claros y precisos, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. Los tipos de límites son: claros y flexibles, difusos o ausentes y rígidos, los cuales dan pauta a una clasificación de familia que este modelo propone:

- a) *Aglutinadas*, cuyos límites son difusos. Se vuelcan materialmente hacia sí mismas, la distancia disminuye y los límites se acortan, lo que hace que a mayor pertenencia a este sistema se tenga menos autonomía.
- b) *Desligadas*, cuyos límites son rígidos. Su comunicación entre subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas, poseyendo un desproporcionado sentido de independencia y careciendo de un sentimiento de lealtad y pertenencia; no tienen una capacidad de interdependencia, por ello, si requieren ayuda no la solicitan y por lo tanto no la reciben.

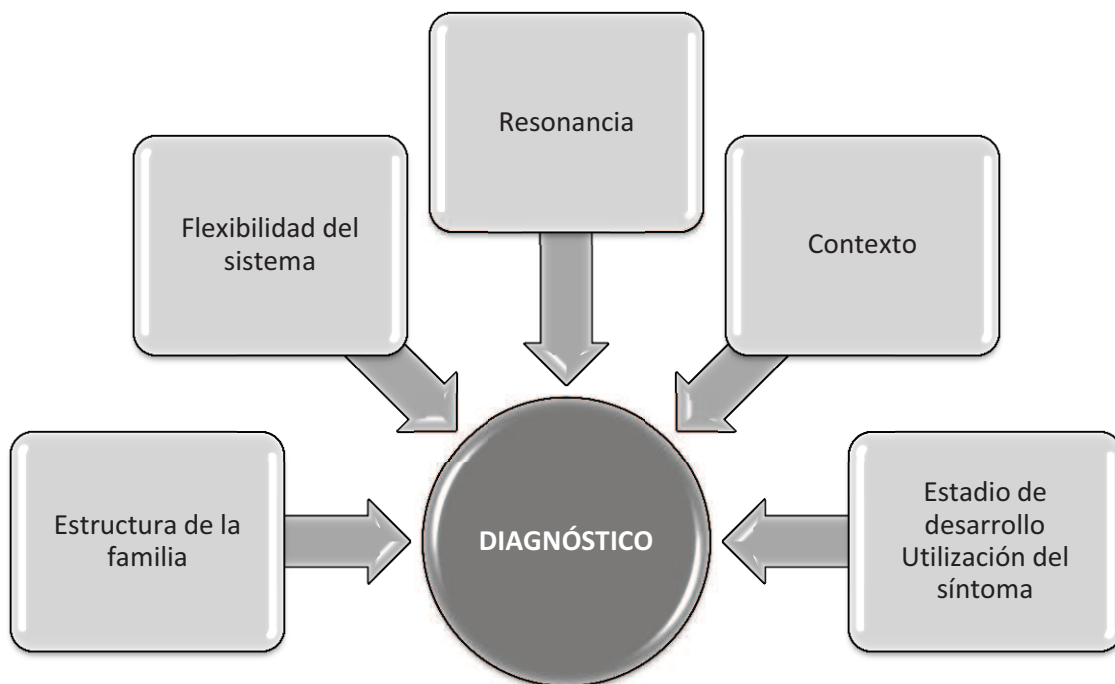
En este sentido, la función del terapeuta es la delineación de límites, clarificando los límites difusos y flexibilizando los límites excesivamente rígidos. Además, que cada miembro del

subsistema realice la función que le corresponde de acuerdo a su posición dentro del sistema.

Técnicas de Terapia Estructural

Dentro de este contexto, el terapeuta es parte de un sistema terapéutico (obteniendo la información necesaria y los materiales que permitirán incidir al interior de la familia), la presencia del terapeuta hace que la familia se organice en torno al mismo y es importante sintonizarse con la familia sin perder de vista la espontaneidad y libertad de las indagaciones personales.

Para la realización de un diagnóstico (que se busca desde este modelo), toma en cuenta los siguientes elementos:



Además, son importantes las hipótesis iniciales del terapeuta y la forma en que éste se acomode a la familia y viceversa. Minuchin y Fishman (1981), proponen una serie de técnicas de intervención (cuadro 13) que son importantes en la formación inicial desde este modelo.

Cuadro 13. Técnicas de Terapia Estructural	
TÉCNICA	OBJETIVO
Coparticipación	Hacer saber a los miembros de la familia que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos.
Cambio	Cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar.
Reencuadre	Convencer a los miembros de la familia que su mapa de realidad puede ampliarse o cambiar
Escenificación	Construir una secuencia interpersonal en la sesión, donde se ponen en escena las interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia en el presente y en relación con el terapeuta
Enfoque	Señalar aspectos importantes por destacar. Investigar un campo limitado. Atender un proceso de cambio, no solo a la descripción. Apelar al isomorfismo. Posponer temas tentadores. Reorganizar jerárquicamente el enfoque familiar. Destacar temas que son a su juicio prioritarios. Ilumina aspectos centrales de la estructura familiar.
Intensidad	Generar situaciones que promuevan cambios. Encuadrar a una clara idea de lo que se quiere obtener
Fijación de fronteras	Modificar la participación de los miembros de diferentes holones.
Desequilibrar el sistema	Cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un sistema, lo cual puede producir cambios significativos y realidades nuevas.
Complementariedad	Devolver a la familia la parte de responsabilidad que tienen frente a un problema. Ayudar a los miembros de una familia a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual, lo cual permitirá percibir su realidad de un nuevo modo y poner en relieve las pautas del organismo total.
Realidades	La familia posee una estructura y esquemas cognitivos que legitiman su organización. Esta estructura está ligada a la visión del mundo que ésta tenga.
Construcciones	Modificar la realidad de la familia, con el propósito de encontrar nuevas modalidades de interacción. Producir confusión y crisis dentro de la familia para que busque un reajuste.
Los lados fuertes	Observar sus lados fuertes como la matriz del desarrollo y la cura. Estos elementos positivos se transmiten de una generación a otra y esas cosas placenteras promueven el crecimiento, procuran apoyo y contribuyen a afirmar el sentimiento que cada uno de los miembros tiene sobre su propia capacidad y valía; este sondeo de lados fuertes es esencial para combatir disfunciones en la familia.

Fuente: Minuchin, S. y Fishman H; 1981.

Finalmente, este modelo es importante por ser el primero en desarrollar técnicas estructuradas para realizar intervenciones familiares, así como métodos de diagnóstico familiar, lo cual es de gran utilidad para un primer acercamiento al sistema familiar.

Modelo Estratégico

Este modelo tiene fuerte influencia de Milton Erickson, médico estadounidense que en los años 40's sentó bases importantes dentro de las psicoterapias breves debido a su especial estilo terapéutico (novedoso y diferente) que daba énfasis a la creatividad, a la comprensión del otro (utilizando su sistema de creencias y recursos internos) y a la importancia del cambio. Además retomó la técnica y lenguaje hipnótico (influyendo por medio de palabras, entonaciones y movimientos corporales).

A diferencia de otros modelos terapéuticos conocidos en esa época, la Terapia Ericksoniana se centraba en el presente, ya que los pacientes llegan sobre todo por insatisfacciones en el presente y el deseo de mejorar en el futuro, siendo el pasado inmodificable y del cual solamente se puede cambiar la interpretación y modo en que lo vemos.

Debido al interés que generaba Erickson en esa época, Jay Haley y John Weakland lo visitaron semanalmente alrededor de 5 años (1955-1960), estudiando sus estrategias, ideas acerca de los problemas psicológicos y sobre todo el tipo de comunicación terapéutica que empleaba. Jay Haley publica en 1963 "*Estrategias en psicoterapia*", donde se sientan las bases principales del modelo Estratégico, además de trabajar de cerca con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, precursores del modelo Estructural. (Galicia, sf.)

La sistematización del Modelo Estratégico surge en este contexto: la concepción de la comunicación humana (MRI), el enfoque de Erickson con respecto a la terapia y a la hipnosis, además del acercamiento hacia la familia.

Este enfoque está basado en directivas, en el trabajo con las jerarquías y hace especial énfasis en los modos de comunicación, especialmente en las paradojas. Otra característica es la concepción de la hipnosis como un estilo de comunicación. Las ideas de Haley influyeron a varios representantes de otros modelos (sobre todo de Terapia Breve) y sienta las bases para una sistematización de la entrevista, jerarquía y directividad en el proceso terapéutico.

Haley (1983), menciona que la terapia familiar estratégica no difiere mucho de otros tipos de terapia, ya que se inicia diseñando un enfoque para cada problema, identificando problemas, fijando metas, diseñando intervenciones y evaluando las mismas. La diferencia radica en que, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente sobre el paciente y buscar activamente un cambio.

El enfoque estratégico es considerado un modo de extensión de la hipnosis porque que retoma la importancia de la habilidad para observar a las personas y sus diferentes modos de comunicación, motiva a la gente a que siga directivas, influye en las personas para que sean más autónomas y busca que sus síntomas se transformen de “graves” en “leves” o de menor duración.

En este sentido la hipnosis es similar a la terapia porque persiguen metas similares, modifican una conducta, promueven una respuesta sensorial y mayor conciencia de la persona, expanden el alcance de la experiencia y proveen nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse. Lo anterior, siguiendo una secuencia de pasos y a veces procedimientos paradójicos.

Una de las premisas de este enfoque es que *los sentimientos y percepciones son subjetivos y se modifican junto con la relación interpersonal*. Los **objetivos** en esta terapia son orientados a metas alcanzables y susceptibles de evaluación (tanto por el cliente como por el terapeuta), introduciendo alternativas positivas que impidan repetir secuencias insatisfactorias y modificando conductas del paciente y de las personas que lo rodean. La intervención es breve, no va más allá de 20 sesiones, con una frecuencia variable (semanal, quincenal o mensual) y finaliza cuando se alcanzan esas metas.

Este modelo retoma el concepto de jerarquía, ya que la familia se organiza por generaciones, aportación económica, grado de inteligencia, entre otras. Por medio de esta jerarquía, se definen modos de conducta estandarizados y se elaboran reglas sobre quiénes tendrán más status y poder o quiénes ocuparán un nivel secundario. Por ello, cuando un miembro de la familia manifiesta un síntoma, éste da señal de un ordenamiento jerárquico confuso en la misma. Para Haley (2005) la regla fundamental es que la organización de la familia peligra al establecerse coaliciones entre distintos niveles de jerarquía.

Tomando elementos de la Pragmática de la Comunicación Humana, Haley (1989) conceptualiza los problemas como incongruencias en los mensajes entre diferentes personas, lo que genera ciertos conflictos y/o dobles vínculos. A partir de esto, se pueden plantear dos tipos de relaciones: Simétricas (donde se intercambia el mismo tipo de conducta entre dos individuos) y Complementarias (las dos personas intercambian diferentes tipos de conducta, donde una enseña y la otra aprende).

La relación Paciente-Terapeuta es definida a través de la presencia o ausencia de mensajes intercambiados entre ambos, ya que siempre estamos comunicándonos en un contexto y con cierta modulación, tanto a nivel digital como analógico. Se establece una relación complementaria con el paciente, donde el terapeuta influye para generar un cambio, modificando su percepción y sensaciones.

Por otra parte, Cloé Madanes (2001) comenta que el problema o síntoma dentro de este enfoque es entendido como una *conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas*. En la intervención estratégica se hace una diferenciación entre el problema presentado en la terapia y la creación del mismo a partir de diagnósticos o caracterizaciones de las personas o familias.

Este enfoque hace hincapié en lo analógico, ya que el problema o síntoma es un modo de comunicación y al expresarse como problema, a su vez, se está expresando como estrategia de solución (aunque no muy satisfactoria), por ende, el proceso terapéutico tiene como objetivo -a través de métodos directivos- modificar estructuras jerárquicas y niveles conflictivos de comunicación que implican la presencia de un síntoma, para esto, el terapeuta debe definir un problema y la manera de resolverlo.

La evaluación se utiliza para observar el estilo individual de vivir, sentir y comportarse de los clientes y conocer sus fortalezas y limitaciones. No trabajan con diagnósticos que etiquetan, y se realiza una personalización del tratamiento, el cual se basa en los siguientes supuestos:

1. La personalidad cambia a lo largo de la vida y somos personas distintas cada día de nuestra vida.

2. Se pueden sacar aspectos de la personalidad del paciente, a modo de usarlos en beneficio del mismo. Los clientes tienen la capacidad de modificar de manera activa sus problemas, aunque en ocasiones no sean conscientes de ello.

Dentro del modelo estratégico, es importante el “buen inicio” para tener un “fin adecuado”, este inicio debe darse *“en torno a un problema resoluble y descubriendo la situación social que por necesidad lo genera”* (Haley, 2005; p. 23).

Haley (2005) menciona que el mejor diagnóstico para la terapia es el que permite responder a los intentos de producir un cambio, por ello se debe incluir (si es necesario) a la red de involucrados en el problema (familia extensa o profesores, psicopedagogos, etc.). Es directiva del terapeuta decidir quiénes participarán en la terapia, ya que debe plantear nuevas modalidades de intervenir ante una situación que no ha sido resuelta anteriormente y por otros medios.

En este sentido, la entrevista tiene como objetivo proveer la máxima información acerca de la familia y buscar cambios casi de inmediato. La primera entrevista se divide en tres etapas: social, planteamiento del problema e interacción, las cuales son desarrolladas en el cuadro 14.

Ante la demanda de la familia por conocer la duración aproximada de la terapia, Haley plantea responder que ésta durará *“el menor tiempo que sea posible para resolver los problemas”* ó bien, en determinado número de sesiones se deciden nuevos objetivos, con el fin de realizar “terapia en etapas” sin perder un objetivo primario y centrándose en los síntomas para producir el cambio.

El papel del terapeuta a lo largo de las sesiones es adentrarse al sistema (homeostático, gobernado por reglas) y modificarlo, esto a través de las intervenciones esquematizadas en el cuadro 15

Cuadro 14. Etapas de la primera entrevista

ETAPA	EL OBJETIVO	LA FAMILIA	EL TERAPEUTA
1. Social	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un clima que haga sentir cómoda a la familia. - Recabar información: pistas de organización familiar (a partir del modo de sentarse). - Observar alianzas y plantear conclusiones provisionales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Participa presentándose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovecha para averiguar datos como quién vive en el hogar, la actitud de cada uno ante el problema y el estado de ánimo de la familia. - No comunica sus observaciones (evitando una actitud defensiva de la familia).
2. Planteamiento del problema	<ul style="list-style-type: none"> - Debe hacerse de una manera ambigua (de esta etapa puede depender el curso de la terapia). - Plantear el problema por medio de un lenguaje comprensible para la familia. - Dirigirse a la persona más desligada y tratar con atención a la persona con mayor jerarquía, capaz de traer a los demás miembros en otras ocasiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expone sus puntos de vista acerca del problema. - Presenta el problema de un modo desgastado o novedoso, con apatía o atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se torna flexible ante el enfoque del problema. - Observa a quién va a dirigir las preguntas. - Indaga si el síntoma es constante, intermitente, inesperado, predecible; su intensidad, frecuencia y horario. - Permite que el problema se exprese metafóricamente, lo resume y define cambios deseados de manera concreta.
3. Interacción	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer que los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema y conversen sobre las discrepancias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se hablan mutuamente e interactúan entre sí. 	<ul style="list-style-type: none"> - Está atento a las conversaciones entre dos personas para introducir un tercer interlocutor - Promueve escenificaciones para ver en acción el problema.
4. Conclusión de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Concertar una nueva cita y convenir la asistencia de otras personas (si se requieren). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se va con algunas prescripciones o tareas que lo vuelven un agente activo de su proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plantea tareas con el fin de que la familia no se desligue de los temas tratados en las sesiones y continúe trabajando por el objetivo o meta establecida.
5. Entrevistas subsecuentes	Plantear nuevos problemas y fijarse nuevas metas		

Fuente: Haley, 2005.

Cuadro 15. Intervenciones desde el modelo estratégico

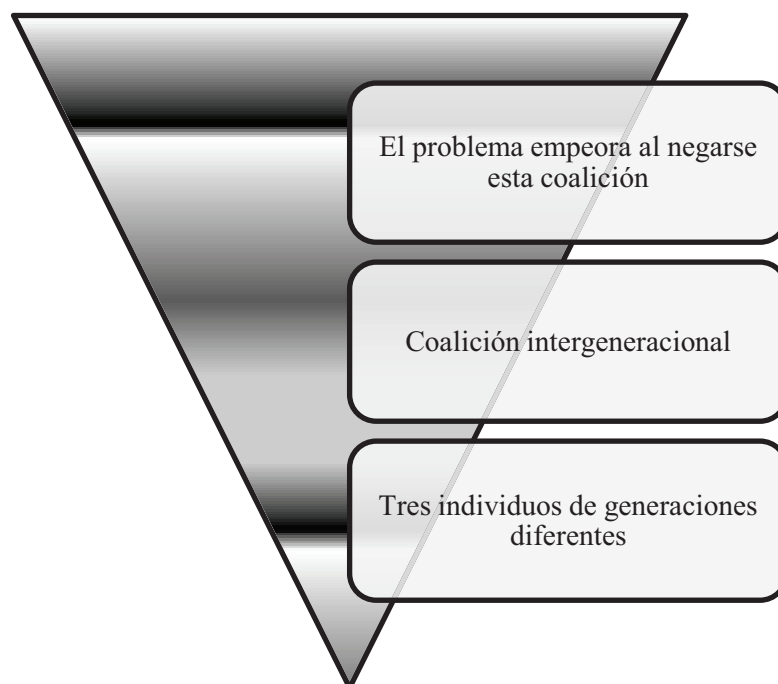
INTERVENCIONES	OBJETIVO	MODO DE IMPARTIRLAS	EJEMPLO
Metafóricas	Generar cambios o maniobras terapéuticas para recoger información.	Retomar analogías sobre la vida del paciente a modo de anécdotas o incluso chistes. Evitar explicarlas para que éstas no lleguen a un estado consciente.	Sentirse como un barco a la deriva.
Paradójicas	Fomentar el cambio en el paciente y eliminar resistencia. En un contexto benévolo someter al paciente a una prueba penosa que promueva el cambio.	Establecer una relación tendiente a provocar el cambio; definir el problema; fijar objetivos; ofrecer un plan; impartir directivas paradójicas; observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual; evitar que se acredite como logro del terapeuta (así, no acepta que las recaídas también son su responsabilidad).	Indicar al paciente que puede o no asistir a las entrevistas si no desea hacerlo, pero haciéndole saber un interés en todos los detalles de su personalidad.
Manejo de la resistencia	Permitir el cambio, a través de romper los esfuerzos de las personas por no cambiar y una conducta sintomática perpetua.	Clásica: reuniendo a todos los miembros de la familia; Uno a uno: se ve individualmente a cada uno de los miembros; Convergente: cada miembro participa pero dirigiéndose sólo al terapeuta; Conversación familiar forzada: estimula a la familia a hablar entre ellos, promoviendo metacomunicación.	Pedir al sujeto haga algo deliberadamente y después solicitar un cambio espontáneo.
Ofrecer una alternativa peor	Combinar las penas con la distracción.	Elegir una nueva conducta, con la propia dirección del paciente.	A una persona con insomnio, ponerla a realizar una actividad desagradable, para que prefiera dormir.
Enfatizar lo positivo	Cooperación del paciente.	Señalar aspectos positivos.	Que bueno, a pesar de las complicaciones estás aquí.
Sembrar ideas	Cooperación del paciente.	Dar ideas que queden como preámbulo para otra mayor.	Hay momentos en la vida en que nos encontramos con un tope, pero casi toda la gente lo puede pasar.
Amnesia y control de la información	Orientar hacia objetivos comunes.	Controlar lo que el sujeto conoce concientemente, ver a los miembros de manera separada para organizar qué se dirán y la manera de hacerlo.	

Fomentar la autonomía	De algún miembro de la familia y <i>orientarlo a una vida.</i>	<i>Desengancharlo de una relación que le provoque conflictos.</i>
Evitar la exploración de sí mismo	No se busca un insight.	
Basarse en el ciclo vital de la familia	Tomar en cuenta los procesos de desarrollo de la familia y los posibles puntos de crisis de cada etapa.	

Fuentes: Haley, 1989; Haley, 1983; González, en Eguiluz, 2004; Madanes, 2001.

En cuanto a la jerarquía es importante tomar en cuenta que se delinea a través de observar secuencias de hechos (actos reiterados entre los miembros de la familia, en una cadena de tres o más acontecimientos) y la terapia tendrá como objetivo cambiar estas secuencias que pueden ser rígidas o repetitivas en límites estrechos que pueden determinar casos patológicos.

Hablando de los problemas, estos se pueden presentar por **conflictos trigeracionales** en donde el terapeuta debe tomar en cuenta la jerarquía y las secuencias vigentes que permiten a los individuos seguirse comportando de la misma manera. Haley (2005) habla de las particularidades de los 3 niveles en la jerarquía de unidad triangular, las cuales se esquematizan a continuación:



En cuanto a estos **conflictos bigeneracionales**, se encuentran los casos de: madres agobiadas con muchos hijos que no delimitan jerarquías entre los mismos, no delegando autoridad y siendo responsable de todos sus subordinados. O cuando un progenitor se coaliciona con un niño contra el otro progenitor, creando una oposición en el matrimonio, aunque estos problemas puedan surgir y no sean encarados abiertamente, siendo el niño el medio de comunicación que estabiliza el matrimonio. También estos conflictos se pueden dar entre terapeutas y pacientes internados, en una familia donde la madre y la abuela discuten por el niño manteniéndose fuera el padre, etc.

La secuencia define jerarquías, y desde la teoría de sistemas éstas serán determinadas por el modo de comportarse de los involucrados, si ésta conducta se repite y es redundante se le llama sistema gobernado activado por el error (la desviación activa el proceso rector). El terapeuta tiene como tarea cambiar esta secuencia que modifique la jerarquía de la familia sin dejarse atrapar por la misma, por ello debe existir un objetivo claro que permita no desviarse de la meta ya que *“el arte de la terapia incluye la capacidad de pasar de un tipo de relación a otro sin dejar de integrar un sistema estabilizado”* (Haley, 2005; p. 138).

El terapeuta debe tener en cuenta que la forma de concebir a una pareja debe ser la más eficaz para generar el cambio, ya que un problema marital varía de acuerdo al modo en que la pareja acude a presentar el problema que le atañe, hay cuatro maneras principales de presentar un problema (cuadro 16).

Cloé Madanes (2001), menciona que en una pareja se pueden presentar problemas debido al poder o jerarquía y que el síntoma aparece para equilibrar el poder en la relación. Ante una incongruencia jerárquica uno de los cónyuges se haya en posición inferior al otro el cual trata de ayudarlo y hacerlo cambiar, pero a la vez, este cónyuge sintomático se rehúsa a dejarse influir y ser ayudado (por lo tanto, a cambiar), esta conducta define una jerarquía incongruente la cual el terapeuta debe organizar a modo de que el poder y la debilidad no giren en torno a esta conducta.

Cuadro 16. Maneras de presentar el problema

Síntomas individuales	Problemas de un niño	Crisis familiares	Problema matrimonial
<p>Cuando un miembro de la pareja presenta un síntoma grave que tiene una función en el matrimonio y la cura de éste síntoma afectará el mismo.</p> <p>En este caso conviene tratar a la pareja ya que ambos se relacionan a través del síntoma.</p>	<p>El cual forma parte de una lucha conyugal, exteriorizando el problema que centran en él.</p> <p>Cuando los padres se encuentran divorciados el terapeuta debe limitarse a tratar la cuestión del niño y no de la pareja, en cambio, cuando el hijo es adolescente o adulto joven es importante trabajar un nuevo contrato matrimonial con temas en los que se ocupará la pareja.</p>	<p>En ocasiones estas crisis (violencia, suicidio o comportamientos antisociales) suceden sólo una vez, pero a veces se presentan de manera regular como parte de un ciclo. El terapeuta asume la responsabilidad y en ocasiones toma decisiones a nombre de las personas.</p> <p>Debido a la crisis se pueden encontrar en un estado de ánimo que no les permita hacerlo, o actuarán irrumpiendo ese ciclo.</p>	<p>El terapeuta debe entrevistar en forma conjunta a la pareja en un contexto ya que pueden darse versiones diferentes, aunque en ocasiones hay temas que solamente se pueden abordar en una sesión por separado.</p>

Fuente: Haley, 1988.

Algunas de las sugerencias para la intervención son: evitar ser colocado en una posición dentro de la relación de pareja, modificar la definición del síntoma y/o la metáfora expresada por él, impartir instrucciones paradójicas para producir la conducta sintomática, prescribir al esposo sintomático una tarea penosa vinculada con el síntoma y al esposo asintomático ocuparse del cumplimiento de la misma, impartir directivas para exagerar la incongruencia jerárquica que obligue a los esposos a reorganizarse en una jerarquía más congruente, fomentar la unión de la pareja y el mejoramiento de la relación para evitar que recurran al sistema de interacción centrado en el síntoma, y que la pareja tome como solución a sus dificultades.

En cuanto al diseño de tareas, estas se elaboran de acuerdo a las características de la familia y pueden ser de los siguientes tipos:

Cuadro 17. Tareas impartidas	
Pueden ser:	El Terapeuta
<ul style="list-style-type: none"> - Directas: ofrecer la tarea como medio de alcanzar el fin deseado. - Indirectas: hacer que los integrantes hablen de sus dificultades, a modo de que estén dispuestos a escuchar lo que el terapeuta sugiere. - Paradójicas: basadas en el desafío. Definiendo primero el síntoma para después prescribir el ciclo de interacciones que lo generan. Por último coartar a la familia toda vez que muestre signos de querer cambiar. - Sencillas: con un miembro de la familia para intensificar la relación con el terapeuta - Complejas: con dos o más miembros de la familia. Cuando se busca un cambio en la organización familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene una actitud flexible para adoptar el modo de impartir las directivas. - Pendiente de las necesidades y características de la familia. - Puede impartir directivas de manera no verbal, (a través de un movimiento corporal) para que siga o detenga la realización de una acción. - Se coloca en una posición de experto conocedor de lo que hay que hacer.

Fuente: Haley, 2005.

Este modelo permite intervenir de una manera más “eficiente” ya que se basa en resultados, por ello el objetivo debe estar definido claramente ya que en esa medida será más fácil impartir directivas de manera clara tanto para el terapeuta como para la familia.

Finalmente, es importante mencionar que los principios de este modelo fueron muy importantes e influyeron en otras modalidades de terapia (más directivas), sin embargo, el auge de las psicoterapias denominadas posmodernas (las cuales se abordan más adelante), ha traído consigo un rechazo a esta directividad.

Modelo de Terapia Breve del MRI (Mental Research Institute)

Este modelo surge a partir de la creación del Mental Research Institute de Palo Alto California en 1959, formado originalmente por Don D. Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin. En un inicio este centro estaba interesado en la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico (doble vínculo), proyecto en donde participaron Haley, Weakland y Watzlawick y donde Gregory Bateson fungía como investigador asociado.

Fue hacia 1967 que se construye el proyecto de terapias breves bajo la iniciativa y dirección de Fisch, iniciando con tres objetivos principales: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentan las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio y estudiar los cambios de los sistemas familiares. El trabajo se desarrollaba de manera estratégica y se encontraba centrado en la manera en que surgen y se resuelven los problemas.

La orientación retórico-persuasiva de las terapias breves estratégicas se basan en la asunción del lenguaje como principal medio de acceso en la terapia, respetando la posición del paciente y su visión del mundo y la utilización de técnicas de comunicación persuasiva en la sesión (sugestiones directas e indirectas, uso de lenguajes metafóricos, actitudes y comportamientos no verbales, comparaciones cognitivas, dobles vínculos y paradojas comunicativas, uso de la metáfora, técnicas sugestivas de comunicación no verbal).

En cuanto a la conceptualización de problema, terapeuta y cliente, se encuentra lo mencionado en el cuadro 18.

El sistema terapéutico se conforma cuando la familia y el terapeuta se unen en un esfuerzo común, por ello desde la primera sesión se establece un contexto de colaboración y confianza recíproca, que se divide en cuatro estadios o fases (cuadro 19).

Cuadro 18. Conceptualizaciones desde el modelo MRI		
PROBLEMA	TERAPEUTA	CLIENTE
<p>En sistema de creencias, opiniones o mitos.</p> <p>Se desarrolla cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana.</p>	<p>No busca causas históricas ni patologías. Trabaja con un solo problema por tratamiento. Da forma al proceso de cambio, de tal modo que los clientes puedan resolver los problemas que llevan a terapia. Influye constructivamente para crear en el cliente la expectativa de cambio. Indaga el grado de cooperación del cliente regularmente con una primer tarea. Fija metas en el presente, orientadas al futuro (el pasado es perjudicial para la solución, es ahí donde no hubo solución).</p>	<p>Sus soluciones intentadas pueden llegar a exacerbar el problema.</p> <p>Lleva su problema a terapia con la idea de fracaso, debido a sus intentos fallidos por resolver el problema. Sus expectativas son de continuación del fracaso, pero se convierte en agente activo del cambio deseado.</p>

Cuadro 19. El sistema terapéutico	
FASE	CARACTERÍSTICAS
1. Social	Se recibe a la familia buscando activar a los integrantes para lograr la mutua aceptación y se realizan las primeras observaciones de la relación entre los miembros de la familia.
2. Focalización del problema	Acercarse al problema con diferentes preguntas respecto al motivo de consulta. El terapeuta busca recoger hechos y opiniones de cada integrante y pide una definición del problema lo más concreta posible, observando las reacciones de cada miembro de la familia.
3. Interactivo	El terapeuta es la figura central e interlocutor de la familia para posteriormente activar intercambios directos en la familia dejando de ser central. Así se recibe información de las relaciones interpersonales que dejan ver la estructura familiar. Este modelo va más orientado al proceso que a la estructura, donde paciente y terapeuta preparan un camino para definir un objetivo terapéutico.
4. Objetivo de la terapia o contrato terapéutico	Es la definición de un objetivo claro y concreto, el cual podrá modificarse. Finalmente se fija duración del tratamiento.

Dentro de este modelo Fisch, Weakland y Segal (1994), plantean una secuencia de planificación para la intervención:

1. **Establecer el problema del cliente** de manera clara antes de continuar el proceso.
2. **Indagar la solución intentada por el cliente**, ya que el problema se conserva por los esfuerzos del cliente y otras personas para solucionarlo.

3. **Decidir qué se debe evitar**, apartándose del campo de soluciones intentadas que perpetúan el problema.
4. **Formular un enfoque estratégico**, ya que las estrategias efectivas son aquellas que se oponen auténticamente al impulso básico del paciente.
5. **Formular tácticas concretas**, con preguntas como ¿qué acciones se apartan de las soluciones intentadas? ¿qué acciones son centrales para las transacciones? ¿qué acción es fácil de incorporar en la rutina diaria del cliente? ¿qué persona desempeña un lugar estratégico para la persistencia del problema?.
6. **Encuadrar la sugerencia en un contexto**: “vender la tarea”, induciendo al cliente a aceptar las tareas terapéuticas (basados en las características y voluntad del mismo)
7. **Formular objetivos y evaluar resultados**, ya que el objetivo es que el cliente deje de padecer o disminuya su dolencia, para ya no requerir terapia. El indicador de éxito es una declaración del cliente de que se siente satisfecho con el resultado del tratamiento (evaluando si se trata de un cambio de conducta u opinión).

En cuanto a las técnicas que se plantean desde este modelo, encontramos las propuestas en el cuadro 20 cuadro 21.

Cuadro 20. Técnicas desde el modelo de terapia breve			
1. Intervenciones generales			
Intervención	Característica		
No apresurarse	Se utiliza en pacientes cuyo intento de solución es esforzarse mucho o demandar soluciones mientras permanecen pasivos.		
Indagar los peligros de una mejoría	Para pacientes con resistencia al cambio, se les pregunta si pueden reconocer los peligros inherentes al mismo.		
Cambiar la dirección de la terapia	El terapeuta varía la postura, estrategia o dirección y la explica al cliente, toma una actitud simulada de inferioridad y agradece al cliente que le haga “abandonar una senda equivocada”.		
Empeorar el problema	Se utiliza cuando el cliente se ha resistido a sugerencias o a probar algo nuevo, el terapeuta explica cómo empeoraría el problema, con las soluciones actuales. Solicitar a la persona que siga haciendo lo que hace, hasta un extremo que le resulte aversivo.		
2. Intervenciones específicas			
Intento básico de solución	Características	Soluciones del cliente	Estrategia terapéutica
1. Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.	Dolencias del individuo (Ej. Insomnio)	Tomar medidas para evitar su reaparición frenando el flujo natural.	Conseguir que el cliente renuncie a sus intentos de coacción y dejar de esforzarse demasiado.

2. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.	Estados de terror (ansiedad, fobias).	Prepararse para el acontecimiento temido. Aplazarlo hasta sentirse más seguro.	Exponer al cliente a la situación temida. Se le pide que deliberadamente no tenga éxito.
3. Llegar a un acuerdo mediante una oposición.	Conflicto interpersonal en temas que requieren mutua cooperación (padres de adolescentes).	Sermonear, exigir que se les trate como superiores, amenazas incumplidas.	Quien solicita ayuda se coloque en una actitud de inferioridad. Utilizar consecuencias o sabotearlas.
4. Conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.	Intentar conseguir espontaneidad mediante la premeditación.	La persona demanda la sumisión del otro y niega pedirla.	Lograr que la persona pida abiertamente lo que necesita
5. Confirmar las sospechas de un acusador a través de la defensa propia.	Sospechas de infidelidad, adicciones, delincuencia.	Acusaciones o autodefensa.	Aceptación de las acusaciones. Introducir un elemento de incertidumbre.

Fuente: Fisch, Weakland y Segal (1994)

Cuadro 21. Técnicas de acuerdo al tipo de paciente		
Tipo de paciente	Característica	Terapeuta
Colaborador	Apoya su proceso con disposición emotiva, cognitiva y en comportamiento.	Guiar de manera racional hacia el cambio consciente.
Colaborador pero no puede hacerlo	Poseen motivación para cambiar, pero algo los detiene. Por ejemplo pacientes con Fobias o algún trastorno psiquiátrico.	Usar estrategias basadas en maniobras veladas, indirectas y con gran carga de sugestión, dirigidas a conducir al sujeto a cambiar sin que se de cuenta.
Pacientes que no colaboran y se oponen abiertamente	Descalifican al terapeuta y no siguen sus indicaciones	Utilizar una modalidad retórico-persuasiva, eficaz en la utilización de la resistencia. Además de maniobras y prescripciones paradójicas.
Pacientes que no son capaces de colaborar ni de oponerse deliberadamente	Presentan una narración de sí mismos y de sus problemas fuera de toda realidad razonable (delirios, manías persecutorias)	Ingresar en la lógica de la representación delirante, asumir códigos lingüísticos y de atribución, evitando toda negación y descalificación de tal construcción de la realidad.

Por otra parte, dentro de este modelo se desarrolla la *Técnica psicoterapéutica de la “re-estructuración”,* dentro de la cual se distinguen dos tipos de realidades: la de primer orden o propiedades físicas de los objetos de nuestra percepción y la de segundo orden o atribución de *valor y significado* a esos objetos. Esta técnica consiste en lograr un cambio de la realidad de segundo orden, o sea, del valor y significado que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependiente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor y su sufrimiento; en este sentido, “la teoría determina lo que podemos hacer”. Finalmente se esquematizan en el siguiente cuadro 22, las prescripciones utilizadas dentro de este modelo, de acuerdo con Andolfi (1991).

Cuadro 22. Prescripciones utilizadas		
Prescripciones	Tipo	Objetivo
1. REESTRUCTURANTES Cuyo objetivo es modificar los esquemas relacionales de la familia con elementos del sistema.	Contrasistémicas	A través de consejos terapéuticos, solicitar cambios en el paciente identificado, para contrarrestar la homeostasis familiar
	De contexto	Establecer y mantener el contexto terapéutico. Moderar la conversación.
	De desplazamiento	Desplazar el problema a otro miembro de la familia o a un problema nuevo.
	Reelaboración sistémica	Reestructurar los esquemas relacionales presentes mediante elementos existentes.
	De refuerzo	Reforzar los movimientos presentes en el sistema que se consideran útiles para el cambio.
	Utilización del síntoma	Apoyarse en áreas de autonomía. Aliarse con el paciente identificado y su síntoma.
2. PARADÓJICAS Cuando en la familia hay círculos viciosos que no se detienen, cuando pretenden cambiar sin modificar y/o cuando todo intento de cambio es anulado.	Prescripciones del síntoma	Prescribir el comportamiento problemático, solicitando que lo haga de manera voluntaria y premeditada. Ayuda a que el paciente sea capaz de controlar su síntoma.
	Prescripciones de las reglas	Involucrar a toda la familia prescribiendo las reglas “peculiares de la familia”, que corresponden al componente más rígido de la homeostasis sistémica.

<p>3. PRESCRIPCIONES METAFÓRICAS</p> <p>Con el empleo de metáforas para manejo de resistencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar metafóricamente. ▪ Que las personas estén dispuestas a realizar tareas si no están conscientes que lo son, ya que no se refieren directamente a la problemática. ▪ Promover un cambio en un aspecto análogo e inducir a un cambio <i>espontáneo</i> en el área problemática.
---	---

En cuanto a la terminación del tratamiento Fisch, Weakland y Segal (1994) mencionan que el objetivo del tratamiento suele ser eliminar o reducir en un grado suficiente alguna dolencia del cliente, de modo que él mismo considere que ya no es necesario someterse al tratamiento, por lo tanto, la terminación constituye un paso que se da una vez solucionada la dolencia.

Las condiciones para la terminación del tratamiento desde este modelo, son:

- 1) Cuando el problema ha sido resuelto.
- 2) Cuando para el paciente el problema ha mejorado en una medida que le satisface.
- 3) Cuando el terapeuta sugiere la terminación, pero antes comprueba la reacción del cliente al plantear esa idea.

Así, la psicoterapia es vista como un recurso que el paciente puede usar en diferentes momentos de su ciclo vital y se deja abierta la puerta al paciente, con lo cual el terapeuta comunica que el proceso iniciado en terapia puede ser continuo, más que algo que hacemos y olvidamos. De acuerdo a la reacción de los clientes en la finalización de una fase de terapia, el terapeuta puede intervenir de diferentes maneras, las cuales se esquematizan a continuación (cuadro 23).

Dentro de las características del terapeuta dentro de este modelo se pueden mencionar las siguientes: directividad, estrategia, prestar atención a los procesos y acciones que le permitan conservar la capacidad de maniobra, centrarse en los cambio, tendencia a advertir a sus clientes que “vayan despacio”, introducir cambios pequeños y estar atentos ante posibles recaídas. El trabajo es sobre quejas específicas y en ocasiones pueden adoptar una actitud pesimista ante la posibilidad o deseabilidad del cambio.

Cuadro 23. Intervención de acuerdo al paciente

Reacción del paciente	Terapeuta
Inquietud hacia la idea de empeorar	<ul style="list-style-type: none"> -Redefinir, reconociendo que hay una mejoría. -Explicar que los cambios lentos persisten por más tiempo. -Provocar un agravamiento del problema de manera temporal y si se presenta una recaída no se tomará como algo inesperado y el cliente puede sentir que tiene el control de la misma. -Comunicar implícitamente que ha tenido avances considerables en el tratamiento, tan grandes que por ahora son suficientes.
Deseo de concluir el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Aceptar esa solicitud, dejando abierta la posibilidad de que el paciente regrese a terapia. -Redefinirlo como “tomar unas saludables vacaciones”. -Pedir un lapso de tiempo para que el paciente piense y evalúe nuevamente si quiere trabajar sobre otro problema. -Cuestionar al paciente sobre sus deseos de no asistir, porque si se acepta de inmediato se arriesga a perder los logros obtenidos. Cuidar que el proceso no se convierta en una especie de muleta permanente para el paciente.

Modelo de terapia enfocada a soluciones

Este modelo surge en la década de los 80's y tiene sustento en las técnicas y trabajos de Milton Erickson, las ideas de Gregory Bateson, la teoría de sistemas, el enfoque interaccional y en el construccionismo social. Se desarrolló en el Centro de Terapia Familiar Breve (Brief Family Center Therapy) de Milwaukee, Wisconsin, EUA.

Los precursores de este modelo son Steve De Shazer y William Hudson O'Hanlon, además de sus colaboradores Marvin Wiener, Elam Nunnally, Eve Lipchick, Alex Monlar, Insoo Kim Berg, Michele Weiner-Davis, entre otros.

De Shazer (1991) menciona que para este modelo es importante considerar que cuando la gente pide ayuda ya tiene una idea sobre cómo resolver el problema y es función del equipo (o terapeuta) detectar esa idea. Así, la familia adoptará una actitud cooperativa simultánea al terapeuta y definiendo sus propios objetivos.

Dentro de este modelo se buscan cambios “pequeños”, los cuales funcionan como detonador o avalancha para provocar cambios mayores. Estos cambios están enfocados en lo que puede cambiarse y no en situaciones no “tratables”.

De acuerdo con el Construccinismo Social, se considera que las personas y familias al estar en un proceso constante de comprenderse a sí mismos y a sus experiencias, forman su propia realidad (siendo ésta un resultado de ese proceso), por ello se le da más énfasis a la manera en que las personas viven sus situaciones (su versión), más que la situación o acontecimiento mismo.

Además, se deja de lado el término de “normalidad”, ya que cada familia va adoptando diversas formas y la solución de las situaciones que aquejan al individuo o a la familia, es ajustada a cada cliente (se sustituye el término paciente), respetando su propia personalidad y haciendo énfasis en sus recursos particulares. Se busca que cada intervención vaya seguida de un efecto o cambio, en este sentido se considera que las personas tienen un deseo innato de cambiar.

Freidberg (1989) dice que los puntos fundamentales que subyacen este tipo de terapia son:

- El mapa no es el territorio: ya que el ser humano tiene un límite estructural (por su sistema nervioso y estructura física) por lo tanto solamente experimentamos el mundo a través de nuestras propias abstracciones. Por lo tanto, lo que conocemos de la realidad está sesgado por nuestra propia conceptualización de la misma y en este sentido hay una participación tanto individual como social en la construcción de la realidad
- Los hechos son trozos de conducta observables y la interpretación de los mismos es el material de la terapia.
- Las personas utilizan la mejor opción, dadas las percepciones de realidad que disponen, se utilizan los recursos del paciente como el principal elemento de trabajo para el cambio.
- Ciertos mapas y modelos pueden limitar las opciones de las personas y dejan de ser funcionales, dadas las circunstancias presentes.
- Es más funcional el modelo sistémico, ya que se enfoca a las estructuras y relaciones que mantienen una situación, las cuales pueden estar mantenidas por un pensamiento que se relacione con el pasado.

- El contexto y el medio ambiente mantienen e influyen la conducta de las personas, estos pueden mantener -tanto operante como funcional- una determinada respuesta por absurda que parezca.

Este modelo se basa en la idea de hacer más de lo que ha funcionado a la persona y si no funciona lo que hace, se debe hacer algo diferente, prestando atención a las áreas en las que le va bien al cliente. Se atiende la manera en que la persona reconocerá su resolución, elabora expectativas de cambio y solución. No se centra en el pasado, a menos que sea para buscar excepciones, como recursos y el futuro se construye en el presente, para que sea satisfactorio.

Espinoza (en Eguiluz, 2004) menciona que los lados fuertes de la familia son los que más se buscan, además de sus capacidades y recursos. El lenguaje es utilizado a través de una conversación para el cambio, en donde se cuestionan certezas útiles. Además, el lenguaje se adapta al del cliente para hacerlo sentir comprendido y lograr empatía. Una de las características de este modelo es que se establecen objetivos concretos y alcanzables.

Las intervenciones formuladas que se utilizan en la primera sesión son:

1. Pedir al cliente que realice más conductas satisfactorias diferentes de la conducta problema.
2. Prestar atención a lo que hace cuando supera la tentación del impulso.
3. Que revise si durante el tiempo entre las sesiones hay alguna conducta satisfactoria.
4. Se le pide que realice algo diferente a la conducta problema o que subyace al problema.
5. Se le piden tareas estructuradas.
6. Identificar las razones por las que la situación no es peor.

El trabajo desde este enfoque tiene diferentes técnicas que se presentan en el cuadro 24.

El terapeuta desde este modelo, identifica y amplía el cambio, se centra en las acciones que a los clientes les sirven como recursos y se interesa en lo posible y tratable. Además es cooperativo, teniendo en cuenta que su visión determina el modo en que él construirá lo que

ha visto. Su tarea es elaborar con el cliente expectativas de cambio y solución. En ningún sentido la construcción de un terapeuta es correcta y “errónea” la del paciente.

Cuadro 24. Técnicas de terapia breve.	
Técnica	Consiste en:
Búsqueda de excepciones	Buscar conductas, ideas, sentimientos e interacciones diferentes, que no alimenten el problema. Sirven como recursos del cliente.
Pregunta del milagro	Preguntar al cliente ¿qué pasaría si el problema desapareciera de un día a otro? Sirve para concentrarse en una solución potencial estimulando al cliente, familia o pareja a imaginar de modo concreto las diferencias sin el problema.
Identificar y modificar patrones	Identificar las pautas que llevan a los problemas y a las soluciones.
Resumen	Devolver continuamente la información que el cliente da. O bien, hacerle saber que se le está entendiendo. Con el fin de aclarar dudas y generar empatía.
Escalas	Pedir al cliente que realice una escala del 0 al 10, donde 0, represente lo mal que se siente cuando el problema está presente y en 10 el cómo se siente cuando el problema no está. Sirve para ampliar la diferencia y encontrar los cambios mínimos.
Reconocimiento de recursos	Ajustar a la realidad las capacidades de los clientes. Maximizar a las personas y minimizar a los problemas. Posibilitan el cambio.
Prescripción de tareas	Modificar el patrón del cliente, a través del uso de tareas con base en la información del cliente. Promover la participación y recursos del mismo para resolver sus problemas.

Fuentes: De Shazer, 1991,1989; Freiberg, 1989; O'Hanlon, Weiner-Davis, 1995; Lipchik, 2004

La relación que se genera entre terapeuta y cliente es de tipo cooperativa y se tienen las siguientes premisas con respecto al problema (o queja), al cliente y al cambio (Cuadro 25).

En la actualidad este modelo se centra principalmente en validar y trabajar con las emociones, la realidad del cliente y su parte espiritual (Lipchik, 2004). Las funciones de esta terapia son: validar a la persona con sus experiencias, cambiar el hacer del problema y cambiar el ver del problema.

Cuadro 25. Premisas con respecto al problema, cliente y cambio.

Problema / Queja	Cliente	Cambio
<ul style="list-style-type: none"> - Son patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. - Involucra conducta generada por la visión del mundo (Construida a partir de casi cualquier cosa). - El síntoma es parte de la solución (no es un objetivo la eliminación). - Mantenido por la idea de que hay resoluciones únicas correctas (esto o aquello vs esto y aquello). - Se encuentra en alguno de los 12 bloques problemáticos: secuencia de conducta, significado asignado a la situación, frecuencia, lugar físico, grado en que es involuntaria, terceros significativos involucrados, culpables, factores ambientales (trabajo, stress, familia extensa), fisiología de las sensaciones involucradas, el pasado, predicciones al futuro, expectativas utópicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene recursos y fuerzas para resolver sus quejas. - Define sus objetivos. - Puede ser visitante (alguien lo llevó), demandante (solución en otra persona), comprador (Dispuesto a ser parte de la solución). 	<ul style="list-style-type: none"> - Promovido por la expectativa de cambio (por parte del paciente y alimentada por el terapeuta). - Es informado por el cliente u observado en la conducta dentro de la pauta de la queja y el fin de la queja. - Está relacionado con otros miembros del sistema, basta con que una persona se comporte de modo diferente para que la interacción se modifique.

Fuente: De Shazer, 1989.

Modelo de Milán

Es desarrollado en el *Centro per lo Studio Della Famiglia*, en Milán Italia. Sus representantes principales son los psiquiatras y psicoanalistas Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, los cuales trabajaron varios años desarrollando conceptos e innovando intervenciones para familias.

La historia de este modelo inicia en 1967, cuando Mara Selvini Palazzoli invita a Luigi Boscolo a trabajar con familias y parejas en Milán; ella realizaba estudios e intervenciones - desde el psicoanálisis - con pacientes que padecían anorexia nerviosa, pero decide comenzar a trabajar con las familias debido a la lentitud y limitación de la terapia individual (Sánchez, 2000; Selvini, 1990). Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, por su

parte, se unen y forman un grupo que comienza a explorar ideas y técnicas para trabajar con familias de pacientes anoréxicas y psicóticos, desde una perspectiva predominantemente psicoanalítica.

Hacia 1971, algunos miembros del grupo deciden adoptar el modelo sistémico del Mental Research Institute (MRI) y otros continúan su trabajo desde el psicoanálisis. Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata comienzan el acercamiento a Haley, Watzlawick, Beavin y Jackson e inician el trabajo e investigación con familias con algún miembro psicótico o con diagnóstico de esquizofrenia, publicando los resultados de esta investigación en su libro *Paradoja y Contraparadoja*, (Rodríguez, sf). Además, la influencia de Gregory Bateson y su libro “Pasos hacia una ecología de la mente”, modificaron el modo de pensar y trabajar.

Fue así que comenzaron a transferir la epistemología cibernética a la práctica clínica, la cual adquirió una importancia fundamental en la producción teórica del grupo. Alrededor de 1975, adoptan la cibernética de 2º orden y se conceptualizan como parte del sistema y no solo como observadores, comenzando a abandonar el enfoque estratégico. La familia pasó a ser vista como un sistema en evolución, más que un sistema homeostático, se comienza a centrar la atención en los efectos de la interacción del terapeuta y del equipo con la familia y se pueden diferenciar los niveles de significado y de acción, por su parte Boscolo y Cecchin inician actividades de entrenamiento (Ochoa, 1995; Sánchez, 2000; Rodríguez, sf; Bertrando y Toffanetti, 2004).

Hacia 1980, hay una división del equipo de acuerdo con los intereses de cada uno de los representantes. Selvini y Prata continúan su trabajo en investigación en el “Nuevo Centro para el Estudio de la Familia”, uniéndose posteriormente Stefano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini. Los cuales retoman el concepto de *juego familiar*, dentro del cual se toman en cuenta las relaciones familiares, alianzas y coaliciones, y su manera de impactar en el síntoma (Tomm, 1984).

Por otra parte, Boscolo y Cecchin continuaron con la investigación sobre la formación y la terapia, la influencia de Maturana, Von Foerster y Von Glasersfeld, los llevó a pensar en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes; abandonaron el modelo médico y comenzaron a hablar de consultas o reuniones en vez de

sesiones. Estos autores colocaron las hipótesis en el contexto de la interacción, para entender a esa familia el terapeuta debía situarse como un colaborador (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1989). Conciben el problema de manera ecológica pensando en diversos factores y sistemas significativos (instituciones, familia, personas significativas), convirtiéndose en consultores de sistemas.

Reséndiz (2010) retoma un esquema realizado por Paolo Bertrando, dividiendo el desarrollo de este modelo en 6 etapas: psicoanalítica, estratégico-sistémica, Batesoniana, constructivista, postmoderna y dialógica (cuadro 26).

Cuadro 26. Etapas en el desarrollo del modelo de Milán.			
Fase	Años	Autores	Características/premisas principales
1. Psicoanalítica	1967-1970	Selvini, Boscolo, Cecchin, Rusconi, Ferraresi, Taccani, Chistoni, Prata.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento a los pacientes con base psicoanalítica, atendiendo la conflictiva familiar inconsciente. Idea "<i>Discutir las ideas del equipo sin que nadie tuviera la verdad última</i>". ▪ Tres guías propuestas: hipótesis, neutralidad y circularidad.
Estrategico-Sistémica	1971-1980	Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fundamento: Modelo de Terapia Breve del MRI (Mental Research Institute) y Teoría de la Comunicación Humana. ▪ Se dejaron de considerar las intervenciones basadas en estrategias y técnicas.
Batesoniana	1981-1984	Boscolo, Cecchin.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interés en la formación de terapeutas y en la forma en que terapeuta construye su realidad (cibernética de 2° orden). Las hipótesis sistémicas son producto del grupo o de la mente que se encuentra en el sistema. La circularidad representa el ingreso que considera a la familia y al terapeuta dentro de un proceso donde co-evolucionan. ▪ El efecto es la reorganización natural del sistema, reorganización no solo a partir de ideas del terapeuta, sino de la propia lógica del sistema. ▪ Pensamiento en términos de contextos y relaciones.

<p>Constructivista</p>	<p>1984- ...</p>	<p>Tomm, Maturana, Von Foerster, Boscolo, Cecchin, Cronen, Pierce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se propone incrementar la complejidad del análisis de los sistemas y seis niveles sistémicos organizados jerárquicamente y conectados por circuitos reflexivos (contenido, actos lingüísticos, episodios, relaciones, biografía interna y modelos culturales).
<p>Postmoderna (construccionista social/post Milán)</p>	<p>Pensamiento que permea el modelo en la actualidad</p>	<p>Boscolo, Cecchin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incorpora el lenguaje, las historias y las construcciones sociales. ▪ Postura de Irreverencia, que permite construir posibilidades para el sistema. Imperativo ético “operar de tal forma que se multipliquen las opciones posibles para el sistema”. ▪ Los prejuicios son considerados los lentes con los que miramos nuestra realidad (construidos desde la familia, grupos culturales, escuelas de terapia, etc.) "No podemos no tener prejuicios". ▪ Se reflexiona sobre pasado, presente y futuro, además de la diferencia entre la concepción sincrónica y diacrónica de los modelos de terapia. ▪ Deja de ser ajeno el resurgimiento del interés por el individuo, y con esto el resurgimiento de la "Terapia Sistémica Individual".
<p>Dialógica</p>	<p>Actualidad</p>	<p>Bertrando, Barbetta, Fruggeri, Telfener, Bianciardi, Mosconi, Cazzaniga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejes centrales: interés por el espacio relacional, político y discursivo entre las personas, visión hipotética del mundo o mundos posibles, la atención a la posición del terapeuta dentro del sistema, el interés por la construcción terapéutica. ▪ Énfasis en los procesos que organizan los sistemas y la diversidad en el fenómeno familiar social. ▪ Considera el diagnóstico en diferentes niveles (racional, contextual) pasaje de la visión individual al sistema.

Fuente: Reséndiz, 2010.

Es así como en este grupo van evolucionando sus teorías, caracterizándose por la flexibilidad para situarse dentro de los contextos teóricos que iban apareciendo durante su desarrollo, lo que implica un compromiso hacia la investigación, tratamiento de las familias y formación de terapeutas, pero el sustento teórico del grupo en inicio fue el mismo.

Por otra parte, Karl Tomm habla de los **supuestos teóricos** (cuadro 27) en los que la escuela de Milán sustenta su práctica, los cuales hacen referencia a la mente como reflejo del fenómeno social, a la epistemología circular, a la importancia del lenguaje, a la evolución de los sistemas y al cambio terapéutico.

Cuadro 27. Supuestos principales del Modelo de Milán.	
Los Supuestos	Dicen:
La mente es social	El fenómeno mental es reflejo del fenómeno social, los problemas mentales son problemas en los patrones de interacción, el significado social de una conducta puede derivar de su contexto social.
Epistemología Circular	La manera en que conocemos o entendemos el mundo que no rodea, determinará la manera de pensar, actuar y de organizar la existencia. Por ello se pretende identificar patrones circulares.
Diferencia y lenguaje	La diferencia será circular en virtud de su reciprocidad (“el niño es agresivo” en lugar de “el niño actúa agresivamente”). Se busca sustituir el verbo “ser” por el verbo “mostrar”.
Sistemas en evolución	Los patrones familiares de conducta evolucionan a través de prueba y error. Los patrones interpersonales de acción influyen en las creencias familiares y a su vez, estas creencias influyen en los patrones de acción. No obstante, los sistemas nunca dejan de evolucionar.
Cambio terapéutico	Si la familia ha desarrollado un patrón donde está incluida una conducta sintomática, el terapeuta tratará de habilitar a la familia a encontrar un camino que le ayude a descubrir alternativas de solución. Los mapas ya sean individuales o colectivos deben ser alterados directamente mediante la introducción de nuevos significados o bien prescribiendo nuevas acciones en un ritual.

Fuente: Tomm, 1984.

Basándose en la teoría de sistemas y al adoptar el modelo del Mental Research Institute (MRI), conceptualizan a la familia como un sistema relacional con las siguientes características:

1. Conjunto que se constituye por varias unidades articuladas entre sí, de modo que el cambio de una unidad va seguido por el cambio en otras unidades.

2. Busca estabilidad a partir de un proceso de homeostasis (ante la resistencia al cambio), siendo el síntoma del paciente identificado lo que la mantiene.
3. Es un sistema en constante transformación que se auto-gobierna por medio de reglas y abierto a la interacción con otros sistemas. Las familias que manifiestan conductas “patológicas” se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas; las reglas hablan de por qué se mantiene el síntoma.

En cuanto a la conducta verbal y no verbal, ambas afectan a otros miembros y provocan respuestas que son conductas, siendo éstas expresión de una relación en particular y no de una patología. Los supuestos teóricos y la concepción de la familia como sistema llevaron a la escuela de Milán a desarrollar un tipo particular de terapia, el cual también fue evolucionando, pero de base tenían los siguientes principios generales:

Método Paradójico

Fue desarrollado en la primera fase de la historia de la escuela, influidos por el pensamiento sistémico y cuyos **objetivos** terapéuticos eran:

- Analizar las relaciones que existen en el aquí y ahora, entre el paciente y su familia, identificando patrones repetitivos y redundantes, en tres generaciones.
- Modificar las reglas de la familia, para que las conductas sintomáticas desaparezcan.

Es importante no perder de vista que el método paradójico está situado en una etapa inicial del Modelo, por la influencia del MRI, y la teorización del juego familiar, en donde los integrantes de la familia se encontraban bajo una regla de no definir la relación. Se colocaba al paciente identificado en una situación de pretender cambiar, pero sin modificarse y/o cuando todo intento de cambio es anulado.

Hipótesis, neutralidad y circularidad

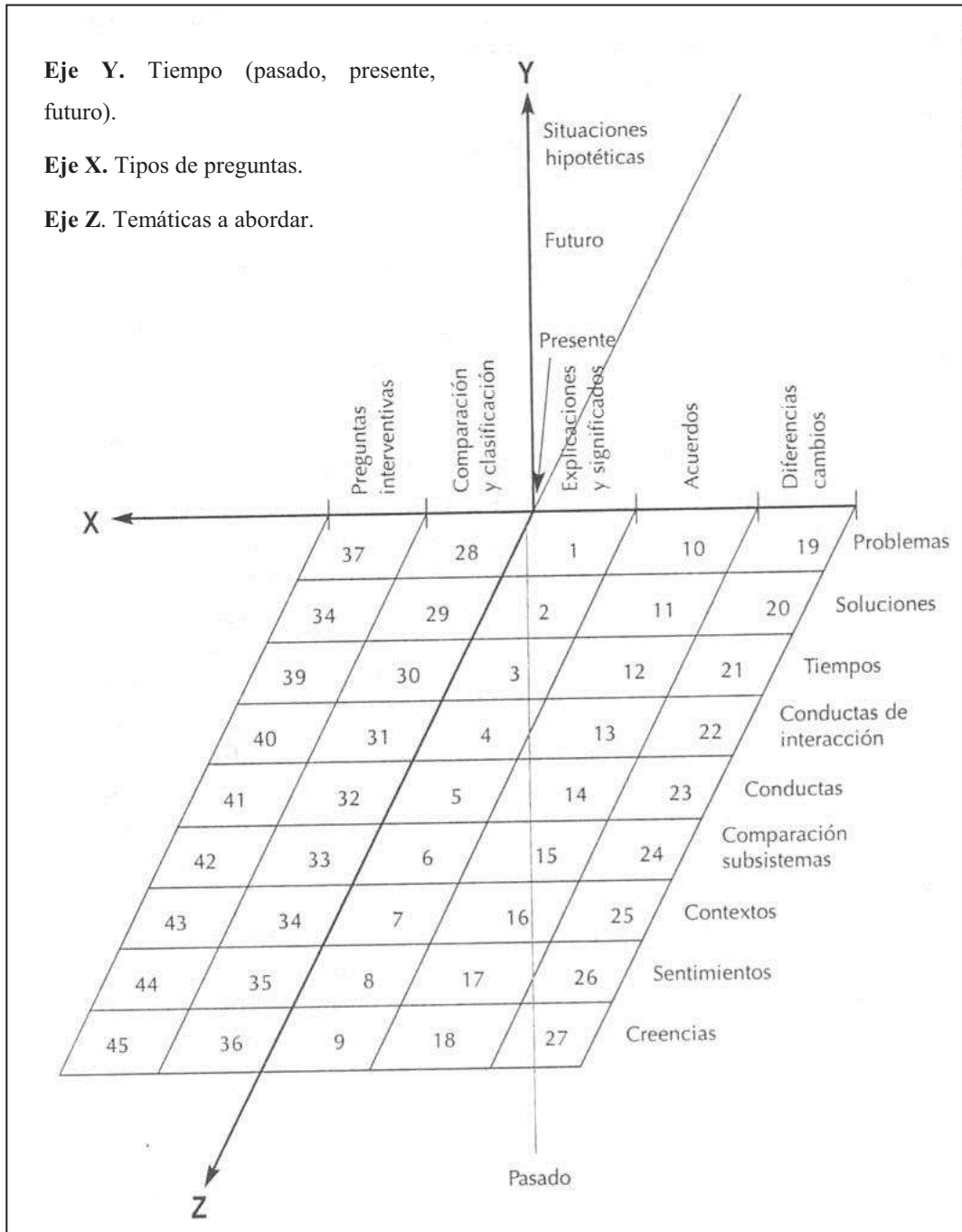
Estos principios básicos permitan introducir información al sistema, con el objetivo de transformarlo.

- 1. Hipótesis.** Las cuales deben ser construidas con base en la información que posee el terapeuta y sirven para determinar el punto de partida de su propia investigación. También, son un elemento que delinea el trabajo y que evolucionan conjuntamente con el movimiento de la familia y permiten permutaciones a medida que se desarrolla la entrevista (Boscolo, *et al*, 1989). Las hipótesis no son verdaderas ni falsas, sino útiles porque permiten excluir variables presentes en la situación y se buscará su confirmación, refutación o modificación. Deben ser sistémicas, relacionando el comportamiento familiar con su problema e interacción.
- 2. Circularidad.** Es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación sobre la base de retroalimentación por parte de la familia en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones, o sea, sobre la diferencia y el cambio.
- 3. Neutralidad.** Es una actitud donde el terapeuta intenta mantenerse con todos los miembros de la familia a la vez, con una actitud de no juzgar ni criticar. Para ello, es importante el trabajo con el equipo, ya que este será el que neutralice los intentos de alianza con algún miembro de la familia.

Según Selvini y colaboradores (1980), el **interrogatorio circular** es la piedra angular para conducir las sesiones y/o investigación del terapeuta, va ligado con las hipótesis y es una técnica de entrevista relacional que da a la familia una oportunidad de entenderse sistémicamente. Rodríguez (2004), menciona que este interrogatorio debe ser representado a modo de plano cartesiano que organiza las preguntas en tres dimensiones (tiempo, tipos de preguntas y temáticas a abordar).

El desarrollo del interrogatorio circular, permite al terapeuta moverse a través de los ejes, según lo requiera, ampliando las posibilidades para obtener información de la familia.

Esquema 1. Ejes del interrogatorio circular



Fuente: Rodríguez, en Eguiluz, 2004.

En cuanto a la **modalidad de trabajo** el equipo realizaba inicialmente una ficha telefónica en la cual se recopilaban datos que permitirían al equipo plantear las primeras hipótesis, se trabajaba en coterapia (casi siempre hombre y mujer). Las sesiones se desarrollaban en una sala amplia con un espejo bidireccional que dividía la sala de terapia de la sala de la observación, el desarrollo de la sesión se realizaba en 5 partes (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1986):

1. **Presesión.** Reunión previa de los miembros del equipo, si era la primera sesión se revisaba la ficha telefónica y se planteaban las primeras hipótesis sistémicas, que guiarían la sesión. Si era una sesión subsecuente, se revisaba el acta de la sesión anterior.
2. **Sesión.** los terapeutas atienden a la familia y el equipo observaba si en algún momento se perdía neutralidad se les llamaba para sugerir o indicar algo.
3. **Discusión de la sesión.** Se realiza una pausa y los terapeutas salen a consultar y decidir con el equipo la intervención final.
4. **Intervención:** los terapeutas regresan a dar el mensaje final (connotando positivamente el síntoma) y una prescripción (casi siempre paradójica) o breve comentario de la sesión.
5. **Acta de la sesión:** el equipo hacía una discusión de lo observado, formulaba nuevas hipótesis sistémicas que dieran sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma y se redactaba una síntesis de la sesión.

Tanto por la distancia como por táctica, el intervalo de las sesiones era mensual, para que las intervenciones hicieran efecto y se dieran mayores resultados y/o cambios. Por otra parte, el terapeuta en este periodo todavía adoptaba una posición estratégica, con una jerarquía mayor, prescribiendo la resistencia al cambio y la homeostasis de la familia, dentro de una cibernética de primer orden (Selvini Palazzolli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998).

El **propósito** de este método era realizar una fuerte alianza no explícita con el paciente identificado, para situarlo *“en el centro de una trama de relaciones familiares de las cuales es víctima...voluntaria que valerosamente se inmola para salvar a los demás...señalando*

las temáticas de sacrificio y de elección voluntaria, el terapeuta estimulaba vivencias de conciencia y de fuerza que indicaban el camino para salir del pantano de sus ambivalentes vivencias...” (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998; p. 73). Para ello se utilizaban diversas técnicas, esquematizadas en el cuadro 28.

Cuadro 28. Técnicas del modelo de Milán.		
Técnica	Objetivo	Características
Connotación positiva (del comportamiento de cada miembro de la familia)	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar en un mismo plano a los miembros de la familia. - Comunicar a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto. - Que la familia se pregunte <i>¿Por qué, si según el terapeuta estamos funcionando perfectamente, tenemos un paciente identificado o una sintomatología?</i> - Llegar sin contradecirse a una intervención terapéutica paradójica, o sea a la prescripción del síntoma del paciente identificado. - Connotar positivamente la tendencia homeostática para provocar de manera paradójica la capacidad de transformación de la familia. - Definir el contexto como terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se trazaban etiquetas buenos-malos, sanos-enfermos y por tanto no había culpables y/o víctimas dentro del sistema. - Se confirmaba de manera explícita la autoridad del terapeuta pero al ser positiva evitaba el rechazo y crítica.
Prescripción del síntoma	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el cambio en la familia a partir de enfatizar la conducta patológica del paciente identificado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es una prescripción específica para cada familia.
Rituales familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Promover cambios en las acciones que realizaba la familia, modificando las reglas de relación. - Enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de lograr un cambio. - Promover que la familia haga, no que entienda. <i>“Si quieres ver distinto, aprende a ser distinto”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenamiento de la conducta en el seno de la familia para determinados días o momentos. - Puede ser directo (para que sea seguido al pie de la letra) o paradójico (para que no se siga).
Declaración de incapacidad de entender.	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta se declaraba incompetente para resolver el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> Regularmente lo hacía Mara Selvini debido a su reputación, la maga después de trabajar intensamente verificaba la inutilidad de sus esfuerzos.

Fuentes: Selvini *et al.*, 1980; Tomm, 1987; Selvini *et al.*, 1986; Boscolo *et al.*, 1989; Umbelino, 2003

Por otra parte, posterior a la escisión del equipo original, se continúa el trabajo con adolescentes que presentaban anorexia y bulimia, realizando dos descubrimientos; el primero se caracteriza por la desvalorización que sufre la paciente, con lo cual, la restricción se vuelve su única defensa ante ese sufrimiento que aumenta; en el segundo momento, hay una anorexia crónica, en donde hay un estancamiento en las restricciones y el control del medio que rodea al paciente. De esta manera, deciden transparentar las situaciones y crear un ambiente de colaboración con la familia, debido a la gravedad de algunas mujeres. La alianza principal es con la paciente con anorexia, a la cual llevan a lograr un entendimiento de su situación. Posteriormente se enfocan en las relaciones con los hermanos o padres y finalmente en la relación de los padres y la historia de su familia de origen.

En esta evolución, los **objetivos** principales dentro de un método paradójico eran: establecer una hipótesis articulada de la razón del sufrimiento de la paciente y verificar los recursos de la familia para generar el cambio. Este método tuvo éxito principalmente en dos ámbitos:

1. Suspendía el excesivo control recíproco de la familia, el cual reflejaba la insuficiencia de confianza, empatía e intimidad de la familia.
2. Proporcionaba información a los terapeutas acerca de la reacción de los diferentes miembros de la familia (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998).

Este método consistía en enfrentar directamente a la familia a la lectura del juego familiar, en indicaciones directas al cambio “*sin las mascararas de la paradoja y respetando la centralidad de las necesidades del paciente*” (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998; 84). Con este método reportan que tuvieron mayor porcentaje de éxito que con los anteriores. Sin embargo fue abandonado poco a poco, debido a que no tenía gran impacto en familias que tenían actitudes hostiles hacia la paciente, en familias con un solo padre y/o padres que no cumplían las prescripciones. Motivo que los llevó a desarrollar el método de revelación del juego familiar que tenía como objetivo develar la manera en que el sufrimiento de un paciente estaba relacionado o implicado con los problemas no resueltos de sus padres.

En cuanto al desarrollo ulterior del modelo, a partir de la separación de Boscolo y Cecchin del grupo original, éstos continúan con la formación de terapeutas. Ante la influencia de la corriente posmoderna (Maturana, Von Foerster y Von Glasersfeld), comenzaron a evolucionar y replantear ciertos conceptos, tales como:

- **Neutralidad:** hablando de su imposibilidad, debido a que el terapeuta no puede ser neutral ante sus propios prejuicios. Esto los lleva a proponer la idea de un estado de curiosidad, el cual invita a una exploración e invención de nuevos puntos de vista. Van más allá de encontrar la verdad, se preocupan más por la utilidad de la información. Esta actitud respeta la integridad del sistema, ya que procura explorar la lógica de las interacciones de la familia, sus ideas, y cómo participan en la creación y mantenimiento del sistema, brindando la oportunidad de construir nuevas formas de acción e interpretación.
- **Irreverencia** (Cecchin, 2003), que refiere a una postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar liberándolo de la ilusión de control. Es una libertad intelectual y la duda como principal recurso. Se intenta mantener la mente abierta y con una capacidad para la autocuestión, dando lugar al uso del sentido del humor y promoviendo la incertidumbre y el cambio. Hacia la terapia, esta postura implica promover la incertidumbre debilitando los patrones y relatos que constriñen a las familias y brindar al sistema la oportunidad de desarrollar nuevas creencias y significados con patrones menos restrictivos. El terapeuta que se guía bajo este término, busca de manera activa jugar sin caer en el empobrecido sistema de significados que lo aprisiona y minar los aspectos de la realidad del cliente que le impiden cambiar.

Por otra parte Boscolo (1996) plantea la necesidad de romper cadenas deterministas, ya que los clientes suelen creer que es necesario poder cambiar el pasado para poder cambiar el presente y, como consecuencia, el futuro. El terapeuta actúa sólo sobre el presente, pero puede operar sobre la memoria del pasado o sobre las expectativas y, por tanto, sobre el futuro. Los **problemas** son situados en el presente, lo cual constituye un supuesto que permite trasladar el pasado y el futuro al presente, que pueden ser modificados al introducir

una cantidad de mundos posibles. Desde la narrativa, esto significa que mediante el diálogo terapéutico en el presente, se pueden desmontar historias de los clientes, hacia la construcción de nuevas historias.

Es así como esta parte del grupo adopta las nuevas conceptualizaciones de la terapia, no perdiendo de vista la importancia de situarnos como terapeutas dentro del sistema.

El modelo de Milán es una base importante para la intervención con familias y un gran ejemplo de la manera en que se puede integrara la teoría, práctica e investigación, para generar nuevas teorías y métodos (con sus respectivas técnicas). Se habla de investigación científica y de la terapia vista como un proceso de investigación, en donde lo más importante para trabajar es el planteamiento de hipótesis de acuerdo con la teoría, las cuales se pueden comprobar o refutar para plantear nuevas, a partir de la información que da la familia.

Modelos derivados de la posmodernidad

Dentro de estos modelos se encuentran la terapia narrativa, el modelo colaborativo y el equipo reflexivo. Se les denomina posmodernos, porque adoptan ideas que provienen de la posmodernidad, sobre todo de las ideas post-estructuralistas que analizan la importancia del lenguaje en la construcción de la realidad. Básicamente estos modelos retoman la importancia del mismo y la terapia es vista como un proceso colaborativo entre el terapeuta y el cliente, en la cual se desarrolla una tarea de disolver los problemas presentados en la familia actual.

Equipo Reflexivo

Esta modalidad de trabajo surge en los años 70's en Noruega, cuando un grupo de psiquiatras y psicólogos brindaban servicios en el sistema de asistencia de ése país. Dirigidos por Tom Andersen, se reunían para buscar nuevos modelos de pensamiento y trabajo. Algunos de los autores despertaron interés fueron Haley, Minuchin y Watzlawick. Andersen (1994) menciona que cuando fue invitado a la Universidad de Tromso, se

organizó un grupo formal de 7 profesionales que trabajarían en la asistencia médica de la Universidad, cuyo objetivo era que no fueran internados los pacientes psiquiátricos.

En el cuadro 29, se muestra el desarrollo de este modelo.

Cuadro 29. Desarrollo del Equipo Reflexivo.	
Año	Acontecimientos
1974-78	Se fija como el punto de partida. Se buscan nuevos modelos de pensamiento y trabajo; se retoman ideas de Jay Haley, Minuchin y Watzlawick
1978-84	Se organiza un grupo formal, de siete profesionales, cuyo objetivo era trabajar en estrecha cooperación para impedir la internación de pacientes psiquiátricos. “Terapia familiar de orientación sistémica”. Comenzaron a trabajar bajo el modelo de Milán, centrándose más en el proceso de la entrevista que en las intervenciones. Consideraban que el pensamiento “sistémico” los incluía también a ellos y a las relaciones con los otros profesionales de las cuales formaban parte. Pensaban que las ideas nuevas tienen dificultades para crecer si son impuestas desde afuera del sistema.
1984-87	Varias personas del hospital mental de Tromso expresaron sus deseos de comenzar un trabajo en equipo; un equipo estaba formado por trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras de las clínicas externas. La tendencia era que cada miembro del equipo luchara por la sugerencia que había hecho en su propia intervención.

Este mismo grupo se encontraba preparándose por dos años en la Asociación Psiquiátrica de Noruega como Terapeutas Familiares de Orientación Sistémica y paulatinamente comenzaron a relacionarse con Boscolo y Cecchin, quienes pertenecían a la escuela de Milán y se centraban más en el proceso de la entrevista que en las intervenciones.

Años después, adoptan la modalidad de trabajo del grupo de Milán e incluyen a trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras de otras clínicas. Esta manera de trabajar, los llevó a darse cuenta que en ocasiones el terapeuta no podía transmitir todas las ideas del equipo, o bien, existía dificultad para llegar a un acuerdo en la intervención final, lo que podía llevar a un estancamiento de la familia, del proceso y del propio terapeuta.

Buscando solución a este problema, un médico interviene con una familia que había sufrido mucho tiempo, pero la intervención no hizo efecto, el equipo al darse cuenta que había un micrófono del lado de su oficina decidieron encender la luz y comenzaron a comentar

acerca de la sesión. La reacción de la familia fue buena e incluso había optimismo en ella. *“El revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos los únicos responsables, sólo éramos una de las dos partes.”* (Andersen, 1994; p. 34).

Fue así que decidieron ponerle a esta modalidad de trabajo el nombre de “grupo reflexivo” ya que el origen de la palabra remite a algo que es oído, aprendido y pensado antes de dar una respuesta. Esta modalidad de trabajo se comienza a sistematizar y su uso ha sido adoptado alrededor de todo el mundo y con resultados que sorprenden tanto al equipo como a la familia.

Andersen (1994) menciona los puntos o principios básicos que fundamentaron su trabajo, son los siguientes:

1. La diferencia que hace una diferencia, donde retoman ideas de Bateson. Él mencionaba que se debía definir algo distinto del entorno para establecer una diferencia y que ésta ayudaría a ver más de lo que uno ve y que a lo largo del tiempo se convertiría en un cambio.
2. El método de fisioterapia de Bülow-Hansen, del cual dedujo que cuando las personas se ven expuestas a lo usual, lo inusual puede inducir un cambio, pero si se enfrentan con algo demasiado nuevo e inusual, se cierran para no inspirarse.
3. Ser uno mismo, ya que *“una persona solamente es la persona que es... sólo puede reaccionar a una situación determinada de una de las maneras que tiene en su repertorio”*. (Maturana, en Andersen, 1994; p. 42)
4. Relacionarse con los demás, porque cuando una persona se encuentra con otra, intenta conservar la integridad, las palabras y las acciones determinan el abrir una conversación o cerrarla.
5. Describir y comprender acciones e interacciones humanas, ya que el sistema de observación describe lo observado de acuerdo a su propia comprensión, por ello, si algo es el foco de atención, algo queda fuera.

6. Objetividad. El que describe influye en lo observado y descrito, se hacen distinciones y quedan afuera otras características, pero todas las descripciones son válidas. Toda realidad es “real”.
7. Procesos de diálogo inter-relacionado. Una terapia implica tres conversaciones, dos internas y una externa, las cuales deben ir con cierto *timing*.
8. El cambio puede ser una limitación y/o una evolución.
9. Se debe cuidar la integridad de la persona, la cual tiene la oportunidad de decir no a cualquiera de las tres conversaciones.
10. Hay intercambios conversacionales, donde se describen, explican, definen significados diferentes.
11. Cuando las personas están en estancamiento, las intervenciones con interpretación no son de mucha utilidad, la modalidad de preguntas es la mejor manera de abrir nuevas conversaciones.
12. Se debe promover que las personas escuchen más y piensen acerca de su situación.
13. La conversación es un intercambio de ideas, ante personas que se sienten estancadas, se deben guiar las ideas importantes y que brinden seguridad de conservar la integridad.
14. Se deben buscar que emerjan nuevos significados en la conversación, ya que éstos darán organización a la identidad.
15. La entrevista es un sistema autónomo que define por sí mismo por qué y cómo se habla. En el equipo reflexivo no ocurre eso. Éstos presentan sus ideas que son transmitidas a la familia.

Lo importante de estos puntos es la visión de respeto a la realidad del paciente y una actitud de reflexión de propio proceso.

La modalidad de trabajo desde este modelo se menciona en los siguientes puntos:

- El equipo reflexivo puede estar compuesto hasta por 4 personas, los cuales cuando ingresan a dar sus comentarios, deben mirarse a los ojos y no dirigirse a los pacientes, lo cual coloca a estos últimos en una posición de escucha y los lleva a reflexionar.

- La manera de dirigirse a los pacientes antes de realizar la intervención es mencionándoles que tomen lo que les sea necesario de lo que se va a discutir, porque el objetivo no es introducir verdades sino información que puede o no resonar en el individuo.
- Las intervenciones deben ser a modo de pregunta y reflejando el propio sentir de los miembros del equipo. La posición de escucha también por parte del equipo es primordial para el trabajo, además de una posición de respeto.
- Se considera también la pertinencia de la idea, ya que el entrevistador lleva la pauta de la sesión, pero todas las reflexiones son importantes.
- Una vez que el equipo reflexivo termina de hablar se le pregunta al paciente si algo de lo escuchado le provoca hacer algún comentario o hablar al respecto.

El terapeuta en este sentido, de acuerdo con Andersen (1994) debe mantener en una actitud abierta a escuchar al paciente y sobre todo respetuosa. Los miembros del equipo no comentan cosas que sean de un contexto fuera de la entrevista, no connotan de manera negativa, no interpretan, ni juzgan.

Este modelo toma en cuenta la realidad no solo del paciente, sino de los terapeutas, en ocasiones cuesta trabajo que un solo terapeuta lleve todas las voces del equipo.

Trabajar desde esta modalidad, implica también un cuidado en el lenguaje, ya que los comentarios deben ser concretos y respetuosos, no se deben hacer afirmaciones ni interpretaciones, mucho menos consejos de manera directiva. Las palabras del mensaje deben de ser a la medida de las personas, evitando así mensajes confusos, además, el lenguaje debe de ser tentativo.

El equipo reflexivo sitúa de una manera diferente al equipo terapéutico dentro de la sesión y la manera en que se proporcionan diferentes voces a los consultantes, los cuales toman lo que les es útil en su proceso

Terapia Narrativa

La terapia narrativa como cuerpo de prácticas e ideas propuestas por Michael White y David Epston tiene sus bases en el postestructuralismo, el cual plantea que la obra literaria es un tejido de textos cuyo significado depende más de los lectores que de la intención del autor. Además, retoma la importancia del lenguaje para analizar estructuras institucionales en términos de la relación entre significado y poder, en este sentido, identifica y cuestiona jerarquías implícitas en la sociedad.

Una parte primordial de las ideas de White y Epston, fueron Gregory Bateson y Michel Foucault. Bateson (2002) propuso que el significado que atribuimos a un hecho está determinado por el contexto del receptor, o sea, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestro mapa del mundo. Foucault (1979, 2002, 2004) por otra parte, estudió el concepto de poder, el cual está determinado por un juego de saberes que respaldan la dominación de unos individuos sobre otros.

White y Epston, (1993), mencionan que los seres humanos experimentamos los efectos del poder ya que estamos sujetos a él a través de verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y relaciones. La terapia narrativa retoma ideas post-estructuralistas que plantean la importancia del lenguaje para analizar las estructuras institucionales en términos de la relación entre significado y poder; además plantea que hay una relación entre realidad, lenguaje, historia y sujeto, por ello se preocupa por identificar y cuestionar jerarquías implícitas en la sociedad. (White, 2002).

Los *principios básicos* de este modelo mencionan que la psicología es una ciencia que utiliza el lenguaje como medio para la intervención y no se encuentra fuera de los discursos normalizadores que la sociedad dicta. Gergen, Hoffman y Anderson (1996) mencionan que el lenguaje al describir afecta la relación, los patrones culturales también se abren ante el lenguaje. La terapia narrativa propone dar lugar a la individualidad de la persona, así como en lo experto que es de su propia vida. Esto implica un cambio en el concepto de terapia y la postura ante el consultante, se propone una posición más horizontal y los terapeutas nos

planteamos como testigos de la historia de las personas que nos consultan, siendo parte del trabajo abrir nuevas historias, cuestionando las historias dominantes.

Además, es importante el cuestionamiento de las narrativas socialmente construidas que tienen efectos reales en la vida de las personas. Foucault (1979) menciona que las afirmaciones de verdad de la ciencia reduccionista, deshumanizan y convierten en objetos a muchas personas. Parte del trabajo de este modelo de terapia es hacer circular las historias que existen, pero que no son poderosamente circuladas y/o respaldadas.

Hoffman (1992), menciona que al apoyar la idea de que las verdades sociales sólo son relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y a otros, en terapia, los psicoterapeutas tenemos un relato acerca de cómo los problemas se desarrollan y cómo se resuelven, por ello, adoptamos un papel activo en la acción terapéutica, lo que conlleva a entrar a terapia con la idea preconcebida de intervenir de una mejor manera para enfrentar los problemas de los pacientes/consultantes.

A partir de la visión postestructuralista la identidad pasa de ser “interna” y “cognoscible” a ser producto de los conocimientos y prácticas culturales, o sea, tiene que ver con los discursos sociales que nos dicen quiénes debemos ser y en esa medida se puede cuestionar. (White 1994). En este sentido, la metáfora narrativa da importancia a la manera en que las personas buscan dar un sentido a su vida a través de la organización de su experiencia en secuencias temporales, para obtener un relato coherente de sí mismas y de su mundo. Estas historias pueden estar atravesadas por un discurso dominante que puede ser cuestionado a través de las posibilidades de abrir otros discursos o realidades.

Lo anterior, permite pensar en secuencias de acontecimientos que van adquiriendo significados para el consultante, o sea, promover en el terapeuta ser escucha activo de una historia en particular y buscar la manera de ayudarlo a la persona a dar sentido y coherencia a la misma, o bien, ser un testigo de las historias de los clientes, evitando –en la medida de lo posible- prejuicios, aunque de acuerdo con Cecchin (1996), es imposible no mirar la realidad a través de prejuicios aprendidos con las experiencias personales, los cuales nos describen la realidad y aprendemos a saber qué está bien y qué está mal, qué es útil, qué es inútil, a fin de distinguir la realidad. Esta distinción es una construcción no precisa de

nuestro cerebro ya que sólo interpretamos lo que vemos y le damos un significado, lo cual debemos de cuidar en el momento de intervenir con los pacientes.

También se habla de distinguir el **panorama de acción** del **panorama de conciencia**, el primero es la secuencia de eventos en el tiempo y el segundo refiere las reflexiones que se hacen acerca de los significados de esos eventos., por ello White propone que los problemas en sí no son importantes, sino el significado que las personas dan a los mismos.

A través de la externalización del problema se separa a la persona del problema. Además, se realiza una distinción entre lenguaje diacrónico (a través del tiempo) y lenguaje sincrónico (en un momento determinado), dando mayor importancia al diacrónico, lo que lleva a revalorar y dar importancia a la historia. Además el concepto de deconstrucción es importante para la terapia, ya que muestra la manera en que se han construido los conceptos a partir de procesos históricos y acumulaciones metafóricas.

En cuanto a las **técnicas y/o intervenciones**, el terapeuta narrativo basa su práctica en la conversación, mediante la cual va cuestionando las verdades dadas como absolutas en la vida de las personas, así, los significados pueden ser transformados a través de la conversación y dentro de esta conversación se busca externalizar los problemas (separándolos de las personas).

Hay algunas preguntas y técnicas que White propone para llegar a eso:

- **Preguntas de influencia relativa:** las cuales se utilizan para explorar la influencia del problema en la vida de las personas. De esta manera se pretende ayudar a la persona a que también reflexione acerca de la influencia que éste ha tenido en su vida.
- **Preguntas para rastrear acontecimientos extraordinarios:** con lo cual se buscan momentos en los cuales la persona fue agente de su propia vida, para que éste mismo explore sus capacidades, recursos y logros.
- **Conversaciones de re-autoría:** mediante las cuales se pretende que las personas asocien los eventos extraordinarios de su vida en una trama de historias.

Una de las contribuciones importantes de White (2002) fueron las **ceremonias de definición**, ya que al dar cuenta de que los terapeutas somos parte de una cultura que tiende a patologizar y describir de manera tanto funcionalista como estructuralista a las personas, y que existe una capacidad latente de marginación y cosificación, propuso que se debe tener responsabilidad al llevar una conversación (por esta vulnerabilidad a la reproducción de algunos aspectos negativos de la cultura dominante). Es importante considerar que las ideas expresadas en el equipo de reflexión no garantizan que éstas sean significativas para los clientes.

El papel de los testigos en las ceremonias de definición, es validar validar las historias e identidades preferidas de los clientes. Al escuchar al equipo las personas pueden tener una mejor idea de cómo se ven a sí mismos y encontrar opciones para darle forma a su propia vida. Pensando de esta manera, se brinda a las personas un sentimiento de reconocimiento y de ruptura de aspectos de su vida, tal como la conocen, por lo tanto hay mayor posibilidad de reescribir sus vidas.

También, al reconocer las experiencias que tiene las personas de los problemas que los llevan a buscar ayuda, y de los esfuerzos que han realizado para cambiar lo que han querido cambiar en sus vidas, se ayuda a la gente a ver esos aspectos negados de sus vidas. Estos aspectos dan paso al resurgimiento de historias alternativas. Los testigos (o miembros del equipo), al hablar de la experiencia propia y transparentar los comentarios desarrollados, se encuentran con reflexiones que no habían tomado en cuenta de sus propias vidas, lo que contribuye a construir una apreciación diferente de algunos eventos de sus vidas. El equipo de reflexión también es modelador de las vidas de sus miembros. White (2002) menciona que al vivir así, los participantes pueden encontrar fascinante su trabajo.

Las cuatro fases que White propone para el **equipo de reflexión** (cada una consiste en una entrevista como tal), son las siguientes:

1. El entrevistador charla con los clientes mientras los miembros del equipo escuchan.
2. El entrevistador y los clientes cambian de lugar con los integrantes del equipo y los primeros son una audiencia para la entrevista que se hacen entre sí los miembros del equipo. Hablan principalmente sobre sus experiencias al escuchar la conversación

que presenciaron. Se sugiere que los sitúen sus comentarios (de su experiencia personal y no de un discurso profesional privilegiado) y que se tomen en cuenta a todas las personas que participaron en la entrevista. Los terapeutas también deben apuntar los aspectos poco reconocidos pero “preferidos” de la experiencia de los clientes, así como todo lo que apunte a posibles historias alternativas.

3. Se vuelven a intercambiar lugares y el terapeuta entrevista a los clientes sobre la experiencia de escuchar al equipo, especialmente sobre aquellos comentarios que les llamaron la atención o les parecieron útiles. El terapeuta ofrece también sus reacciones sobre lo que el equipo dijo.
4. El equipo, los clientes y el terapeuta se reúnen para “deconstruir” la terapia misma: ¿por qué se hicieron ciertas preguntas?, ¿cuál era la intención de cierto comentario?, ¿qué experiencias personales pueden haber influido en las decisiones hechas durante la terapia?, entre otras cosas.

Este modelo propone el uso de materiales escritos, los cuales enriquecen la experiencia del consultante. A través de estos materiales se engrosan las historias alternativas de los consultantes.

Modelo Colaborativo

Este modelo considera la construcción de la realidad a través de la conversación con otras personas, por ello durante el proceso es la conversación una herramienta que permite que se generen nuevos significados y realidades en la vida de los consultantes.

El terapeuta es un colaborador que aporta nuevos significados que permiten la construcción de alternativas a las problemáticas que aflijan a las personas. Los principales exponentes de este modelo son Harry Goolishian y Harlene Anderson, quienes comienzan a desarrollar sus ideas en la década de los 70's. Ellos comienzan a plantear que la conversación es uno de los aspectos más importantes y presentes de la vida de los seres humanos. En 1977 fundan el Galveston Family Institute, el cual posteriormente se convierte en el Houston Galveston Family.

Los **principios básicos** de este modelo mencionan que el lenguaje, la conversación y la relación son aspectos centrales desde este enfoque. Los principales supuestos teóricos que lo guían son:

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

Los **problemas** son vistos como “asuntos a tratar en el discurso”, el significado que se le atribuye son “realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas con el lenguaje”. Los problemas no son estáticos, sino que se encuentran en flujo constante y se disuelven en el lenguaje.

La **terapia** es un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa, no hay técnicas específicas, ya que el objetivo es encontrar nuevas maneras de dialogar acerca de los fragmentos de las historias de los clientes, buscar sentidos y comprensiones. Una terapia exitosa implica la elaboración de historias y autobiografías construidas a través de la co-exploración de historias familiares ya contadas.

Además, la **co-creación** de historias nuevas (todavía no contadas) da lugar a una nueva orientación de sentido, una nueva historia, un nuevo diálogo y - por lo tanto- un nuevo futuro. La postura de “no saber”, alude a una actitud y creencia del terapeuta de que no tiene acceso a la información verdadera que nunca podrá comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de ser informado por el otro y de

aprender más sobre lo que se ha dicho o no dicho. El no saber implica también humildad acerca de lo que uno sabe, de esta manera se presta mayor interés en aprender lo que un cliente tiene que decir, busca explorar, exponer o validar y/o promover su propio conocimiento o interés.

Para concluir, este recorrido permitió conocer (incluso reconocer) las bases epistemológicas tanto de la terapia familia, como del enfoque sistémico. Además, los principales modelos en los cuales se encuentra sustentada la práctica en la actualidad. Cada modelo es aplicado de acuerdo a las características de la familia y del propio terapeuta, siendo importante tomar en cuenta que el modelo debe adaptarse a la familia y no al contrario.

Durante la maestría, se desarrollaron habilidades que tienen que ver con el abordaje teórico y práctico de las diferentes problemáticas que se presentaban. A lo largo de la formación, fue importante que los casos se analizaran y estructuraran teóricamente. En este capítulo se presentan dos de ellos, los cuales se incluyen debido a que fueron significativos y representativos para mi formación.

La investigación es una parte crucial dentro del posgrado, ya que, a través de la estructuración de proyectos, un terapeuta familiar puede acercarse de una manera diferente a las narrativas que presentan las familias. En este sentido se desarrollaron dos investigaciones, una de corte cuantitativo, mediante la cual se creó un instrumento para medir hábitos alimenticios en la familia y su relación con obesidad en la adolescencia, otra de corte cualitativo, en la cual se estudiaron los procesos implicados en una relación “intercultural”, donde la pareja está conformada por miembros de culturas diferentes.

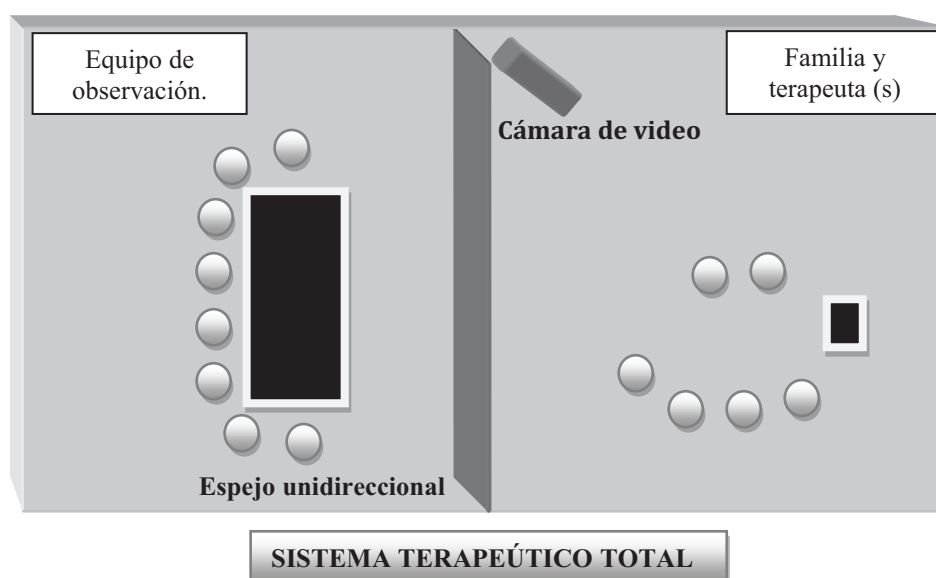
Otra actividad importante, es el desarrollo de productos tecnológicos que sirvan a futuras generaciones en formación. Como primer producto tecnológico, se realizó una esquematización de revistas indexadas sobre terapia familiar, ya que es necesario conocer publicaciones en las cuales se está difundiendo la investigación e intervención familiar y que sirvan de plataforma para dar a conocer el trabajo que se realiza dentro de la UNAM. El segundo producto tecnológico fue una investigación que desembocó en una presentación sobre *coterapia*, ya que hasta la fecha continúa siendo la modalidad de trabajo que más se utiliza en la formación de terapeutas. Finalmente, se presentan actividades académicas extracurriculares que permitieron llevar el conocimiento e intervención a la comunidad, el trabajo de difusión en congresos y la importancia de asistir a formación en otros contextos.

III. 1 Habilidades Clínico- Terapéuticas

Dentro de este apartado, se encuentran dos casos en los cuales la teoría se integró con la práctica, llevando a cabo intervenciones desde diferentes modelos teóricos, en este caso, Modelo de Milán y Estructural. Los cuales se abordaron a fondo en el capítulo II.

Modalidad de trabajo

En ambos casos se trabajó bajo modalidad de supervisión, dentro de cámaras de Gessel, cada sesión era video grabada para supervisiones posteriores. El equipo conformado se constituía de la siguiente manera.



El equipo estuvo conformado por 11 integrantes, dos de ellos fueron coterapeutas y el resto del equipo fungió como observador detrás de cámara de Gessel. Se trabajó durante 9 sesiones (con periodicidad mensual), desarrolladas en cuatro fases:

1. **Presesión:** reunión previa de los miembros del equipo donde se planteaban las primeras hipótesis sistémicas, que fueron guía de la sesión. Si era una sesión subsecuente, se revisaba el acta de la sesión anterior.
2. **Sesión:** los terapeutas atienden a la familia y el equipo observaba, si en algún momento se requería transmitir una idea a la familia o a los terapeutas, se tenía la libertad de hacerlo.

3. **Discusión de la sesión:** Se realiza una pausa y los terapeutas salían a consultar y decidir con el equipo la intervención o ideas a introducir al sistema en el cierre de la sesión.
4. **Cierre:** los terapeutas regresaban a dar un mensaje final, tomando en cuenta los temas abordados en la misma, o bien, comentarios e ideas que el equipo había tenido con respecto a la sesión.
5. **Postsesión:** el equipo discutía sobre lo observado, formulaba nuevas hipótesis sistémicas que dieran sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma y se redactaba una síntesis de la sesión.

Por otra parte, a pesar de que en ambos casos se desarrolla un marco teórico diferente, considero pertinente desarrollar brevemente 3 ideas que me llevaron a situarlos en este reporte (buscando una pauta que los conectara).

1. Pareja y parentalidad.

En la actualidad, la relación de pareja (conyugal) se diferencia de la relación parental. En ambos casos se comparte la importancia que se da a los hijos, sin embargo la manera de incluirlos o incluso excluirlos de la dinámica parental era diferente. En el primer caso uno de los hijos se vuelve el centro de la familia, sobre todo por la discapacidad que presenta, siendo la madre quien se vuelca hacia el cuidado y rehabilitación del mismo, dejando de lado e incluso ignorando la relación de pareja. En el segundo caso la hija que presenta un problema de salud importante se ignora al ser más importante la dinámica de la pareja, no tomando en cuenta sus necesidades.

Beck y Beck Gernsheim (2001) mencionan que en siglos anteriores la maternidad y paternidad se vinculaban directamente, los hijos debían aparecer de manera natural posterior al matrimonio. Sin embargo aparece un dilema evidente “entre más tiempo se da al hijo, menos tiempo se da a la pareja”, lo cual conlleva a que los hijos en la actualidad “no unen a la pareja”.

2. Centralidad de los hijos.

Los hijos en ambos casos adquirieron una fuerte importancia para la familia, sin embargo, esta centralidad estaba impidiendo el desarrollo de su autonomía, siendo la

sobreprotección de los hijos un tema recurrente. Por otro lado – y paradójicamente– las necesidades emocionales no se atendían. Beck y Beck Gernsheim (2001) tienen una postura con respecto a “*el hijo como experiencia de sentido y como autoexperiencia*”, los hijos en estas familias respondían a necesidades emocionales de los padres (en el caso uno, necesidad de reconocimiento, en el caso dos, necesidad de una familia).

Estos autores hablan de los hijos como responsables de una función de beneficio psicológico, donde el valor emocional de los mismos es: la sensación de tener una responsabilidad, de ser competente, de ser emocionalmente necesario y de verse a uno mismo realizado en la próxima generación, así como representado en tanto ser humano. Tener hijos se relaciona con el deseo de un sentido y arraigo, al mismo tiempo que una “exigencia de felicidad” que apunta al “placer de tener una relación”, situación que no siempre se puede reconciliar. Por otra parte, la atención total que se le dedica al hijo muestra el denominado “amor posesivo” el cual se caracteriza por centrar la atención en el hijo, a la vez que se le está exigiendo permanentemente algo (incluso el soporte emocional de los padres).

3. Centralidad de la discapacidad.

De acuerdo a su grado y al contexto en el cual aparece, la enfermedad y la discapacidad pueden volverse -o no- centrales en la construcción de las premisas de la familia. En el caso uno, el hijo tenía una discapacidad más visible y profunda que en general requirió mayores cuidados e intervención para desarrollar sus habilidades. En el segundo caso, la enfermedad que tenía la hija, también requería un cuidado especial pero al no ser visible (o incluso menos incapacitante) era menos central para la familia, lo cual llevaba a que no se volviera tan importante e incluso que quedara diluido el problema ante el conflicto de la pareja.

Así, doy paso al desarrollo de ambos casos trabajados durante la formación, al ser representativos para mí, en mi manera de construirlos e integrarlos.

Caso 1. Familia y Discapacidad, abordaje desde un modelo relacional

Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez (terapeuta-supervisor)
Mtra. Paulina Carrillo Avalos (terapeuta)
Equipo terapéutico 7ª generación MTFS.

Resumen

En este artículo se presentan un caso atendido durante la formación en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Psicología de la UNAM. Abordados desde un Modelo Sistémico Relacional, trata sobre una familia que refería tener problemas en la relación entre sus miembros, sobre todo con el miembro con discapacidad; a lo largo de nueve sesiones, se logró una revisión de diferentes ideas que mantenían un “mito”, el cual conformaba acciones e ideas con respecto a la “ausencia” de problemas y la negación de la discapacidad.

Palabras clave: Familia, discapacidad, sistema, modelo sistémico relacional.

Introducción

La psicología no se encuentra fuera de los discursos normalizadores que la sociedad dicta. Gergen, Hoffman y Anderson (1996) mencionan que el lenguaje al describir afecta la relación y los patrones culturales se abren ante el lenguaje, por lo tanto, los diagnósticos en general están planteados en términos de deficiencias. El pensamiento sistémico plantea que las dificultades por las que atraviesa una familia están influidas por el contexto, por ello se pretende introducir información a un sistema para llevarlo a su reorganización.

Gergen (1992) por su parte, menciona que al desplazar el acento a una construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas pierden su privilegio ontológico ya que no son independientes sino construcciones culturales y que no hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.

En este sentido, el concepto de discapacidad ha sido modificado a lo largo del tiempo y en la actualidad es definida como la “*exteriorización fundamental de las limitaciones*

físicas o mentales que al relacionarlas con el contexto social producen desventajas entre las exigencias del ambiente social y cultural” (ONU, 2008). Lo cual es importante, ya que se considera el contexto en donde aparece y lo favorecedor (o no) que puede ser.

Por otra parte Molinari, Everri y Fruggeri (2010), mencionan que cualquier cambio en un sistema se constituye como un desafío para los miembros que lo componen, ya que cada miembro participa en la reorganización familiar (aún cuando no estén directamente involucrados en la transición). La presencia o llegada de un miembro con discapacidad a la familia, lleva a la reorganización de la estructura y funcionamiento de la misma, pero también implica una adaptación “psicológica” a la discapacidad, la cual puede llevar mucho tiempo, pero que en general depende de las capacidades y recursos del sistema. Para la familia, esta crisis puede representar una oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento o ser vivida como una tragedia y provocar algún problema en la relación entre los miembros de la misma.

Familia y discapacidad

La familia es una estructura compleja y articulada, presente en todos los sistemas sociales conocidos. Es una unidad de cooperación basada en la convivencia, la cual se encuentra fundada en una alianza de adultos, cuyo objetivo es garantizar a sus miembros el desarrollo, la supervivencia física y socioeconómica, la estabilidad emocional y la protección.

De acuerdo con Sorrentino (1990), la discapacidad puede estar sostenida desde dos perspectivas: (1) individual, donde ésta es una desventaja del sujeto el cual debe ser rehabilitado, asistido y por lo tanto tiende a convertirse en “objeto” de terapia y (2) relacional, donde se conceptualiza como un evento que desencadena reacciones y adaptaciones que están interconectadas en todo el contexto de la vida de la persona, por lo tanto, la discapacidad tiene una fuerte relación con el contexto en el cual aparece.

Los contextos también influyen en la familia, pueden ser sociales, económicos y culturales. Sin embargo, independientemente del contexto, Fruggeri (2011) habla de funciones básicas de la familia, las cuales son: (1) garantizar el cuidado y la protección; (2) consolidar la contención a partir del establecimiento de límites; (3) desarrollar la

capacidad de relacionarse con diferentes personas a la vez, o sea, la intersubjetividad; (4) ayudar a establecer y tomar en cuenta las diferencias que caracterizan a los contextos interpersonales y sociales; (5) constituir una base segura, o acogimiento, de la cual se parte hacia otras metas o contextos; (6) la autonomía, vista como la capacidad para experimentar la separación de un contexto seguro.

Dentro de una perspectiva relacional, la discapacidad se puede presentar como un evento crítico que modifica las rutinas cotidianas que dan estructura, estabilidad, seguridad (entre otras), lo cual significa una transformación de los elementos que daban identidad a la familia hasta la aparición del evento. El evento crítico en este sentido es conceptualizado como aquel acontecimiento frente al cual las habituales, y ya consolidadas modalidades de funcionamiento familiar resultan inadecuadas, requiriendo la activación de procesos adaptativos. Laura Fruggeri (2011), esquematiza las estrategias adaptativas de acuerdo a la definición del evento, lo cual se presenta en el cuadro 30.

Cuadro 30. Estrategias adaptativas		
Percepción del evento	Respuestas adaptativas	
1. El evento es percibido como cuestión de toda la familia y se habla de él.	a) Las respuestas de cada componente se organizan e integran con claridad de roles al interior de la familia.	b) Las decisiones se toman en consenso con todos o la familia entera se siente vinculada a ellas.
2. El evento es percibido como un hecho individual y el intercambio de información es escaso.	a) Los individuos actúan cada uno independiente del otro. Los conflictos son más o menos explícitos.	b) El consenso es impuesto a la familia, parte de un componente individual. El grado de acuerdo no es claro.

En este sentido, el proceso de cambio dentro del sistema familia se conforma por secuencias de microtransiciones o procesos temporales que se ponen en marcha cuando la estabilidad e identidad de la misma pueden estar amenazadas (Fruggeri, 2001). Durante un periodo crítico la familia se encuentra en un ciclo en donde requieren negociar, reevaluar, reconstruir y reinterpretar las transformaciones que están experimentando.

Cada evento crítico requiere que la familia elabore la pérdida de expectativa e identidad, modifique las rutinas cotidianas, redistribuya los recursos, tareas y responsabilidades,

reformulen roles y funciones, calibren el sostén y la autonomía, reorganicen las modalidades relacionales tanto al interior como al exterior de la familia.

En el caso de las familias con algún miembro con discapacidad es importante considerar que sus características y organización son lo que determinará la forma en que se procese el evento crítico, así como su intensidad y forma, sin embargo hay puntos de mayor vulnerabilidad para la familia, los cuales se enumeran a continuación:

1. Al momento de la sospecha y cuando el diagnóstico de discapacidad es confirmado.
2. Cuando se encuentra la familia en un pasaje del ciclo vital.
3. La edad preescolar del niño, cuando comienza a darse cuenta de las diferencias con otros niños de su edad.
4. Cuando se busca la integración a la escuela, ya sea regular o de educación especial.
5. La adolescencia del niño, ya que si tienen una discapacidad física esta repercute directamente con la construcción de su imagen corporal.

La reorganización de la familia requiere que se mantenga un óptica procesual, distinguiendo 3 fases: **(1) Crisis**, que genera impotencia y se conceptualiza como una experiencia negativa; **(2) Transición**, que se pone en marcha cuando la familia prueba y activa nuevas modalidades de solución retomando las anteriores, durante esta fase la familia oscila entre nuevos y anteriores modos de solución; **(3) Construcción de nuevas rutinas**, donde la familia pueda reorganizarse o incluso terminar en otra crisis que sea vivida como fracaso (Fruggeri, 2011).

En el sistema familia se presentan diferentes signos de conflicto en la relación entre los miembros ante la aparición de la discapacidad, tomando en cuenta los factores previos que pueden afectar la relación (problemas en la pareja, altas expectativas, deseos e ilusiones depositados en el hijo, problemas socioeconómicos, carencia de redes de apoyo, migración, embarazos no deseados, poca comunicación entre los miembros de la pareja, poca capacidad de expresar sentimientos, miedo a la crítica, entre otras).

Existen algunos indicadores que dan cuenta de un posible conflicto vincular entre los miembros de la familia (ante la aparición de la discapacidad), los cuales son: síntomas

de índole emocional en el niño (no relacionados con la discapacidad); pérdida de espacio de la pareja; división rígida de los roles de ambos miembros de la pareja (madre como sostén emocional y el padre como proveedor); reproches entre los miembros de la pareja; sentimientos de culpa; centralidad y atención volcada hacia el miembro con discapacidad, mientras otros hijos o familiares pueden ser descuidados, presentando problemas emocionales o académicas (incluso en ocasiones los hermanos pueden sentirse culpables por ser sanos desarrollando la necesidad “no expresada” de contribuir demasiado a los demás); aislamiento del exterior (dejando de lado la vida y relación con el contexto social o redes inmediatas); enfocarse solamente en la deficiencia del niño, sin dar lugar a otras características; dificultad de los padres para colocar límites al hijo con discapacidad (lo cual lleva a cumplirle todas sus demandas).

En este sentido, dirigir toda la atención al miembro con discapacidad podría no beneficiar a la familia, ya que se pueden “quitar” los recursos a otros miembros, esta vivencia suele dividir a la familia en sanos y enfermos, lo cual modifica las modalidades relacionales en diferentes niveles. Sin embargo, también el contexto social suele ser favorecedor - o incluso limitante- en la elaboración de expectativas y construcción de la identidad del sistema familiar, por lo tanto, la problemática que gira alrededor de la discapacidad no debe limitarse a un solo espacio porque la comunidad y los contextos más amplios también pueden llevar al aislamiento social y/o a la no inclusión.

Sorrentino (1990), menciona que la cultura occidental -considerada madre del progreso- frente a la discapacidad se siente atacada en lo más íntimo, desafiada en su ilusión de omnipotencia y acusada de ineficiencia, por lo tanto, reacciona con una fuerte actitud compensatoria, acentuando sus esfuerzos técnicos, perfeccionando sus competencias y movilizandolos recursos, lo que ha provocado una gran evolución de conocimiento científico y terapéutico. Sin embargo, el enfoque sistémico plantea ir más allá del individuo artificialmente aislado, tomando en cuenta también las relaciones entre el paciente, la familia y los especialistas que intervienen en la rehabilitación. De acuerdo con Bateson hacer distinciones a un nivel puede ser correcto, porque con base en las diferencias es que percibimos, sin embargo el trabajo bajo el enfoque sistémico está más orientado a encontrar las similitudes y por lo tanto aceptar la diversidad.

En cuanto al papel del terapeuta familiar, es importante que éste pueda normalizar la existencia de debilidades y fortalezas en el sistema, lo cual no debe traducirse en la

disminución de unos sobre los otros, ya que en el reconocimiento de los propios límites se encuentra el recurso.

Dentro de un proceso adaptativo es importante no hacer de lado el significado atribuido a la discapacidad tanto en el aspecto cultural como familiar, lo cual también suele estar influido por la resiliencia del sistema familiar (entendida esta como una característica de un sistema interactivo y no de alguien en particular). Desde esta idea, los recursos personales, familiares e incluso sociales se organizan y utilizan, además, deben estar colocados en un contexto y la verdadera resiliencia no está en los recursos que posea la familia, sino en los que pueda reconocer. El trabajo sobre la competencia de los padres, es otro aspecto importante, porque los servicios de rehabilitación tienden a cuestionar su experiencia e incluso producen la sensación de incompetencia ante la situación, cuando son ellos los que pondrán en marcha las nuevas modalidades de relación. Cada quien es responsable de su acción en el momento que está ahí, siendo importante pensar que cada pequeña posición forma parte de un sistema interdependiente.

Dentro de un enfoque relacional, el primer punto para cambiar es la práctica de intervenciones sobre paradigmas nuevos y empezar a construir competencias con los clientes, ya que el terapeuta familiar contribuye a construir situaciones interactivas, en las que todos puedan desarrollar sus propios recursos y competencias.

PRESENTACIÓN DEL CASO

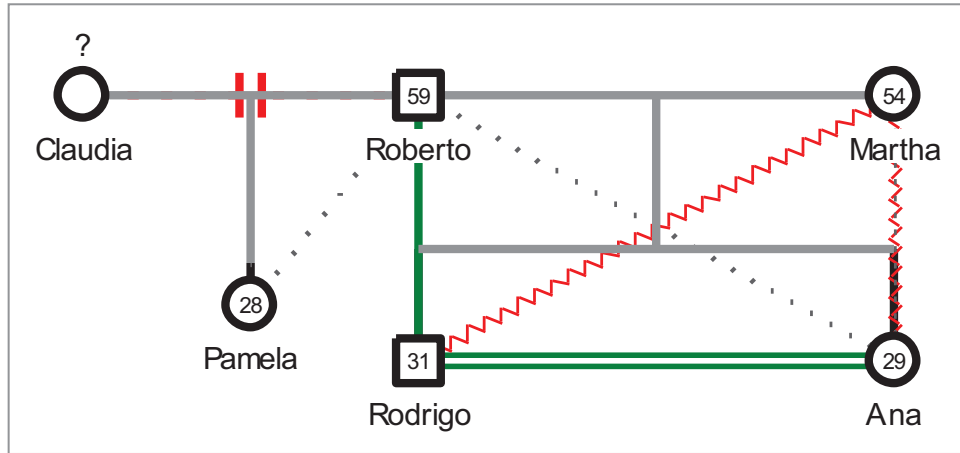
Familia Pérez

Se trata de una familia que solicita atención en el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila. El **motivo de consulta** de Martha (madre) fue la **existencia de conflictos y problemas con su esposo e hijos**, sobre todo con el comportamiento de Rodrigo (hijo mayor) quien tiene una discapacidad llamada Trisomía 4, un síndrome que -entre otras cosas- va acompañado de malformaciones físicas, problemas auditivos e intelectuales.

Además, Martha comenta que tiene **problemas de ansiedad y angustia debido a su situación familiar en general**, que tiene la sensación de ser excluida de algunas actividades familiares en donde solamente estaban involucrados padre e hijo, falta de

comunicación en la familia y rechazo por parte de Ana. La gravedad de sus problemas comenzó desde que se jubilaron ella y su esposo (dos años atrás).

La familia estaba conformada por los miembros que se presentan a continuación:



INTEGRANTES DE LA FAMILIA PÉREZ			
Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad y Ocupación
Martha	57 años	Madre	Licenciatura en Educación Primaria Jubilada
Roberto	59 años	Padre	Licenciatura en Educación Primaria Jubilado
Rodrigo	31 años	Hijo	Primaria, educación especial
Ana	29 años	Hija	Licenciatura en Odontología Empleada

Antes de comenzar con la descripción del proceso, cabe mencionar que la intervención se realizó en la modalidad de equipo terapéutico, sustentados en el Modelo Sistémico del grupo Milán. En una primera sesión existían **hipótesis iniciales** de que la familia podría encontrarse en un reajuste a raíz de la jubilación de los padres, lo cual pudiera representar una dificultad para relacionarse porque se encontraban en una familia donde los miembros se desconocían entre sí. La madre, comentaba que se sentía saturada de responsabilidades con respecto a sus hijos, a modo de recuperar tiempo que no había compartido con ellos.

A lo largo de las sesiones se abordaron diferentes temáticas y el objetivo principal de las mismas fue indagar e introducir información al sistema, con el fin de que la familia reestructurara los acontecimientos que hasta la fecha traían malestar a la misma.

Proceso terapéutico

a) Motivo de consulta

Acuden por recomendación del médico familiar, ya que Martha presenta problemas de ansiedad. Ella comenta que es por “por algo que viene cargando de hace tiempo”, en sesiones posteriores se indaga esta idea y se revela una relación extramarital que tuvo Roberto y de la cual tuvo una hija; tema que hasta la fecha de la intervención causaba conflicto en la familia, porque desde la perspectiva de Martha y Ana, fue una traición por parte del padre.

b) La discapacidad en la familia

Rodrigo (hijo mayor), nació con trisomía 4, síndrome que conlleva discapacidad intelectual y pérdida de audición, entre otras características, por lo cual tuvo dificultades en el desarrollo y Martha se tenía que dividir entre la rehabilitación y el trabajo, lo cual provocó que no se enfocara mucho en la relación con los otros miembros de la familia, incluso comenta que cuando nació Rodrigo, ella se encerró en su casa porque no quería que lo vieran, eso parecía generarle culpa porque mencionaba que Ana siempre estuvo olvidada al dar toda la atención a Rodrigo. Sin embargo, la ocupación de ambos en el ámbito laboral provocaba que sus hijos siempre estuvieran al cuidado de otras personas, incluso Ana se hacía cargo de Rodrigo.

Rodrigo logró desarrollarse y adquirir diferentes habilidades. Con su padre, tiene una buena relación ya que realizan actividades juntos y éste ha sido un soporte fuerte para la inclusión social de Rodrigo a la comunidad. Sin embargo, su sexualidad es un tema que causaba conflicto a los padres, porque comenzaban a llamarle la atención las mujeres. En una ocasión Martha lo encontró masturbándose en su recámara, tema que se abordó, ya que la sexualidad era un tema tabú en esta familia (sobre todo la de Rodrigo, al cual se le invadía su privacidad), incluso Martha mencionaba que quería “desenvolverse como hombre” y ella no lo veía normal, por eso no quería darle libertades sexuales.

Reséndiz (2006) menciona que una situación muy común en la discapacidad es la detención o negación del tiempo, cuanto más grave es la discapacidad más se observa cómo se transforma este miembro en un niño eterno o en un enfermo a cuidar, lo cual hace que se detenga su identidad como persona. Cuando ocurre esto se deja de nutrir de

nuevos elementos del contexto. En este sentido Boscolo y Bertrando (1996) comentan que una familia se puede observar bajo dos ejes: sincrónico y diacrónico. El primero se refiere a observar las relaciones en el presente, el segundo hace referencia a la observación a través de dos marcos temporales en donde se expresa la estabilidad del sistema familiar, mantenida por acontecimientos recursivos generacionales y transgeneracionales; o bien, como expresión del cambio (modificaciones irreversibles que hacen que la familia sea distinta), desde este punto de vista dinámico “estabilidad y cambio” son aspectos complementarios del tiempo de la familia.

En esta familia, el tema de estabilidad y cambio se fue tejiendo, a la par que se observaba cómo el desarrollo de sus hijos parecía haberse detenido, a pesar de que son adultos, a los hijos de esta familia se les seguía viendo como niños.

A raíz del nacimiento de Rodrigo, Martha se enfocó y centralizó su atención hacia él, lo cual en la actualidad traía culpa por el descuido hacia Ana. Una anécdota significativa para ella es que cuando Ana era pequeña (alrededor de los cuatro años) le prendió fuego a un colchón en su casa y cuando estaba en la secundaria se ponía los zapatos al revés. Estos eventos fueron significativos para Martha, quien los vive como un error en su maternidad, parte de las intervenciones fueron cuestionar estas ideas negativas hacia ella misma.

Desde la perspectiva del padre, Rodrigo estaba desarrollándose adecuadamente, ya que es muy sociable y además posee habilidades mecánicas que podrían ayudar a su inclusión laboral, ya que parte de las expectativas que se tenían sobre este hijo eran “verlo trabajar e independiente”, sin embargo Ana fungía como tutora legal de Rodrigo y mencionaba que sus padres tendían a sobreprotegerlo y no lo dejaban desarrollarse como una persona autónoma. Sin embargo existían expectativas sobre Rodrigo que tenían una limitante en el contexto, el cual se trabajó, dándole mayor confianza.

Martha comenta que después de 31 años, aún no aceptaba la discapacidad de su hijo, sin embargo “la ha enfrentado”. Narra que en una ocasión un médico le dijo que era una “mala madre” porque no pudo pagar por un periodo de tiempo a un psiquiatra que lo atendía y que esas palabras seguían resonando en ella. La intervención fue dirigida a retomar las cosas que sí había hecho por su hijo y todo el acompañamiento que lo llevó

a desarrollarse como hasta la fecha, con el objetivo de abrir las posibilidades y que pudiera ver otra cara de su maternidad, e incluso de sí misma.

c) Transmisión intergeneracional del afecto

Una de las premisas de esta familia era que los padres debían recuperar el tiempo que no habían estado con sus hijos, lo que implicaría que también se moviera la organización de éstos en la casa. Al jubilarse los padres todo el sistema se reorganiza, éstos regresan a casa y los hijos pueden sentir que los padres invaden sus propios espacios.

Otra premisa que existía en los padres (especialmente en Martha) era que los hijos (sobretudo Ana) tendrían (y tenían) problemas por no haber recibido el cariño de ellos como padres. Esta premisa también se convertía en “profecía”, porque la madre comentaba que Ana ya presentaba problemas por esto, como si fuera la “elegida” para tener los mismos problemas que la madre, la cual tampoco recibió cariño de sus padres.

Martha tenía un pensamiento causal con respecto a la forma de demostrar afecto en esa familia, mencionaba que “no era cariñosa porque sus padres no fueron cariñosos con ella”, esta idea no permitía que sus hijos pudieran demostrarle cariño, porque ella los rechazaba. Poco a poco se modificó esta forma de relacionarse, ya que se partió de la idea de que a veces incluso los padres deben aprender de los hijos la manera de demostrar los afectos.

d) Desmontando la rotulación de la discapacidad

La intervención principal fue a través de interrogatorio circular, el cual tuvo como función desmontar la rotulación de enfermedad en la familia y transformar estos rótulos en conductas compartidas dentro del sistema. Martha no era la enferma o Rodrigo el discapacitado, se cuestionaron estas rotulaciones y se logró pensar en el sistema y en la manera que se relacionan con estas ideas, así, los rótulos se transformarían en procesos contenidos en contextos y relaciones del sistema.

A esta familia, las preguntas referidas al futuro les hicieron sentido, porque es un tema que les ha preocupado y en el cual se enfocaban, entre las ideas de trabajo se encontraban:

- Cuestionar las ideas rígidas que traen a terapia y sobre todo ampliar el mapa del mundo de los padres.
- Desde la perspectiva sistémica, se propuso encontrar algo que hubiera permitido modificar la historia global de la familia, no solamente a uno de sus miembros.

Los cambios que el sistema realizó fueron: Martha ya no se sobrecargaba de responsabilidad, el padre participó más en la interacción con Rodrigo (por tener más tiempo libre), se les dejó a los hijos más espacio privado, esto trajo como consecuencia que Rodrigo haya mejorado su carácter y también haya dejado espacio a su madre.

e) El futuro de los hijos

Surgió la idea de indagar los planes a futuro a través de preguntas hipotéticas, porque una característica de las familias con un miembro con discapacidad es que los padres piensan ¿qué va a pasar cuando no estemos? (refiriéndose a la muerte) y efectivamente una de las preocupaciones más evidentes en la familia era el tema de quién se haría cargo de Rodrigo cuando ellos ya no vivieran, lo cual resolvieron dejando a Ana como su tutora legal y con diferentes cuentas de ahorro. Se cuestionó la forma en que parecía que había una preparación económica pero no emocional, al no dejarlos ser independientes.

f) Las hipótesis dinámicas del equipo

Dentro de las ideas e hipótesis que se construyeron y evolucionaron con el equipo terapéutico se encontraba: la existencia de dos equipos al interior, donde por un lado estaban las mujeres no sociables que se encontraban mal (tanto física como emocionalmente) y los hombres sociables que buscaban estar fuera del hogar siendo más independientes. La estrategia que se planteó fue equilibrarlos a partir de indagar otras características en ellas que se puedan compartir en toda la familia, evitando la auto-etiquetación que hacían de sí mismas.

En cuanto a la noción de discapacidad (que resonaba) en la relación entre los miembros de la familia, parecía que se había extendido a todos, ya que se sentían incapacitados para manejar la discapacidad y la centralidad de la misma. Esto llevó a plantear un espacio para la madre, donde no fuera Rodrigo en quien se centrara toda la atención,

además que el padre pudiera involucrarse más en la relación con él para guiar su desarrollo como adulto varón.

La familia es el lugar en donde se viven las diferencias y se aprende a vivir con ellas. Las acciones que estaban alrededor de la discapacidad eran importantes porque algunos miembros de la familia suelen volverse terapeutas de la persona, perdiendo espacio para ellos mismos. O bien, se movilizan todos los recursos a ese miembro, lo cual puede afectar a toda la familia porque se quitan los recursos a los otros miembros, haciendo una división entre sanos y enfermos.

En esta familia, parece que había costado trabajo (sobre todo a la madre) desapegarse emotivamente de la idea de una familia normal y/o ideal. Por lo tanto, se trabajó sobre la elaboración de expectativas e identidad.

g) Resultados de la intervención

A lo largo de las sesiones el discurso de Martha era menos determinista e incluso la dinámica al interior de la familia fue modificándose. Rodrigo se enojaba menos al darle más espacio y el padre comenzaba a involucrarse más en el desarrollo de su hijo, sin embargo, no se había abordado el tema “secreto” acerca de la relación extramarital de Roberto.

En este sentido, una de las premisas de esta familia (que se fue develando al hablar de este “secreto”) es que parecía que la discapacidad era la culpable de que Roberto le hubiera sido “infiel” a Martha. Ese rechazo a la discapacidad era porque Martha descuidó a Roberto por ponerle demasiada atención a Rodrigo. Se cuestionó esa idea, ya que había una idea implícita de que sin la discapacidad, ese evento doloroso para la familia (y que hasta la fecha acarrea conflicto entre Roberto, Martha y Ana) no hubiera ocurrido y hubieran sido felices por no tener que portar ese secreto tanto tiempo. Se notaba un fuerte esfuerzo en la familia por mantenerlo, sin embargo, era algo que los estaba reorganizando como familia.

Por otra parte se habló de la independencia de los miembros de la familia, ya que al sentirse engañados parecía que debían de actuar como una familia perfecta y unida, lo cual permitía que los padres se despegaran de una idea de “ser perfectos” para dar paso a la idea de que la “imperfección” también era sana.

Otra línea sobre la cual se trabajó fue hacia la reorganización en diferentes niveles: pareja, padres, hermanos, contexto social, ya que las relaciones parecían cruzarse entre los miembros de la familia. Los padres habían dejado de ser pareja y pareciera que la discapacidad había provocado el distanciamiento entre ellos, sin embargo, ellos mismos comenzaron a compartir más tiempo. Se trabajó la idea del papel de los terceros en su relación, porque siempre habían estado presentes y no lograban aún dejarlos de lado, lo cual no les permitía estar contacto como pareja, siempre se debía demostrar algo a los otros, por un reconocimiento que debían hacer ellos primero.

La jubilación se tomó como una buena oportunidad para reencontrarse y dar paso a la independencia de sus hijos, poco a poco este pasaje se fue presentando y los hijos lo notaban, sobre todo se argumentaron que Rodrigo comenzaba a ser menos reactivo y más responsable. Ana ya podía dirigirse a su padre sin rencor.

En la discapacidad se suele caer en el riesgo de que solamente uno de los padres se involucre en la rehabilitación y el otro continúe con los miembros sanos. Se generan dinámicas relacionales poco funcionales porque incluso uno de los miembros de la pareja descalifica al otro por no estar en contacto con los terapeutas del hijo y no conocer la situación, en este caso, Martha era quien se sentía con la mayor responsabilidad y conocimiento de Rodrigo, lo cual excluía al padre en todo momento.

Los hijos poco a poco dejaron de sentirse responsables de la relación de sus padres, siendo ellos quienes debían arreglar su situación. Martha mencionaba que a pesar de su familia “disfuncional”, sus hijos tienen ideas claras y que pudo “echarse porras” como madre porque no era mala y los había podido educar, sintiéndose orgullosa de eso.

Se utilizaron algunas prescripciones, sin embargo fue importante la manera en que se abordaron algunas ideas que estaban muy arraigadas en la familia, pudieron relacionarse de una forma diferente. Además, se transmitió la idea de que el papel de la discapacidad había sido separarlos y unirlos como familia (ya que el amor y el odio no están tan separados). Martha menciona que el proceso le permitió “*valorar, madurar y ver las cosas de forma diferente, pues la vida no es rosa y uno debe aceptarlo*”. Sin embargo, se consideró pertinente canalizarla a terapia individual (por temas que tenían que ver más con su historia individual y por un periodo intersemestral en la UNAM).

El proceso para todos fue significativo (incluyéndome) porque se construyó una idea diferente de la manera en que se podrían constituir como familia a partir de sus diferencias. Retomando a Prigogine (en Reséndiz, 2006), la familia debía reorganizarse de acuerdo a su propia coherencia interna como sistema, siendo en todo momento más importante el cambio que pudieran hacer ellos, más allá de las propuestas del terapeuta. Parafraseando a este autor los cambios tienen que ver con sus premisas, viéndose reflejados en la manera en que se organizan, y en la manera de volver a contar y construir sus historias.

Este proceso me resultó interesante, ya que a través del trabajo realizado se fueron haciendo notables los cambios que la propia familia iba tejiendo. Es importante mencionar que dentro de la formación es importante retomar la teoría y la revisión de autores que han abordado estos temas en otros momentos, sin embargo desde una postura más posmoderna la teoría no se convierte en absoluta y es importante que se tomen en cuenta las diferentes configuraciones familiares y pensar en familias (plural) más que en familia (singular).

Caso 2. Pareja y parentalidad, separación y adaptación a la transición.

Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo (supervisora)
Mtra. Paulina Carrillo Avalos (terapeuta)
Equipo terapéutico 7ª generación MTFS.

RESUMEN

En este artículo se presenta un caso atendido durante la formación en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Psicología de la UNAM. Abordado desde un Modelo Sistémico Relacional y Estructural se aborda el proceso de una paciente que tenía problemas en la dinámica familiar, tanto con su ex esposo como con su hija y a lo largo de catorce sesiones se fueron abordando algunas ideas que mantenían una “depresión” constante, además, se exploró su familia de origen obteniendo información valiosa para el equipo y para la paciente.

Palabras clave: familia, parentalidad, conyugalidad, modelo sistémico relacional, modelo estructural, divorcio.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la intervención familiar, el Modelo Estructural desarrollado por Salvador Minuchin, se constituye como un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social e intentan modificar la organización de la familia. Para ellos, la transformación de esta estructura se puede modificar como consecuencia de las posiciones de cada miembro de ese grupo y las experiencias de cada individuo. Las premisas en este modelo se basan en la influencia del individuo hacia su contexto y viceversa, además retoma la importancia de la formación de un nuevo sistema entre el terapeuta y la familia.

Dentro de la intervención con familias, es importante tomar en cuenta las funciones de cada miembro de la familia, en este caso, las funciones no se encontraban delimitadas y eso (desde esta perspectiva) causaba cierta confusión y malestar a cada uno de sus miembros. Otro tema que se aborda es la maternidad, sobre todo en la situación actual de las mujeres que por una parte se desarrollan profesionalmente y por otra son el principal sostén económico de su hogar.

Familias y parejas en México

A lo largo de la historia, la familia ha tenido diferentes configuraciones. Desde la época prehispánica la autoridad recaía en el jefe o padre quien poseía la mayor sabiduría, en México Colonial la mezcla de las razas produjo diversidad en las familias y un cambio de categorías, privilegios y organización. El padre era el encargado de enseñar un oficio a los hijos varones. La madre mostraba las labores del hogar a las mujeres. El hermano de más edad tenía la mayor jerarquía y era el encargado de dar sustento a los más pequeños. La responsabilidad de la educación recaía en ambos padres. El padre enseñaba los valores de respeto a la sociedad y la madre los buenos modales.

Durante el S. XIX, las comunidades eran pequeñas, los niños participaban desde pequeños en las actividades de sus padres. La mujer era encargada del hogar. El padre continuaba siendo la autoridad principal y el sostén de sus integrantes. Algunas mujeres comenzaron a tener acceso a la educación, aprendiendo a leer y escribir. El matrimonio era un contrato acordado por los padres. En el S. XX la relación padre – hijo se consideraba menos rígida, haciendo uso del diálogo, acuerdo y tolerancia. La mujer

adquiere mayor poder de decisión debido a los cambios sociales, además de aumentar sus responsabilidades al incorporarse al campo laboral.

Sin embargo, el papel de la familia ha cambiado en las últimas décadas, tanto en tamaño como en composición y se ha visto afectada por diversos factores: aumento en esperanza de vida, lo que permite que en una familia convivan al menos tres generaciones; incremento de separaciones y un alto índice de divorcio, que genera una reestructuración en la composición familiar. Para Beck y Beck Gernsheim (2001) los seres humanos se encuentran entre una colisión de intereses entre amor, familia y libertad personal, lo cual no permite que continúe “sólida” la familia “tradicional”, ya que el proceso de individuación no permite que se lleve a cabo la transición del individuo a la pareja. Lo cual también lleva a replantear el trabajo como terapeutas familiares en el proceso de adaptación a las nuevas configuraciones.

Tanto la construcción social de la realidad y la identidad se han convertido en temas básicos del matrimonio ya que en el intercambio con la pareja el individuo se busca a sí mismo, entrelazándose amor con identidad. En la etapa de enamoramiento “se busca la propia definición, la búsqueda del propio Yo hasta lo más profundo. Se alcanza a través de la otra persona, en el diálogo con ella, en el encuentro mediante el cual cada uno busca el reconocimiento del otro, en la aceptación, comprensión, afirmación y liberación de lo que había antes y de lo que existe” (Alberoni, 1983; p. 67-132).

Ante este contexto cambiante y puesto en marcha, hombres y mujeres se encuentran en la búsqueda de una unión con o sin papeles oficiales, de una separación o divorcio cuando los problemas crecen en la pareja, luchan por la compatibilidad entre trabajo - familia, amor - matrimonio y redefiniendo una “nueva” maternidad - paternidad, amistad y círculo de conocidos.

A pesar de que en la actualidad la familia de tipo nuclear sea la más predominante, la libertad en elección de pareja, maternidad y la decisión de continuar o no una relación, ha generado algunas “discontinuidades” en las familias actuales. De acuerdo con Fruggeri (2011) en las familias actuales las funciones parentales no coinciden con la función conyugal y los padres encargados del cuidado no siempre son los padres biológicos. Además, las familias adquieren formas diferentes, articulándose en núcleos

diferentes, lo cual lleva a hablar de familias monoparentales aunque los padres estén separados.

Otra característica que concuerda con las temáticas abordadas en este caso, es el aumento de la violencia al interior de la familia, al no existir “siempre” la noción de amarse y permanecer juntos, en esta familia, el lazo emocional de la pareja no concordaba con el deseo de permanencia conyugal. En las familias actuales, los roles no necesariamente coinciden con los roles de género. En este caso, la madre cumplía dos funciones, cuando el padre llegaba de visita, quería continuar desarrollando los mismos roles que cuando permanecían separados.

Sin embargo, independientemente de la forma que adopta la familia- ésta tiene diferentes funciones, las cuales son: (1) garantizar el cuidado y la protección de sus miembros; (2) consolidar la contención personal y familiar a través de la enseñanza de límites; (3) desarrollar la capacidad de estar en relación con más de una persona a la vez, o sea, más allá del contexto familiar nuclear (intersubjetividad); (4) apoyar en el manejo de los conflictos y las diferencias, los cuales se encuentran presentes y son una característica de los contextos interpersonales y sociales; (5) proporcionar una base segura (que promueva la estabilidad emocional), de la cual se puede partir hacia otras; (6) desarrollar la autonomía, experimentando la sensación de encontrarse en un contexto seguro.

A pesar de que no se abordó el proceso en pareja, consideré importante mencionar las características de la familia y sobre todo las que presentan las parejas actualmente, ya que el proceso de separación de la paciente con su ex esposo le estaba causando conflicto en sus demás relaciones. En este sentido, Carter y Mc. Goldrick (1988) proponen un modelo sobre las fases del divorcio, así como las transiciones que este implica (cuadro 31).

Cuadro 31. Fases del divorcio

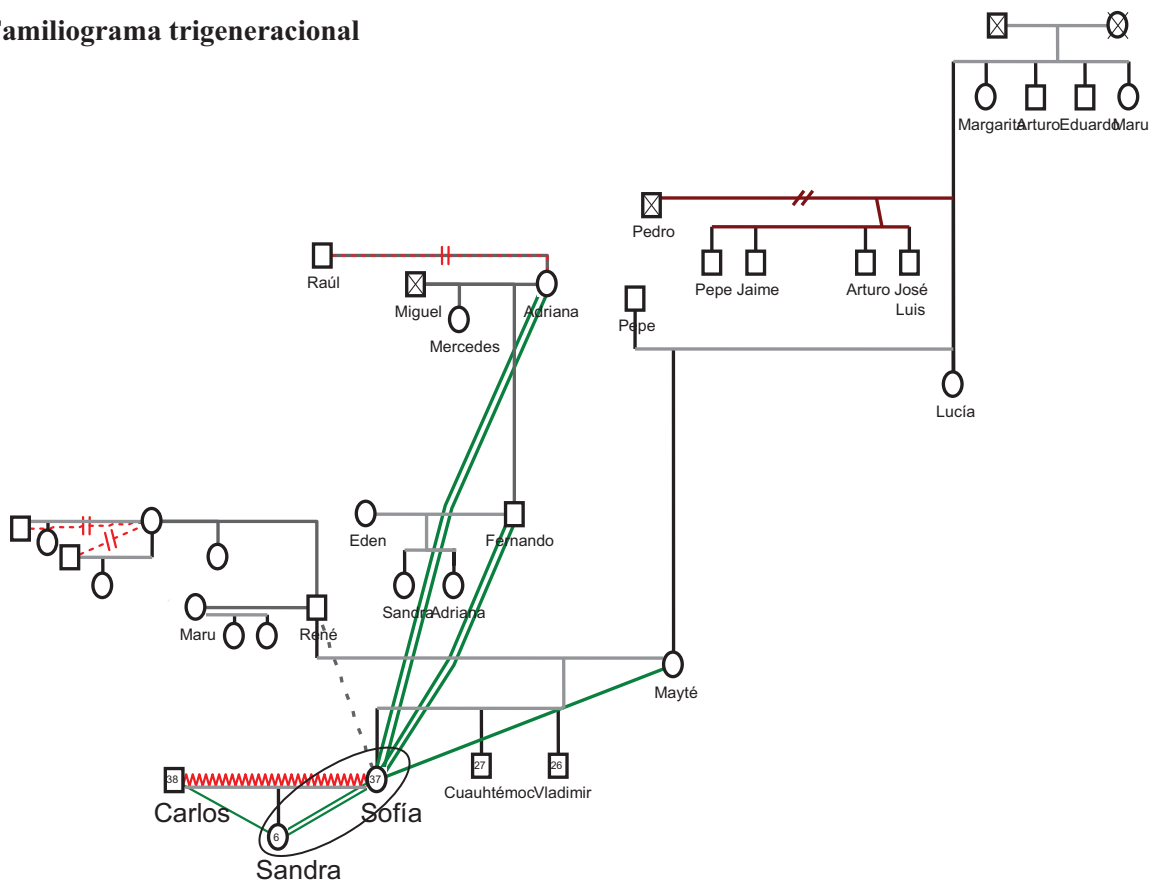
Cuadro 31. Fases del divorcio			
Fase		Proceso emocional de Transición (actitud requerida)	Cuestiones relativas al desarrollo
DIVORCIO	1.La decisión de divorciarse	Aceptación de la incapacidad para resolver satisfactoriamente tensiones maritales para continuar con la relación.	Aceptación de los miembros de la pareja el “fracaso” del matrimonio.
	2.Planear la ruptura del sistema	Apoyar arreglos viables para todas las partes del sistema	a. Trabajar cooperativamente en los problemas de custodia, visita y finanzas. b. Hablar y trabajar con la familia extensa la decisión del divorcio.
	3.Separación	a. Voluntad de continuar la relación cooperativa de co-progenitor y conjuntar el soporte financiero de los niños. b. Trabajar en la resolución de los bienes materiales	a. Trabajo con la pérdida de la familia nuclear conocida como hasta ese momento. b. Restructuración marital, relación padre – hijo (s) y finanzas; adaptación a vivir separados. c. Reordenar la relación con la familia extensa, estar conectados con la familia extensa del cónyuge.
	4.El divorcio	Trabajar más en el divorcio emocional: superación de heridas, ira, culpa, etc.	a. Trabajar la pérdida: renunciar a fantasías de volver a unirse como familia. b. Recuperación de esperanzas, sueños y expectativas con respecto al matrimonio. c. Permanecer conectada (o) con familia extensa.
POST DIVORCIO	1.Monoparental (hogares de custodia o primera residencia)	Voluntad de mantener responsabilidades financieras, continuar en contacto parental con el ex cónyuge, mantener el contacto con los hijos, y con la familia de su ex cónyuge.	a. Hacer arreglos flexibles de visitas con el excónyuge y su familia b. Reconstruir sus recursos financieros. c. Reconstruir redes sociales.
	2.Monoparental (sin custodia)	Voluntad de mantener contacto parental con el ex cónyuge y resolver la custodia, así como las condiciones de la relación con los hijos.	a. Encontrar caminos para continuar la relación parental con los niños. b. Mantener responsabilidades financieras con el excónyuge y los niños. c. Reconstruir redes sociales.

Descripción del caso

Sofía es una señora de 35 años que solicita atención en el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila. Acude debido a la separación de su esposo (después de 9 años de relación), lo cual generó depresión en ella y problemas con su hija Sandra de 6 años, quien requería muchos cuidados por un problema congénito en el páncreas, que la había llevado desde su nacimiento a estar en constante atención médica. Sofía describía su relación como “destructiva, con celos y persecución psicológica, por parte de él”.

Menciona que su esposo continuaba visitándolas aproximadamente cada mes y retomaba su papel de padre y esposo. Sin embargo ella se sentía confundida al recibir diferentes mensajes, por una parte ya no vivían juntos pero continuaban simulando una familia cuando él venía de Guadalajara (donde radicaba) y se comportaba de una manera al estar con ellas y de otra cuando se iba. Ella ya se sentía incómoda con la manera de llevar su relación, porque él no la apoyaba con gastos (sobre todo de su hija). Se trabajó durante 13 sesiones, abordando la problemática en una primera fase a través del modelo estructural y en una segunda parte desde el modelo Milán, construyendo su

Familiograma trigeneracional



En cuanto a las redes de apoyo, Sofía contaba con el apoyo de su familia extensa quienes cuidaban de Sandra cuando venían a visitarlas. Ella se rodeaba de gente cercana, amigos de la universidad, convivía poco con las personas de su trabajo, contaba con menos apoyo y más exigencia de las expectativas de la familia extensa. Su apoyo mayor está en la señora que se hacía cargo de recoger a la niña de la escuela y cuidarla en la tarde. De él no se conocieron más datos puesto que radica en otra ciudad.

Resumen del proceso terapéutico

Para realizar el diagnóstico desde el modelo estructural, se indagó la estructura de familia, tomando las siguientes características:

1. Pauta captada: Carlos viene, ella se siente contenta, sin embargo cuando él se va, ella se deprime, baja su autoestima, él la busca, ella se harta y se deprime más por no poner un fin, él regresa, ella es feliz momentáneamente.
2. Flexibilidad del sistema: ella se va adaptando a los cambios que implica tener un esposo y padre periférico.
3. Resonancia del sistema, que afecta a Sofía y Sandra.
4. Contexto de vida: fuentes de estrés, deudas y poca solvencia económica.
5. Etapa de ciclo vital: familia con hijos preescolares.
6. Síntomas del paciente: depresión, enfermedades de Sofía, los cuales se mantienen para continuar con la pauta mencionada en el punto uno.

A lo largo de las sesiones se abordaron temas que tenían que ver con su dificultad para colocar límites. Ella había querido poner fin o separación “definitiva” a la relación con Carlos pero él no la tomaba en serio. Se observó que ella enviaba dobles mensajes a través de una comunicación enmascarada indirecta, por un lado quería terminar la relación y por otro lo aceptaba, seguían formando “la familia ideal” (como ella la describe) cada que él venía al D.F. a pasar tiempo con ellas (aproximadamente una vez por mes).

El **objetivo** del proceso fue que ella obtuviera herramientas para decidir separarse, las cuales fueron indagadas tanto en el pasado, como en el presente, confrontándola y trayendo sus recursos a la actualidad. A lo largo del proceso terapéutico se utilizaron

diversas técnicas, tanto del modelo estructural como de los modelos de terapia breve y del modelo de Milán.

Fase 1. Modelo estructural

En una primera fase (y debido al modelo que se estaba revisando en ese momento) se realizó la evaluación estructural.

Subsistemas	Límites
<p>Conyugal. Se trata de una pareja a distancia (Ella vive con su hija en el D.F. y él en Guadalajara con sus padres), el lazo afectivo se mantiene pero se convirtió en una relación hostil, sobre todo por parte de él.</p> <p>Parental: Son padres jóvenes y preocupados por el bienestar Sofía, menciona que a raíz de la distancia, no sabe cómo manejar la situación con su hija.</p>	<p>Conyugal: los límites que se observan son difusos, ella lo sigue aceptando a pesar de decir que ya no desea estar con él.</p> <p>Parental: Se flexibilizan ante la educación de su hija. La mayor rigidez se da en el cuidado de salud, debido al problema que presenta Sandra. Hay permeabilidad de la problemática hacia este subsistema.</p>
Jerarquía	Flexibilidad
<p>La mayor jerarquía la tiene ella es jefa de familia, aunque la mayor significancia (por la enfermedad) es Sandra. Y el mayor poder lo tiene Carlos, ya que aún sigue viniendo a visitarlas y poniendo sus condiciones para continuar juntos. Ella se descalifica como autoridad.</p>	<p>Hay cierta rigidez en el sistema, sobre todo a las exigencias propias y de la familia extensa sobre Sofía. A su vez se observa rigidez hacia Sandra debido a las dietas estrictas a las que debe ser sometida</p>
Alianzas y coaliciones	
<p>La mayor alianza se observa entre Sandra (hija) y Carlos (padre), ya que ella vigila a Sofía (madre) cuando él no está y por teléfono informa a su papá de las cosas que realiza.</p>	

A través de técnicas de acomodación (Minuchin, 1981) se fue igualando el lenguaje de la paciente y se utilizaron las metáforas² utilizadas por ella (madejas, colores de sus etapas de vida), además de utilizar los aprendizajes que recibe en otros cursos de

² Las metáforas desde el Modelo de Terapia Breve son importantes para poder fortalecer la relación terapéutica y que las intervenciones tengan sentido para el paciente.

desarrollo personal a los que asistía, todo con el fin de fortalecer la alianza terapéutica y desarrollar intervenciones dentro de su mismo sistema de creencias.

Por medio de la técnica de rastreo, se buscaron los contenidos más importantes para clarificar la situación que producía su molestia (por una parte la separación y por otra, el deseo de estar con su esposo). Se buscó también una reestructuración de la familia, ya que se trabajó de manera paulatina para que Sofía se hiciera responsable de sus decisiones y se cuestionó si realmente deseaba la separación o no. Se trabajó con el telón de fondo que presentaba (sus depresiones, el deseo de poner fin a la relación y que no había logrado la separación a pesar de que lo había intentado) sobre todo cuestionando la realidad familiar, contextualizando los lados fuertes con los que contaba y los aspectos que había perdido de vista, abriendo el panorama y proponiendo diferentes modalidades de interacción.

Se le pidieron a modo de lista sus miedos concretos ante la separación, se utilizaron algunas directivas, tales como ligar el apoyo económico real con los miedos en ella, etc. En cuanto a los conflictos generacionales, se cuestionó el deseo arraigado en ella de ser la “niña buena y obediente” que siempre realiza las cosas como deben ser. Esto con el fin de que comenzara a poner límites de sus acciones y hacia su familia. Además se fueron investigando las funciones complementarias.

A través de la técnica de intensidad, se le repitió en diversas sesiones el mensaje de “por qué hablar de separación si no están juntos” con la idea de introducir información sobre su situación, con lo cual se pretendía generar cambios paulatinos. Ella desde otra posición comenzó a asumir sus fortalezas, limitaciones y redes de apoyo. Hablando de complementariedad, se le devolvió la responsabilidad que tenía frente al problema, ya formaba parte de una relación en la que no solo Carlos era “malo” de la película, sino que asumiera que ella estaba en interacción con él.

En esta fase se lograron cambios pequeños (en un proceso paulatino). Sofía hacía cambios pequeños que a largo plazo hicieron un efecto de “bola de nieve”. Uno de los cambios más importantes fue la modificación de la visión que tenía ella de sí misma y de su familia, además, se fueron fortaleciendo recursos, que le permitieron cuestionar su realidad y su síntoma (depresión), estaba tan concentrada en él, que no daba pauta a otros temas importantes. Al resaltar la naturaleza sistémica de las interacciones, se

planteó como hipótesis que él estaba reaccionando con apatía porque ella misma no era clara y no adoptaba una decisión firme ante lo que deseaba.

Los cambios abrieron un abanico de posibilidades donde ella pudo solucionar su problemática y buscó la forma de llevar esta relación a buen término a través de solicitar el divorcio legal a su pareja.

Fase 2. Modelo Milán

Posteriormente (y debido a un periodo intersemestral en la UNAM) se continuó el proceso bajo el modelo de Milán y con un nuevo encuadre, para poder trabajar temas que habían pasado a segundo término, pero eran importantes, por ejemplo su historia y la relación con su propia familia.

Las hipótesis iniciales de esta fase fueron sustentadas en los estudios intergeneracionales que realizó una parte del grupo de Milán (Cirillo, Berrini, y Cambiaso, Mazza, 1999; Selvini, Cirillo, Sorrentino, 1998). Estas hipótesis eran:

1. Sofía se encontraba estancada³ con respecto a su esposo, debido a una transmisión intergeneracional de carencia⁴ de su familia de origen.
2. Buscaba un apego de tipo seguro⁵ y una dote afectiva, que no fue recibida durante su infancia, pero tampoco estaba siendo satisfecha por Carlos.
3. Existía un embrollo, en el cual ambos cónyuges utilizaban a Sandra, colocándola en una triangulación donde no se estaban viendo sus necesidades reales, en cuanto a desarrollo por su problema de salud.
4. Existía una minimización en Sandra, la cual se caracterizaba por una desconocimiento de la realidad que amortiguaba la relevancia emocional de los hechos que vivía (desconexión de hechos y reacciones emocionales).

³ El **estancamiento** es entendido como un perfecto encaje que hace imposible una real disolución de la pareja incluso en presencia de elementos específicos de frustración y de insatisfacción que dos cónyuges experimentan en una relación (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 1999).

⁴ Referente a la relación de los padres con sus respectivas familias de origen, donde se ligan las dificultades vividas por los padres desde su infancia, lo cual repercute en la formación de la pareja y en la posterior relación con los hijos.

⁵ De acuerdo con Bowlby (1985) este tipo de apego proporciona seguridad ante la angustia.

El proceso terapéutico continuó con una periodicidad quincenal, Sofía asistió durante 7 sesiones en las cuales se fueron planteando diferentes hipótesis con respecto a las razones por las cuales ella no se lograba separar emocionalmente de su esposo.

A lo largo de las sesiones se abordó el tema de la separación, ya que después de unas vacaciones con su familia, ya no se sentía tan apegada a la relación y encontró el apoyo de otras personas. Menciona que la decisión la “liberó” y se permitió salir con una persona (médico) que conoció en un viaje. Se inició el trabajo con su familia de origen, por lo cual se le pidió su autobiografía, la cual fue ligando el proceso durante las sesiones.

Al ir retomando su autobiografía, se encontró que estaba muy enojada con su padre biológico, sin embargo fue su mamá quien había rechazado estar con él y no le había informado sobre su embarazo. Su madre vivió violencia en la pareja, por lo cual decidió irse a vivir con su abuela durante la adolescencia. Se buscaba sobre todo generar empatía con su madre, con la cual se tenían muchas cosas en común y a la cual logró entender desde otra perspectiva.

Otro tema importante que se trabajó a lo largo del proceso, fue la relación de Sandra con su padre, ya que esto permitiría romper un ciclo en donde los padres se desapegan de sus hijos, lo cual parecía tener repercusiones a largo plazo (como en el caso de ella). Sin embargo, se abordó la importancia de buscar el reconocimiento en ella misma, porque parecía que era la “mirada paterna” la que le daba valor.

Se abordó la importancia de cuestionar la “perfección” de los padres, para poder dar paso al tema de la responsabilidad para atender las necesidades afectivas de Sandra, ya que por estar más involucrada en la relación con Carlos había perdido de vista la atención hacia su hija.

En esta fase Sofía logró cambios importantes, notándose más relajada y sintiéndose mejor con ella misma. Mejoró la relación con Sandra porque ya no la involucraba en la problemática de la pareja. Además, retomó la relación con su madre, la cual era una importante red de apoyo. Menciona que comenzó a emprender un camino de reconciliación con sus padres, guiando a su hija y estando atenta a sus necesidades, cultivó amistades y continuó con su desarrollo profesional. Las herramientas que

distinguió en ella fueron: fuerza de voluntad, capacidad para aceptar su principio de realidad, escucha activa ante el terapeuta, mayor confianza en ella, inteligencia para resolver sus problemas, sus amistades y las redes que la apoyaban.

Como **conclusión**, el objetivo del proceso fue construir una realidad en donde Sofía se asimilara sola (en el sentido de que ella proveía de todo a su hija y el apoyo que de su pareja no existía) rompiendo la pauta que hacía que se aislara de sus amigos e incluso de sus familiares por mantener una relación. Al estar más pendiente de su propia historia y sufrimiento, dejaba de lado las necesidades reales de Sandra, a la cual se le daba en ocasiones un cuidado simulado, disfrazado de cosas materiales.

El rencor que Sofía tenía hacia su familia de origen, también la hacía estar más pendiente de sus necesidades, al negar su propio sufrimiento no asumía que su situación estaba dañando a su hija (absorta en sus propias carencias no veía las de Sandra). A nivel afectivo se encontraba en un recorrido de tipo 1 de acuerdo a la teoría de Milán (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza; 1999) donde las necesidades no cubiertas en la familia de origen se buscaban en la pareja, pero llevándola a un estancamiento del que no podía salir por la necesidad de vínculo. Se notaba también una idealización de ella misma como madre y con resentimientos e idealizaciones hacia su madre y padres, de los cuales no testificaba el dolor que también ellos tuvieron.

El trabajo con su autobiografía permitió encontrar patrones dentro de tres generaciones, ya que uno de los principios de este modelo es que si la familia ha desarrollado un patrón donde está incluida una conducta sintomática, el terapeuta tratará de habilitar a la familia a encontrar un camino que le ayude a descubrir alternativas de solución. Se introdujeron nuevos significados mediante prescripciones y cuestionamiento de la realidad.

Se utilizaron diversas técnicas: connotación positiva, intensidad, focalización, equipo reflexivo, desarrollo de nuevas realidades, búsqueda de lados fuertes, cuestionamiento de certezas, utilización de metáforas y reestructuración.

Cecchin, Lane y Ray (2003), hablan de la curiosidad y el trabajo de romper cadenas deterministas, buscando a través de narrativa cambiar el pasado para poder cambiar el presente. Actuamos en el presente pero podemos operar la memoria del pasado y las

expectativas del futuro, lo cual constituye un supuesto que permite trasladar el pasado y el futuro al presente, que pueden ser modificados al introducir una cantidad de mundos posibles. Desde la narrativa, esto significa que mediante el diálogo terapéutico en el presente, se pueden desmontar historias de los clientes, hacia la construcción de nuevas historias, trabajo que también se realizó en este proceso.

Reflexiones teórico - prácticas de 2º orden

Como consideraciones finales de los casos abordados anteriormente tenemos que en la experiencia teórico práctica de la intervención, una de las ideas fue ir más allá de un modelo específico, finalmente los modelos siempre deben ajustarse a las necesidades de la familia y no al revés.

La experiencia como terapeuta fue importante, considerando que gran parte de la formación finalmente va en ese sentido, obtener herramientas para lograr una intervención profesional que pueda responder a las necesidades cambiantes de la sociedad a la que pertenecemos, poder adaptarnos y flexibilizarnos ante este contexto.

Algo significativo de los casos fue la integración de la teoría y sobre todo poder ligarla a la evaluación e intervención práctica. A partir de la documentación y de una postura constructiva donde me considero parte del sistema y retomando las ideas de Von Foerster (1990), creo que la objetividad es la ilusión de que las observaciones pueden hacerse sin un observador. Además, la inclusión del equipo terapéutico permitió que se pudiera cuestionar la objetividad, para trabajar desde una “objetividad entre paréntesis”, con la cual Maturana (2003) se refiere a la objetividad que define el conocimiento como una construcción en el lenguaje y no como una realidad que se capta independiente de un observador.

Siendo observadora, me limité a “intentar” entender a la familia y desde mi determinismo estructural⁶, la construcción que presenté de los casos correspondió a una

⁶ Maturana (2003) menciona que un sistema determinado estructuralmente, es un sistema particular de organización, en donde existe una configuración de relaciones entre componentes que definen la identidad de la clase y del espacio al que pertenecen. Un sistema determinado estructuralmente puede cambiar sin que el sistema pierda su identidad de clase, siempre y cuando se conserven las relaciones que constituyen su organización.

formación hecha a partir de mi estructura, con mi historia y con mis cambios estructurales, así, los cambios generados por las familias fueron cambios hechos desde ellos.

Otra parte fundamental de la intervención fue entender que el lenguaje también construye, poniendo especial énfasis en mis prejuicios, los cuales a lo largo de la intervención y con el apoyo del equipo terapéutico pude ir cuestionando y analizando. Lo cual me permitió sentir que éticamente mi intervención estuvo observada y sobre todo co-construida con el equipo. También hay una serie de distinciones que se fueron realizando, sin embargo estas distinciones fueron más incluyentes que excluyentes, lo que permitió entender desde otra postura a “las familias”.

Considero que gran parte de las ideas posmodernas han permeado mi manera de “hacer” terapia y a pesar de que no eran ideas nuevas para mi (debido a formaciones anteriores), lo más importante es poder expresar en estas líneas la implicación de una postura que construí y que repercute en mi relación con los otros.

Pérez (2006) menciona que los movimientos terapéuticos evolucionan en la medida que sus actores transforman sus objetos de estudio y construyen nuevas premisas para mirar una realidad. La génesis de la epistemología del terapeuta sigue *procesos lógicos independientes de las teorías aprendidas*, lo cual significa que independientemente de la formación, el proceso se fue construyendo a partir de quién soy yo, de quién soy yo en relación con los otros, e incluso con respecto a la profesión.

Este autor sugiere que la epistemología del terapeuta se construye con base en diferentes elementos representados en la siguiente ecuación:

$$\frac{(\text{Génesis epistemológica}^* \times \text{diversidad conceptual}^{**}) + \text{contexto social}^{***}}{\text{Historia de vida del terapeuta}^{****}} = \text{Acción del terapeuta}^{*****}$$

Donde:

* Se refiere al proceso que sigue una construcción lógica

** Implica una interpretación de los marcos teóricos a los que accede el terapeuta

*** Abarca condiciones materiales y sistemas de creencias

**** Coloca la variable tiempo como referente necesario y persona en cualquier lectura del mundo

***** Singulariza el quehacer del terapeuta

Por otra parte, mis reflexiones con respecto a la elección de la teoría al abordar los casos me remiten nuevamente a lo que este autor plantea, ya que el negar una teoría y tomar

otra como bandera se cae en un juego de poder absurdo que nos llega a la negación de otros discursos.

Maturana (1988) menciona que hay dos tipos de desacuerdos, los lógicos y los ideológicos. Los primeros surgen de un error al aplicar las coherencias operacionales derivadas de premisas fundamentales aceptadas por todas las personas en desacuerdo, pero al ser lógicas no desencadenan en una reacción emocional. Sin embargo, cuando aparecen desacuerdos ideológicos (que generan emociones), el desacuerdo se vive como una amenaza existencial recíproca, donde estas premisas fundamentales son situaciones que amenazan la vida, ya que “uno” niega los fundamentos del pensar del “otro” y la coherencia racional de su existencia.

En esto radica el poder, ya que para Foucault el poder se encuentra en todas las relaciones humanas, apareciendo las luchas intersubjetivas con el fin de no ser absorbido por las ideas o pensamientos de los demás (García Canal, 2000).

Durante la formación, donde a pesar de ingresar en un campo teórico que no conocía del todo (Sistémico) y tener fundamentos de licenciatura más enfocados en la teoría psicoanalítica y al área social, busqué integrar y no negar lo aprendido anteriormente, ejercicio que no siempre se logró.

Para concluir este apartado, quiero citar la propuesta que realiza Pérez Alarcón con respecto a la posibilidad de construir explicaciones complejas:

“...el terapeuta debe ser capaz de explicitar sus diferentes lecturas y habitar en las diferencias y contradicciones....si el terapeuta participara en un equipo reflexivo de teóricos, ancestros, algún brujo o religioso de su comunidad, su supervisor, etc. Si S. Freud, S. Minuchin, M. White, O. Kernberg, M. Selvini Palazzoli, M. Klein, J. Lacan... se sentaran alrededor del terapeuta, éste escucharía diferencias, activaría procesos mentales y, seguramente sería más sensato con la familia y/o con su paciente”. (Pérez, 2006; p. 8-9).

III.2 Habilidades de investigación

Dentro de este rubro, se reportan las actividades de investigación que se llevaron a cabo. El primero fue de corte cuantitativo y el segundo de corte cualitativo.

Investigación cuantitativa

Familia y obesidad en la adolescencia

Paulina Carrillo, Anahí García, Yuliana León, Linda Martín, Dolores Mercado.

Resumen: El objetivo del trabajo fue determinar la validez y confiabilidad de la escala “Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud”, sin embargo los factores agruparon 35 reactivos que no satisfacían las exigencias metodológicas para considerar que se dispone de una escala con cualidades paramétricas aceptables. Participaron 431 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. Se realizó una fase de construcción de la prueba, posteriormente la validez y finalmente la confiabilidad de la prueba. Los resultados muestran una estructura con 10 factores: Actividad física individual, Alimentación balanceada, Actividad física de los padres, Cuidado de la salud-atención médica, Comida rápida, Buenos hábitos alimenticios familiares, Malos hábitos alimenticios, Malos hábitos alimenticios-uso del tiempo. Puesto que el análisis arrojó una estructura factorial con correspondencia a la teoría de la que se partió, se poseen datos útiles en la descripción y explicación del fenómeno “obesidad en la adolescencia”.

Palabras clave: obesidad, adolescentes, familia, roles parentales.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, lo que representa alrededor de 5,757,400 adolescentes con este problema en el país. La adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, sociales y psicológicos. En la que padecer obesidad puede ser especialmente problemático debido a la importancia que se da a la apariencia física en el proceso de socialización, formación de identidad y en la autoestima. Según Crossman (2006), la obesidad está fuertemente relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo y bajo interés en el cuidado de la propia salud. En gran medida estos aspectos son aprendidos en el ámbito familiar, por lo que el presente trabajo buscó construir un instrumento que midiera la relación entre las conductas y hábitos de los adolescentes de manera individual y los que reporta acerca de su familia. Se desarrollo un instrumento para medir la clasificación individual y de familia, en tres dimensiones: Actividad física, hábitos alimenticios y cuidado de la salud. Comenzaremos hablando

acerca de la obesidad, su impacto en la adolescencia y la relación que guarda con los hábitos familiares.

Se consideró importante trabajar con la población adolescente, debido a que en México representa la tercera parte de la población, según datos arrojados por el INEGI (2008). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, uno de cada tres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, dicha estadística es alarmante, debido a que la obesidad es uno de los antecedentes de diversos padecimientos que actualmente están cobrando más vidas en el mundo, por ejemplo: diabetes, enfermedades coronarias (infartos, hipertensión), diversos tipos de cáncer, entre otros. Lo que hace urgente trabajar de manera multidisciplinaria para revertir esta tendencia. La importancia de estos problemas no sólo se mide en términos del número de afectados, sino también en que sus consecuencias afectan a una población con una larga expectativa de vida productiva. Debido a que en esta etapa de la vida están en la formación de la propia identidad y de su proyecto de vida, se considera que es un buen momento para informar y responsabilizarles sobre su salud, promoviendo así, prácticas saludables y por tanto un incremento en su autoestima.

Esta investigación tiene la finalidad de crear un instrumento que permita obtener información sobre la actitud de los adolescentes, hacia los hábitos alimenticios, la actividad física, y el cuidado de la salud. Incluye a la familia como una dimensión, debido a que éste es el espacio donde se forman los hábitos y las actitudes en general, y en particular hacia el cuidado de la salud. Es en el hogar donde se puede trabajar en la prevención y el control del sobrepeso, es este ámbito donde se pueden promover estilos de vida saludables, vigilando una dieta balanceada y regulando el tiempo que los niños o jóvenes pasan en actividades sedentarias.

Obesidad

La obesidad es un aumento excesivo en el peso y la grasa corporal, para el valor esperado de acuerdo con el sexo, talla y edad (Azcona, Montero, Bastero & Santamaría, 2005). Es un padecimiento multifactorial, los elementos de riesgo que determinan la obesidad pueden ser una combinación de factores genéticos, socioeconómicos, metabólicos y estilo de vida entre otros.

Algunos trastornos endocrinos, enfermedades y medicamentos también pueden ejercer una influencia considerable en el peso de una persona. Algunos de los factores que influyen en la incidencia de la obesidad son:

- **Factores Genéticos:** estudios han demostrado que se puede heredar la predisposición a la obesidad. Gordon-Larsen, et.al (2004), informó que el 48 % de los niños que tenían padres con exceso de peso adquirirían el mismo problema. El lugar donde se acumula el peso –las caderas o en la zona media del cuerpo– también depende en gran parte de factores hereditarios. Pavón, Alameda, Olivar, y Monereo (2005) reportan que se han asociado mutaciones y polimorfismos de distintos genes que intervienen en la regulación de apetito y el peso. Algunos autores consideran a los factores genéticos como predisponentes y no como causa en sí mismos.
- **Factores metabólicos:** el cuerpo de cada persona usa energía de un modo único e individual. Tanto los factores metabólicos como los hormonales no son iguales para todas las personas, éstos juegan un papel en el aumento de peso. Los niveles de grelina, una hormona péptida que regula el apetito, y otros péptidos del estómago, participan tanto a la hora de producir sensaciones de hambre así como de saciedad.
- **Estilo de vida o factores ambientales:** el sedentarismo y los hábitos alimenticios inadecuados son los principales factores que impactan sobre el peso en las personas y contribuyen al desarrollo de la obesidad. Pavón, et al (2005) mencionan que se ha relacionado el tiempo de ver televisión con una mayor ingesta de alimentos altamente calóricos. Asimismo, comentan que el actual ritmo de vida afecta negativamente los hábitos alimenticios de los adolescentes quienes consumen una menor cantidad de frutas, legumbres, verduras y una mayor cantidad de alimentos ricos en grasas y carbohidratos. Crossman (2006), afirma que el sedentarismo es un fuerte predictor de sobrepeso. Por otra parte el estilo de vida, el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que pueden ser saludables o nocivos para la salud (Lalonde, 1974) y la organización del cuidado de la salud que una persona realiza, repercuten en acciones que van a favor o en contra del bienestar físico y psicológico de las personas.

Adolescencia y obesidad

Pavón, et al (2005) plantean que la adolescencia y la infancia precoz, son períodos críticos para el desarrollo de la obesidad. De acuerdo con estos autores las consecuencias fundamentales de la obesidad en esta etapa son las repercusiones a nivel psicosocial y el riesgo de convertirse en un adulto obeso, además de la afección de la salud física que esto conlleva. Debido al desarrollo las necesidades nutricionales y energéticas de los adolescentes son mayores, variando de acuerdo al crecimiento, sexo, composición y actividad física. El problema de obesidad se torna más evidente en esta etapa del crecimiento y en la mayoría de los casos continúa hasta la adultez. Sin la debida intervención, los adolescentes obesos se enfrentarán a numerosas consecuencias en el aspecto físico, psicológico y social, pues las actitudes sociales hacia la gente obesa son en su mayoría negativas (Whitney y Rolfes, 2005). Otros autores comentan que existe una dimensión emocional en los patrones de alimentación, como una manera de afrontamiento del estrés, afección negativa en su autoconcepto y autoestima (Schacht, Ritcher-Appelt, Shulte-Markwort, Hebebrand, y Schimmelmann, 2006).

Los adolescentes obesos generalmente experimentan una significativa presión social, estrés y dificultades para cumplir las tareas de desarrollo. Las perturbaciones psicológicas también son muy comunes. Los síntomas de la obesidad pueden parecerse a otros trastornos o problemas médicos. De acuerdo con el Manual Merck (Beers, Porter, Jones, Kaplan y Berkwits, 2006), la obesidad es dos veces más común en adolescentes que en adultos, aunque la mayoría de las complicaciones se dan en la edad adulta. Por problemas de obesidad, durante la pubertad los adolescentes son más proclives al suicidio, a las adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas) y a desarrollar alteraciones de la alimentación como anorexia y bulimia (Álvarez, Monereo, & Moreno, 2005).

Obesidad y familia

Un estudio en la Universidad del Estado de Arizona (Crossman, 2006), encontró que los padres tienen una fuerte influencia en que los niños o adolescentes tengan problemas de sobrepeso u obesidad, más allá de factores genéticos. Comenta que cuando los niños crecen en familias con malos hábitos alimenticios y con un estilo de vida sedentario, tienen 33.3% de probabilidad de ser adolescentes con sobrepeso u obesidad. El autor

sugiere que la influencia de los padres se debe a la cercanía con sus hijos, quienes internalizan los hábitos, valores y normas que sus padres modelan. Por último el autor señala, que la prevención del sobrepeso tiene que darse en el hogar y realizar campañas de salud, que señalen la importancia del ambiente familiar para promover estilos de vida saludables, controlando la dieta, realizando desayunos saludables y limitando el tiempo que los niños o jóvenes pasan en actividades sedentarias.

Haire-Joshu (2001) comenta que la obesidad es una enfermedad familiar, los niños en su mayoría no nacen obesos, se hacen obesos en un ambiente en que aprenden los hábitos de sus padres, éstos sirven de modelo para sus hijos. Por otra parte, la Academia Mexicana de Pediatría (Calzada, 2003), encontró que, los factores donde se debe poner especial atención, respecto a la familia son: padres mayores de 30 años, existencia de sobrepeso en ambos progenitores, antecedentes de obesidad en familiares de primer grado, hijos únicos o familias con tres o menos hijos, nivel social, económico y cultural bajo, familias en las que ambos padres trabajan, aislamiento social, o problemas afectivos en la familia o ambos, niños que evitan el desayuno, pero consumen una colación en la escuela, consumo de frituras, ingestión de alimentos con alto contenido de grasas, calorías y bebidas azucaradas, más de tres horas al día en el tiempo dedicado a la realización de actividades sedentarias y la falta de ejercicio con gasto energético alto, entre otros.

MÉTODO

Como se ha mencionado, el presente instrumento tiene como objetivo medir las conductas y actitudes que los adolescentes presentan hacia la actividad física, los hábitos alimenticios y el cuidado de la salud y su percepción acerca de las mismas dimensiones en su familia. En un inicio, se elaboró un instrumento con 120 reactivos divididos en 3 dimensiones: Hábitos Alimenticios, Actividad Física y Cuidado de la Salud, 40 reactivos por dimensión subdivididos en individuales adecuados, individuales inadecuados, familiares adecuados y familiares inadecuados.

A partir de esto, se consideraron 3 dimensiones a medir:

- Hábitos Alimenticios, definidos como costumbres o prácticas de alimentación (tipo de alimentos que se consumen, la calidad de estos, la frecuencia y el modo en que se come).
- Ejercicio Físico, que se considera actividad física sistemática que requiere de un esfuerzo corporal más intenso de lo habitual, encaminado a fortalecer el cuerpo.
- Cuidado de la Salud, se define como, aquellos pensamientos, actitudes o conductas encaminadas a mantener la salud y el estado de bienestar.

El proceso de validación del instrumento se llevo a cabo en cuatro fases: claridad, validez teórica o de facie, validez empírica, confiabilidad.

I. Claridad

a) Depuración y corrección de reactivos. El instrumento fue administrado a seis personas con un rango de edad de 16 a 30 años, 3 mujeres y 3 hombres. Incluyó los 120 reactivos que formaban las tres dimensiones. Todos los reactivos fueron distribuidos de manera aleatoria. La mitad de los participantes respondieron mediante entrevista y los otros tres de forma auto-aplicada, todos de manera individual. Se les solicitó que respondieran los reactivos y que comentarían sus observaciones, con base en los cuales se redujo y modificó el instrumento.

b) Aplicación de la prueba a adolescentes. Esta fase contó con la colaboración de 11 adolescentes, de entre 12 y 19 años, que cursaban secundaria o preparatoria (6 de sexo femenino y 5 del sexo masculino). De los 84 reactivos en el instrumento, 28 correspondían a cada dimensión (hábitos alimenticios, ejercicio físico y cuidado de la salud), subdivididas en 14 reactivos para medir hábitos individuales y 14 reactivos para medir hábitos familiares, que se distribuyeron de manera aleatoria. Se administró el instrumento a los participantes, de los cuales 5 lo respondieron mediante entrevistas y 6 lo resolvieron de manera auto-aplicada, todos de manera individual. Con base a sus respuestas se detectaron reactivos que requerían reelaborarse para contar con mayor claridad y facilitar su comprensión en nuestra población.

II. Validez teórica o de facie

Para medir este tipo de validez, se contactaron 10 jueces, todos ellos profesionales dentro del área de cuidado de la salud (médicos generales, nutriólogos, profesionales de terapia alternativa y psicólogos), que conocen y manejan los conceptos teóricos de la escala. Se utilizaron de tarjetas, que contenían, cada una, un reactivo del cuestionario. Las tarjetas fueron marcadas con un código que permitiría la evaluación de los resultados. Tres tarjetas de tamaño mayor fueron utilizadas para la descripción de cada una de las dimensiones. Las definiciones presentadas son las siguientes:

1. Hábitos Alimenticios: Costumbres o prácticas de alimentación (tipo de alimentos que se consumen, la calidad de éstos, la frecuencia y el modo en que se come).
2. Ejercicio Físico: Actividad física sistemática que requiere de un esfuerzo corporal más intenso de lo habitual, encaminado a fortalecer el cuerpo.
3. Cuidado de la Salud: Pensamientos, actitudes o conductas encaminadas a mantener la salud y el estado de bienestar.

Se aplicó la técnica Q o Q-sort y se evaluaron los resultados del test y de acuerdo con los datos obtenidos a través del jueceo se eliminaron 36 reactivos y se conformó un cuestionario de 48 ítems en total, conformándose cada dimensión con 16 reactivos.

III. Validez Empírica

a) Aplicación de la prueba. En esta fase se sometió a contrastación la validez de la prueba, para conocer su estructura factorial y si ésta mide lo que pretende medir. Para lo anterior, se aplicó la prueba de 48 reactivos a un total de 431 adolescentes (hombres y mujeres) de primer, segundo y tercer grado de secundaria, 58 participantes de una secundaria privada, de la Zona Oriente de la ciudad de México, y 373 de una secundaria pública del Estado de México. El rango de edad de los participantes fue de 12 a 17 años. Las variables a medir fueron:

- Dependientes: peso, talla y respuestas al instrumento.
- Clasificadoras: sexo (masculino, femenino).

Ya calificadas las pruebas, las respuestas de los adolescentes fueron capturadas en una base de datos del programa estadístico SPSS para su posterior análisis. En el proceso de aplicación de la prueba, no se presentó alguna eventualidad con los participantes.

b) Comparación de grupos extremos. Para observar la calidad discriminativa de los reactivos, se calculó la calificación total de cada sujeto, sumando el puntaje de todos los reactivos. Tomando como base esta calificación total, se determinaron los grupos extremos (los sujetos cuya calificación total cayó en los extremos). Para formarlos se establecieron puntos de corte en el percentil 27 (que corresponde a los puntajes 97 al 136, el primer grupo) y en percentil 73 (que corresponde los puntajes 151 a 173, segundo grupo). Se compararon reactivo por reactivo las medias de estos 2 grupos. Para comprobar la hipótesis nula se realizó una Prueba t para muestras independientes, en la que se compararon las medias de los grupos extremos.

Los resultados de la comparación de medias muestran que la mayoría de los reactivos discriminan a los sujetos situados en los grupos extremos.

c) Análisis Factorial. Los resultados de los 47 reactivos que discriminan y de los 429 participantes que respondieron a la prueba se sometieron a un análisis factorial con rotación Varimax, con un Eigenvalue de 1. El análisis se detuvo en las 16 interacciones. Los resultados de la prueba de KMO y Bartlett's fueron .727, (KMO = .00) con lo cual se comprobó que podría realizarse un análisis factorial con los datos.

El análisis factorial agrupó 36 reactivos en 10 factores que explican el 40.48% de la varianza. Se consideró un factor, aquel que estuvo formado cuando menos por 3 reactivos, con punto de corte de carga factorial de .35. De acuerdo con los resultados arrojados por el análisis factorial, se pueden agrupar las siguientes dimensiones (cuadro 32)

Cuadro 32. Dimensiones del instrumento.

Hábitos alimenticios	Actividad física	Cuidado de la salud
- Alimentación balanceada	- Actividad física individual	- Cuidado de la salud atención médica, y
- Frecuencia en la alimentación	- Actividad física papás	- Malos hábitos y uso del tiempo.
- Comida rápida	- Actividad física caminar, y	
- Buenos hábitos alimenticios familia	- Actividad física y salud.	
- Malos hábitos alimenticios		

La última dimensión (cuidado de la salud), presentó problemas en un inicio, debido a que es un concepto muy amplio que abarca tanto hábitos alimenticios como actividad física.

IV. Confiabilidad

a) Alfa de Cronbach. La confiabilidad de los reactivos se midió a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach. Se aplicó el alfa de Cronbach en los 35 reactivos que formaron la estructura factorial (12 de los 47 reactivos fueron eliminados por no cargar en ningún factor). El resultado indica un alfa = .785 que muestra una consistencia interna de la prueba muy aceptable.

b) Test-retest. Para conocer la estabilidad temporal de la prueba en un intervalo de 10 semanas, se realizó una prueba de correlación con el coeficiente de Spearman. En la primera aplicación con el grupo con el que se aplicaría el retest, se contó con 58 individuos. Se realizó una segunda aplicación del instrumento, con un intervalo de 10 semanas entre aplicaciones a una muestra de 57 adolescentes. El pretest y el postest se realizaron en las mismas condiciones. En el análisis estadístico para el retest, sólo se incluyeron los 35 ítems sobre los que se realizó la prueba de alfa de Cronbach, pues esos habían sido los ítems que habían cargado en uno de los factores del análisis factorial. Todos los reactivos correlacionaron positivamente con el coeficiente de Spearman, en un rango de .112 a .789. Las correlaciones se presentaron para 32 de los 35 ítems sometidos a la prueba estadística son significativos, lo que indica que dichos reactivos muestran la estabilidad en la prueba a través del tiempo.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo arrojaron una estructura factorial útil en la descripción y explicación del fenómeno de la obesidad en la adolescencia y con correspondencia con la teoría de la que se partió, por lo que se considera que esta estructura factorial es un dato interesante del cual se puede partir para trabajos posteriores. Es importante enfatizar la necesidad de realizar más investigación sobre el tema de la obesidad en la adolescencia, pues los datos obtenidos indican que el enfoque de los programas preventivos podría reorientarse de únicamente hacia la información, a los hábitos orientados hacia la salud.

La inviabilidad de la dimensión “Cuidado de la Salud” puede atribuirse a que este concepto incluye a las dimensiones: actividad física y hábitos alimenticios, además de otras conductas y actitudes, tales como, dormir el tiempo suficiente, no beber en exceso y no fumar. Se propone que sea el cuidado de la salud un metaconcepto que organice las otras dimensiones.

La relación de los hábitos de la familia y el adolescente mexicano resulta relevante, pues se encontró que estos hábitos son modelos que se comparten entre padres e hijos. De acuerdo con los resultados obtenidos, el estilo de vida de la familia es importante ya que se encontraron 5 factores que correlacionan hábitos individuales y familiares: alimentación balanceada, cuidado de la salud-atención médica, comida rápida, malos hábitos alimenticios, actividad física-caminar. Estos resultados coinciden con lo dicho por otros autores, los hábitos se internalizan en la familia, si los padres tienen hábitos sanos los transmitirán a sus hijos (salir a caminar, tener una alimentación balanceada, cuidar la salud del cuerpo, etc.), de la misma manera los hábitos negativos (mala alimentación que incluya comida rápida, antojitos frecuentes, bebidas azucaradas o la falta de horarios para realizar las comidas). Esto puede deberse a que es en casa donde se preparan los alimentos que consume la familia y de este modo se determinan la cantidad, calidad y horarios de comida, desde la infancia.

En esta etapa de diferenciación, los adolescentes comienzan a presentar conductas diferentes a las de su familia. Se observó que la actividad física se muestra independiente en los resultados y puede deberse a varios factores como, los horarios laborales de los padres, la preocupación por la apariencia que surge en esta etapa y las

actividades físicas extraescolares que realizan. Así como a la búsqueda natural en la adolescencia, de grupos de pertenencia y referencia fuera de la familia, que conformarán la identidad del adulto en ciernes.

Algunas observaciones que hicieron los adolescentes, que contestaron la prueba en la 1ª Fase de Claridad de los reactivos, fueron en torno a los ítems que se referían al tiempo que dedicaban a los videojuegos y la computadora, ya que a los adolescentes con escasos recursos les fue difícil responder e incluso se notó incomodidad. Sin embargo, es un factor que se considera relevante en torno al sedentarismo, por lo que se sugiere que en trabajos subsecuentes, se considere incluirlos, sobre todo si en la muestra poblacional se considera a jóvenes de otros estratos sociales. Las dudas frecuentes, que surgieron en la aplicación, relacionadas con la prueba fueron: ¿Qué pasa si no tengo hermanos? ¿Qué debo contestar si no vivo con mis padres? ¿Si mi padre, y/o madre ya falleció? ¿Cómo respondo si mi hermanito(a) acaba de nacer?. Por lo que se sugiere que para el próximo trabajo, se incluya en las instrucciones aclaraciones pertinentes a estas dudas.

Es posible que, debido a la influencia de estereotipos culturales de belleza durante la adolescencia, algunos reactivos fueran contestados en función a parámetros actuales de estética, más que en la importancia de la salud. Por ejemplo, al encontrarse una mayor prevalencia de adolescentes bajos de peso, se infiere que detrás de la moda se encuentran las costumbres de los adolescentes y/o la situación económica de la familia. Sin embargo, queda como interrogante, para elaborar nuevos proyectos de investigación, con el objetivo de seguir trabajando sobre estas temáticas con adolescentes.

En el factor 8 aparecen en el mismo relacionados los ítems “en mi familia nos desvelamos” y “duermo el tiempo suficiente”, se cree que el tiempo suficiente para dormir es el tiempo que necesitan para sentirse bien, más que el tiempo adecuado para dormir. Aunque parezca contradictorio, a pesar de que la familia y el adolescente se desvelan, ellos consideran que duermen el tiempo suficiente. Además desvelarse es un hábito de adultos, y en la adolescencia, se busca hacer cosas de grandes, por lo que no es incompatible con tiempo suficiente.

En México, las actitudes hacia la salud se enfocan más a la curación o reparación que a la prevención. Los resultados muestran que descuidar la salud del cuerpo y estar atentos a la misma, se encuentran agrupados en el mismo factor. Estar atentos a la salud no siempre implica estar saludables, se está atento a la salud cuando aparece una enfermedad.

Se propone también que se investigue la manera actual de organización de las familias en torno a los tiempos de comida, así como al cuidado que se pone en la preparación de los alimentos, y quienes de los adultos que rodean a los adolescentes se hace cargo de eso. Lo anterior surge de los cambios en los horarios laborales, el tiempo de transporte y la inserción de las mujeres a la vida económicamente remunerada.

En cuanto al desarrollo de la prueba, se considera necesario continuar el trabajo para desarrollarla, elaborando más reactivos en la dirección de los que mostraron ya, tener poder discriminativo, agruparse en una estructura factorial y ser confiables.

Por lo anterior, se propone considerar que en la familia está la génesis de las actitudes y conductas de prevención en los adolescentes contra la obesidad. Con las oportunidades y responsabilidades que ello implica, en primer lugar porque se considera que las campañas de prevención y educación sobre salud, deben dirigirse a los padres, los cuales son los formadores de hábitos iniciales de cuidado de la salud. También por que son ellos los que pueden trabajar en la solución, cuando la obesidad ya es un problema.

REFERENCIAS

- Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B., (2005). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana.
- Azcona, S., Romero, A., Bastero, P. & Santamaría, E., (2005). Obesidad Infantil. *Revista Especializada en Obesidad*, 3 (1), 26-39. Citado en Islas, L. y Peguero, M. (2006) *Obesidad infantil. Boletín de práctica Médica Efectiva*. México: Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud.
- Beers, M., Porter, R., Jones T., Kaplan J., & Berkwits, M., (Eds.), (2006). *The Merck Manual*, 18 (ed.). Chicago: Merck & Co.
- Calzada, L., (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*. Distrito Federal: Editores de Textos Mexicanos.
- Crossman, A., (2006). *Parent Child Relationships and Adolescent Obesity: Data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Recuperado el día 5, Octubre, 2007, http://www.allacademic.com/meta/p108493_index.html.
- Gordon-Larsen, P., Adair, L.S., Nelson, M.C. & Popkin, B.M., (2004). Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 80, No.3, 569-575.

- Haire-Joshu, D., Brownson, R., Nanney, M., Houston, C., Steger-May, K., Schechtman, K. & Auslander, W., (2001). Improving dietary behavior in African Americans: the Parents As Teachers High 5, Low Fat Program. *American Journal of Health Behavior*. Vol: 25 No.2, 140-146.
- Lalonde, M., (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Minister of National Health and welfare. Recuperado el 19 de noviembre del 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Domamarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. & Sepulveda-Amor, J., (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Pavón, I., Alameda, C., Olivares, J. & Monereo, S., (2005). La obesidad en diferentes épocas de la vida. En Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B. (Eds.) *La obesidad en el tercer milenio*. (pp.129-139) Madrid: Médica Panamericana.
- Schacht, M., Ritcher-Appelt, H., Shulte-Markwort, M., Hebebrand, J., & Schimmelmann, B., (2006). Eating pattern inventory for children: A new self-rating questionnaire for preadolescents. *Journal of clinical psychology*, Vol. 62 (10), 1259-1273.
- Whitney, E. & Rolfes, S., (2005). *Understanding Nutrition*. Belmont: Thompson-Wadsworth.

Reporte de investigación cualitativa

Parejas interculturales

Mtra. Paulina Carrillo, Mtra. Yuliana León, Dr. Ignacio Ramos.

Resumen: En últimos años, la unión de parejas de distintas culturas ha aumentado, y debido a los procesos migratorios que genera un mundo globalizado como el de hoy, es probable que éste fenómeno continúe ocurriendo. Los terapeutas familiares no cuentan con un modelo de trabajo que se adecúe y tome en cuenta las necesidades de la población mexicana en relación a otras culturas. A través de ideas derivadas del trabajo clínico, entrevistas y de una aproximación teórica posmoderna, en este trabajo se revisa el papel del lenguaje, migración, familias de origen, concepción de la familia, solución de problemas, parentalidad y conyugalidad. Se propone un método de trabajo basado en la empatía cultural y la creación de narrativas funcionales para las parejas interculturales.

Palabras clave: Parejas interculturales, terapia intercultural, narrativas, conyugalidad, parentalidad, migración, familia de origen.

La migración e intercambios culturales en diferentes países generan diferentes interacciones y nuevos tipos de relación entre los individuos. Se dice que hay un incremento en las parejas interculturales, es decir en parejas en donde cada individuo pertenece a otra nacionalidad. Según Ruvalcaba y Waldman (2006), las uniones

interculturales siempre agregan diferencias culturales a las confrontaciones entre parejas. Los mismos autores han desarrollado un modelo psicodinámico de intervención con este tipo de parejas. Si se entiende que la construcción cultural de cada persona genera diferentes expectativas y proyectos de vida, también se entiende que al encontrarse estas dos visiones pueden generarse nuevos problemas que, creemos, serán distintos (o más complicados) a los de las parejas que comparten una misma nacionalidad.

La idea de realizar esta investigación surge debido a que, se han encontrado pocos modelos de intervención dirigidos al trabajo con parejas interculturales en el ámbito de la Terapia Familiar Sistémica. Entendemos que un protocolo de intervención sería de gran importancia para el campo y de gran utilidad para los profesionales que trabajen con una población de parejas interculturales.

La Universidad Nacional Autónoma de México cuenta con diversos programas de movilidad estudiantil y académica, lo que hace que su población sea rica y diversa en cuanto a intercambios culturales. Dentro de la Facultad de Psicología, hay un Centro de Servicios que ofrecen diversos tipos de atención psicológica entre los que se encuentra la atención en el modelo de Terapia Familiar Sistémica. En diversas ocasiones el centro reporta la solicitud de atención por parte de parejas en las que uno de los miembros es extranjero. El centro y en específico el programa de terapia familiar sistémica, no cuentan con un protocolo de intervención que permita atender esta problemática de manera integral. Este proyecto tuvo la finalidad de estudiar las principales problemáticas que presentan las parejas interculturales, para posteriormente integrar un protocolo para la intervención. La creación de dicho modelo puede incrementar la capacidad de acción y planeación de los profesionales de la salud mental, además de proveer a la población de parejas interculturales un recurso de atención que sea útil a problemáticas particulares.

El mundo globalizado permite un sin fin de movimientos migratorios que antes eran difícilmente imaginables. Hoy, la gente viaja de un país a otro (sea por cuestiones personales, académicas, laborales), con el fin de hacer su residencia en ese otro lugar, o simplemente para visitarlo. Los procesos migratorios tienen la capacidad de generar interconexiones familiares que van más allá de las fronteras geopolíticas. En estos procesos, se ven involucrados aquellos que se van, los que se quedan y las generaciones

que seguirán (Falicov, 2007). Se crean entonces nuevas realidades para aquellos que migran, realidades que serán matizadas por la cultura de origen y la cultura a la que se insertan, además de los cambios que se originen en el nuevo lugar de residencia.

Ante este incremento de flujos migratorios que, según el Informe del Estado de la Población Mundial, UNFPA (2006), representa el 49.6% de la población mundial con alrededor de 1931 millones de personas que viven fuera de su país de origen, se agrega un proceso de universalización y homogeneización cultural a través de los medios y redes de comunicación, fenómeno global que llega directamente a la cultura. Particularmente en México, el Instituto Nacional de Migración (2008) declara haber otorgado la calidad de inmigrados a 22, 670 individuos de diferentes países. Lo cual habla de un vasto número de extranjeros residiendo en México; además, el 18 % de los trámites migratorios que se hacen en México, son para extranjeros radicados en la capital del país. Estos datos incluirían los intercambios académicos para las distintas instituciones del país.

NACIONALIDAD	TOTAL	PART. %
Estados Unidos	4,236	18.7
España	2,375	10.5
Alemania	1,241	5.5
Argentina	1,202	5.3
Colombia	791	3.5
Chile	667	2.9
Cuba	521	2.3
Otras	11,637	51.3

Tabla 1. Declaratorias de inmigrado otorgadas por el Instituto Nacional de Migración, según nacionalidad.

Fuente: INEGI

La migración del país de origen puede darse por trabajo, estudios, búsqueda de mejoramiento económico, entre otros. Siendo la expectativa por mejorar la calidad de vida un motor que impulsa a las personas la búsqueda de oportunidades en otros países. Sin embargo, lo anterior generará también encuentros con nuevas maneras de explicar y de experimentar el mundo alrededor, además de nuevos contextos de interacción, sea con los miembros de la cultura de origen o con los miembros de la cultura a la que el migrante se inserta.

Los migrantes se encuentran en transición a una nueva cultura y compartiendo la propia. Falicov (1998) define la cultura como “un conjunto de cosmovisiones, significados y comportamientos adaptativos que se derivan de una membresía y participación simultánea en una variedad de contextos como: lenguaje, asentamientos, raza, etnicidad y estado socioeconómico, edad, género, religión, nacionalidad, empleo, educación, ocupación, ideología política etc”. Los procesos adaptativos a una nueva cultura pueden ser largos e incómodos, pues se experimentan altos niveles de estrés en los que se pone a prueba la capacidad adaptativa del individuo, la fuerza de las redes que posea e incluso la parte del ciclo vital en la que se encuentre.

Sussman (2000) dice que la cultura forma un campo de referencia mental, a través del cual los individuos definen su ontología, seleccionan sus comportamientos y juzgan y evalúan las acciones de los otros. Por otra parte Ruvalcaba & Waldman (2005), hablan del concepto de “Principios Organizadores”, que se refiere a los marcos de referencia a través de los que los individuos acomodan y construyen su experiencia. De acuerdo a los autores, estos principios son inherentes a la cultura en la que las personas se han desarrollado y mencionan los siguientes:

- Principios Organizadores Eurocéntricos: Preponderan conceptos, tales como individualismo, autonomía, autosuficiencia, competencia, posesividad, gratificación inmediata, productividad y logro.
- Principios Organizadores Latinos. Dan lugar a la organización colectiva y enfatiza el valor de la familia sobre el individuo o las necesidades profesionales. Logro grupal sobre logro individual y roles de género tradicionales.

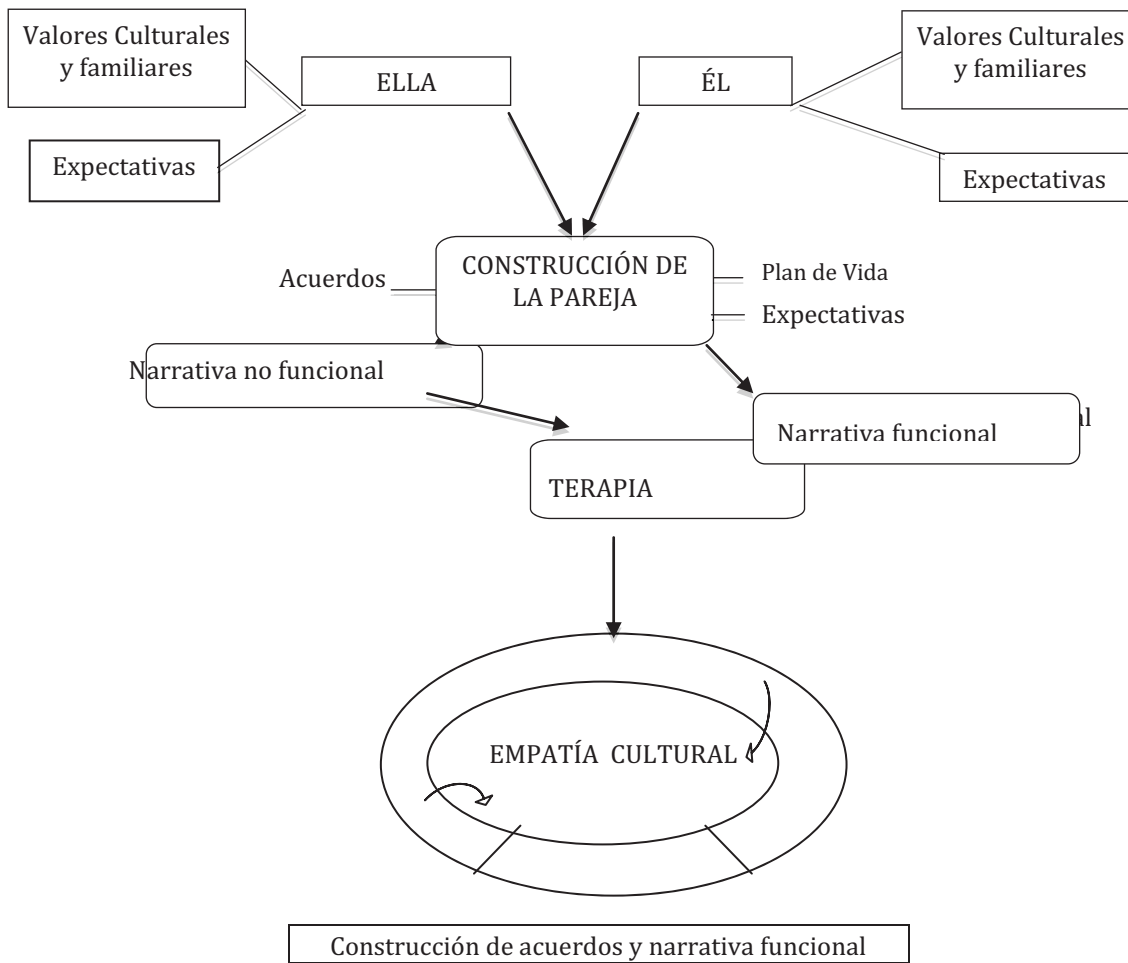
En las relaciones interculturales, las redes sociales y las relaciones interpersonales también se modifican debido al acceso a nuevas oportunidades e intercambios culturales. Además, si las personas que cambian de país se encuentran en una etapa del ciclo vital de la formación de la pareja (Haley, 1986), hay posibilidad de la formación de ésta en el nuevo contexto. Es dentro de esta perspectiva que puede darse el encuentro de parejas no solo con historias de vida diferentes, sino con modelos culturales diferentes a través de los cuales se construyeron esas historias. La vida de estas parejas pudiera complicarse si los principios organizadores de cada una de las

personas chocan y no se puede llegar a acuerdos, trayendo entonces un nuevo elemento a la terapia, la cultura como génesis de problemas de pareja.

Las diferencias culturales pueden afectar de muchas maneras a las parejas. Biever (1998) menciona problemáticas, tales como:

- Reacciones negativas por parte de la comunidad. La desaprobación de las familias de origen y las amistades.
- Estrés provocado por las expectativas en cuanto a los roles, las tradiciones y las estrategias de solución de problemas.
- Incapacidad para llegar a acuerdos. Se culpa al otro y no se toman en cuenta las diferencias culturales o el bagaje de tradiciones de cada uno de los miembros de la pareja.
- Formas distintas de relación respecto a la familia de origen.

La terapia con parejas interculturales puede representar un reto para los terapeutas familiares, quienes deben tomar en cuenta las complejas interacciones entre los participantes, además de su contexto actual y sus contextos de origen, sin dejar de lado la propia identidad cultural del terapeuta. Es por esto y por diversas razones, que se considera importante estudiar este fenómeno en diversos ejes que permitan entender el fenómeno de manera global y particularizar en el tratamiento de las mismas, haciendo énfasis en el modo de intervenir en terapia. A partir de lo anterior, se planteó un modelo de intervención, que representa un primer momento de la investigación y no ha sido puesto en práctica.

Esquema 1. Modelo de intervención con parejas interculturales**MÉTODO**

Para los fines de la investigación se utilizaron métodos cualitativos de investigación, ya que la psicología, al ser una ciencia social, se caracteriza por la diversidad de enfoques, paradigmas, teorías y prácticas, e incluso por la falta de consenso en cuanto a su objeto de estudio.

Al igual que en otras disciplinas como la antropología y/o sociología, la psicología reintroduce al sujeto investigador en el campo de estudio y privilegia la mirada en los procesos, antes que en las conductas terminales, o sea, pone de relieve lo cualitativo. Los métodos cualitativos "...implican interés por el sentido que los sujetos atribuyen a su experiencia...suponen una intención de realizar una lectura interpretativa de la trama de significaciones construidas socialmente" (Baz, 2001, p. 8).

Esto se vuelve importante debido a que en la actualidad hay una crisis de fundamentos y un desafío de la complejidad de lo real, por ello todo conocimiento necesita reflexionarse, reconocerse, situarse y problematizarse, o sea, se debe asumir una actitud crítica y una posición reflexiva, la cual abre nuevos caminos en la búsqueda de nuevas problemáticas (Morin, 1983).

Dentro de esta metodología se atiende primordialmente las cualidades del fenómeno a estudiar, antes que las cantidades, se privilegia el uso del lenguaje y las descripciones del fenómeno. Al comprender de manera holística los fenómenos, se plantea una visión global de los mismos incluso, se pretende que se encuentre por encima de los detalles y fragmentos ya que, de acuerdo a la teoría de los sistemas cada parte forma parte de un todo mayor.

La intersubjetividad toma un papel importante en esta metodología, ya que retoma la posibilidad de objetivar el mundo subjetivo de las personas, o sea, interpretar los significados que dan a los acontecimientos. Los significados no son absolutos, sino negociados, puestos en común y discutidos con los actores de los eventos.

La muestra estuvo conformada por dos parejas, en las cuales un miembro era mexicano y otro de nacionalidad distinta a éste (Rumano y Estadounidense), con al menos un año de relación. Una pareja tenía hijos y otra pareja no.

El principal objetivo de la investigación fue analizar en fenómeno que atañe al estudio y tratamiento de parejas con diferente nacionalidad. Dentro de los objetivos específicos se encontraban los siguientes:

- Detectar en qué tipo de investigaciones se comenzaron a reconocer los términos parejas transculturales, cross-culturales y/o interculturales.
- Obtener los diversos modelos de intervención con diferentes perspectivas teóricas y conocer si estos modelos planteados han logrado romper barreras en la intervención con parejas transculturales.
- Conocer lo que rodea el fenómeno, sobre todo lo que sucede en la actualidad que el tema adquiere relevancia para ser estudiado.
- Considerar si la concepción de la familia es un eje fundamental a estudiar dentro de estas parejas.

En cuanto a los instrumentos, básicamente el enfoque cualitativo permitió que -en un primer momento- se recopilara información, posteriormente se indagaron a través de la entrevista en profundidad, los procesos simbólicos individuales y sociales referentes a lo que las parejas transculturales expresaron.

Las técnicas principales para la obtención de información, utilizadas para los fines de la presente investigación, fueron:

- Entrevista: La cual es definida como conversación entre un entrevistador y un entrevistado. El tipo de entrevista fue semiestructurada, ya que había una guía de entrevista, pero con la libertad de introducir nuevas preguntas para precisar conceptos y obtener mayor información de los temas deseados (Hernández, 2003).
- Historias de Vida. De manera individual con cada uno de los miembros de la pareja, La historia de vida es una narración que permitió recuperar relatos personales acerca de las experiencias que permitieron a cada uno de los miembros de la pareja entrar a una relación transcultural, además de conocer la historia de la formación, transformación e interacciones de la pareja. La narrativa da espacio a la construcción de una realidad que toma en cuenta las diferentes realidades de los participantes.

Asimismo, para el análisis de la información se utilizó la técnica de Análisis Especulativo, la cual, consiste en que el entrevistador genere opiniones a partir de lo dicho (y no dicho) por el entrevistado.

RESULTADOS

Las categorías creadas para el tema de Relación Actual, que se refiere a cómo se construyó la pareja y cómo han llegado hasta el día de hoy, revelaron que ambas parejas se conocieron en un lugar que, por su ambiente intercultural, parecía propicio para la generación de este tipo de relación. Distintos factores como amistades, o un ambiente de trabajo común pudieran ser parte de la creación de estas uniones.

Respecto a los ritos que permitieron la unión de estas parejas, se entiende que fueron regidos por ciertos mandatos culturales específicos. El discurso de las parejas muestra

que, había ciertas normas sobre a quién se debía invitar, cómo sería el rito religioso e incluso cuál sería el formato de la celebración.

En cuanto al lenguaje, las parejas concuerdan que el mayor problema experimentado son los errores en la transmisión de ideas debido a la diferencia de idiomas. Ambas parejas relatan experiencias de malos entendidos en la información que deseaban transmitir, resultando esto en peleas o malos sentimientos en la relación.

Respecto al idioma, se pudo observar una barrera en las relaciones inmediatas (familia, amistades, etc.). Las parejas definieron esto como uno de los elementos principales en la comunicación.

Las historias de migración presentadas en estas parejas, hacen notar la residencia total de uno de los miembros en el país del otro, aunque las razones para esta elección son diferentes para ambos casos, resultado de la individualidad de cada pareja y de sus diferentes proyectos de vida. Además de lo anterior, se muestra de gran importancia la creación de redes que han permitido el establecimiento de la pareja inter-cultural (amistades, mentores). Al encontrarse en países distintos a sus países de origen, los distintos miembros de la pareja valoran en gran manera la interacción con estas redes, relacionándolas con su sentimiento de bienestar respecto al lugar donde se encuentran.

La previa experiencia con relaciones interculturales por parte de las familias de origen, permite que existe una fácil aceptación de la pareja dentro del núcleo. En círculos en donde la unión de parejas interculturales es algo común, la pareja intercultural es bien recibida y apoyada.

En parejas de la misma cultura, una buena relación con las familias de origen es vista como algo “positivo” para la misma. Las parejas relatan, que muchas de las problemáticas que existen o han existido entre ellos, tienen que ver en cómo se da la interacción de las familias de origen, siendo las más problemáticas aquellas a quienes se está más cerca geográficamente.

En cuanto a la concepción de la pareja, se observó que las condiciones que permitieron que se formara la pareja, tienen que ver con la familia de origen, el país de origen, e incluso el país en el que se vive actualmente. Además, se considera importante, en ambas parejas, el aprendizaje del idioma de la pareja.

La solución de problemas es interesante, ya que hay temas que no se deben de tocar, como hablar mal del país del otro y/o de la familia, se observa que hay preferencia por evitar discusiones, respetando estos acuerdos. Además, una de las parejas ha tenido una mayor fuente de estrés, con lo cual, se culpó al miembro extranjero de esa situación.

La educación hacia los hijos (parentalidad) es un tema importante para estas parejas, ya que es en los hijos donde se deben conciliar aspectos culturales, transmitidos por la familia de origen. Al parecer, más que culturalmente, tiene que ver con estilos particulares de crianza, una de las parejas, discute sobre cuál es la mejor manera de educar a sus hijos, a pesar de tomar en cuenta las características de los propios hijos, es un tema delicado que implica problemas y falta de acuerdos al interior de la familia.

En cuanto a la conyugalidad, otra de las categorías de análisis, ambas parejas fueron influenciadas por la familia de origen y su propia concepción de la familia, incluso por la historia de migración y las expectativas de la pareja. Las expectativas satisfechas, son lo que los mantiene unidos y las no satisfechas son las que causan estrés en la pareja y conflicto (si es que no se logran acuerdos). Ambas parejas mencionan que fue cuando se conoció el país de origen del otro, que se comenzó a dimensionar el factor, e incluso, conviviendo con la familia de origen.

REFERENCIAS

- Baz, M. (2001). *Génesis social y teórica en la intervención social en México*. México: Mimeo.
- Biever, J.L., Bobele, M. & North, M.W. (1998) Therapy with intercultural couples: a postmodern approach. *Counseling Psychology Quarterly*, Vol 11(2), 181-188 United Kingdom: Taylor & Francis.
- Falicov, C.J. (1998). *Latino families in therapy: A guide to multicultural practice*. New York: Guilford Press.
- Falicov, C. (2007) Working With Transnational Immigrants: Expanding Meanings of Family, Community, and Culture. *Family Process*, Vol.46, No. 2, 2007
- Haley, J. (1986). *Uncommon Therapy. The Psychiatric Techniques of Milton Ericson*. New York: Norton Publishers.
- Hernández, S. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill
- Ruvalcaba, Waldman (2005). Psychotherapy with Intercultural Couples: A Contemporary Psychodynamic Approach. *American Journal of Psychotherapy*, Vol.59, No. 3
- Sussman, N. M. (2000) The Dynamic Nature of Cultural Identity Throughout Cultural Transitions: Why Home Is Not So Sweet. *Personality and Social Psychology Review*. Vol. 4, No. 4, 355-373
- Morin, E. (1983). *El método II. La vida de la vida*. Madrid: Cátedra.

Intervención comunitaria

Taller mujeres en construcción

Paulina Carrillo Avalos, Yuliana León Méndez.

Resumen: Se desarrolló un taller que surge de la materia de Intervención Comunitaria cuyo objetivo fue llevar la práctica terapéutica de la formación, a la comunidad, la cual es entendida como un sistema o grupo social de raíz local, que se diferencia en el seno de la propia sociedad a la que pertenece. Se aplicó el taller a 12 mujeres de zona media baja en la zona de Iztapalapa, tuvo una duración de 9 horas.

El Consejo Nacional de Población (2000), menciona que las mujeres mexicanas suman, en la actualidad, 50.2 millones y representan poco más de 50 por ciento de los 99.6 millones de habitantes del país. En los últimos 25 años, como consecuencia del rápido descenso de la fecundidad y la transformación de los patrones reproductivos, se han producido cambios notables en la estructura por edades, lo que ha dado lugar a un proceso gradual de envejecimiento de la población, expresado en el continuo aumento de la proporción de adultos y ancianos en la población total. En números absolutos, las mujeres menores de 15 años suman alrededor de 16.3 millones en el año 2000, la población femenina en edades productivas (de 15 a 64 años) asciende a 31.3 millones, y las mujeres de la tercera edad constituyen alrededor de 2.6 millones.

También, los hogares dirigidos por mujeres se han incrementado en los últimos años. En 1997, 19 por ciento de los hogares mexicanos eran jefaturados por una mujer, pero a pesar de los cambios ocurridos en las relaciones de pareja en el ámbito del hogar, aún persisten pautas tradicionales que hacen recaer sobre las mujeres la mayor parte del peso de las tareas domésticas, al tiempo que asignan mayor autoridad al hombre en las decisiones familiares importantes. Si bien estas pautas tradicionales siguen muy arraigadas en la mayor parte de las familias mexicanas el comportamiento de las nuevas generaciones está cambiando.

Según la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar realizada por el CONAPO en 1996, al cuestionar sobre las percepciones de los roles de género al interior de la unidad doméstica, las siguientes proporciones respondieron que las tareas

de la casa, la toma de decisiones sobre los gastos fuertes a realizar y la crianza de los hijos(as) deben ser compartidas por ambos miembros de la pareja: 40.9 por ciento de las mujeres y 36.2 de los hombres. La mujer tiene un papel activo en la sociedad y cada vez se abre más espacio en diferentes ámbitos, lo que implica que deba ocuparse de más cosas a la vez. Por ello creemos importante que se abran espacios para que puedan generarse encuentros intra e interpersonales entre mujeres.

El presente taller surge de la materia de Intervención Comunitaria, que forma parte del diseño curricular del Posgrado en Psicología, con residencia en Terapia Familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo de la materia es desarrollar un taller que lleve la práctica terapéutica de la formación, a la comunidad, la cual es entendida como un sistema o grupo social de raíz local, que se diferencia en el seno de la propia sociedad a la que pertenece; esta diferenciación está hecha a base de características, localización geográfica e incluso intereses compartidos por sus miembros. En cuanto a la formación como terapeutas, se promueve que el psicólogo también pueda ser un colaborador de la comunidad que promueva que ésta se organice para la solución de sus problemas. La idea principal es que se gesten cambios sociales, fuera del consultorio, en esa medida el psicólogo se convierte en un agente activo y participativo, tanto en un nivel de prevención como de intervención.

El tema del taller surge de las materias de modelos posmodernos, especialmente la terapia narrativa que como cuerpo de prácticas e ideas propuestas por Michael White y David Epston, retoma la importancia del lenguaje para analizar estructuras institucionales en términos de la relación entre significado y poder, en este sentido identifica y cuestiona jerarquías implícitas en la sociedad. Además, la propuesta en que el poder está determinado por un juego de saberes que respaldan la dominación de unos individuos sobre otros. Los seres humanos experimentamos los efectos del poder ya que estamos sujetos a él a través de verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y relaciones. En este sentido, es importante señalar el papel actual de la mujer, a la cual los discursos de lo que es “ser mujer” en la actualidad pueden llegar a pesar y generar problemáticas reales.

La propuesta del taller fue generar un espacio para que las mujeres tuvieran un encuentro con ellas mismas y con base en dinámicas, pudieran comenzar a cuestionarse todas las características que definen a las mujeres en la actualidad. En un inicio se pretendió trabajar con mujeres de todas las edades, pero finalmente se desarrollo con mujeres adolescentes.

El taller tuvo por objetivo generar un encuentro de las mujeres con ellas mismas y con otras mujeres (intra e interpersonal) en un espacio de reflexión grupal. Los objetivos específicos fueron:

- Brindar un espacio para que las mujeres indaguen sobre su familia de origen
- Promover un cuestionamiento de los estándares sociales de lo que es ser mujer.
- Desmontar etiquetas que se vienen cargando, desde familia de origen e incluso el contexto social.
- Que las participantes deconstruyeran y reconstruyeran su propia historia, hacia la mujer que quieren ser.

El taller se aplicó en el Centro Comunitario San Lorenzo, ubicado en la calle Estrella y Nautla, en la colonia San Lorenzo, muy cercano a la zona de Cerro de la Estrella, de la Fundación Bringas Hagenbeck, el cual tiene convenio con la Facultad para la atención a pacientes de la comunidad, y donde se cubren horas de supervisión que son parte de la formación. Esta Institución de Asistencia Privada ofrece diferentes servicios, pero el área psicológica tiene gran demanda.

El taller se realizó en tres sesiones de 3 horas cada una, sumando un total de 9 horas. Los días 14, 21 y 28 de mayo de 16:00 a 19:00 horas. en las instalaciones del centro (antes descrito).

Las sesiones estuvieron estructuradas de la siguiente manera:

Sesión 1: Registro, presentación y se trabajó familia de origen de las participantes.

Sesión 2: Etiquetas, mujeres y hombres “dos sexos, dos géneros”.

Sesión 3: Reconstruyéndonos, estereotipos femeninos, cierre del taller.

En un inicio se planteó el proyecto para público en general, pero el Coordinador del Área de Psicología sugirió darlo a las jóvenes de los talleres de secretariado y belleza, con las cuales él trabaja dando talleres y actividades de desarrollo humano. Las jóvenes del grupo en un inicio fueron invitadas de manera voluntaria, pero posteriormente se le

dio el carácter de obligatorio. El grupo quedó conformado de la siguiente manera: 12 participantes en total (7 de secretariado y 5 de belleza). A la primer sesión asistieron 7 participantes (5 secretariado, 2 de belleza); a la segunda sesión asistieron 9 (4 secretariado, 5 Belleza); a la tercera sesión 12 (7 secretariado, 5 Belleza).

Cuantificación de resultados

La aplicación del taller tuvo como objetivo generar un espacio de encuentro de las mujeres con ellas mismas, hacia lo que desean ser. Por esta razón, el propósito es sembrar una semilla que permita a las mujeres cosechar una manera diferente de verse a ellas mismas.

Una parte importante del taller fue la idea de discutir acerca de los discursos dominantes que dicen ¿qué es ser mujer? y ¿qué es ser hombre?, pensando en perspectiva de género. Es trabajar de un nivel micro que pueda ampliarse a un contexto más amplio (familia, amigos, comunidad) y que les permita cuestionar los estándares sociales y lo que los medios de comunicación transmiten a las mujeres.

Consideraciones finales

Este taller “Mujeres en Construcción”, fue exitoso en cuanto a que cumplió con los objetivos que nos habíamos planteado desde el principio de su elaboración. Creemos que el contenido del taller es de gran importancia para las mujeres, sobre todo, aquellas en situaciones económicas limitadas y aquellas que viven en sistemas sociales de marginación, rodeadas de imposiciones tradicionales respecto al género.

La intención de este taller no fue imponer una mirada en específico hacia las construcciones que se han hecho alrededor de la mujer, sino más bien, poder abrir un abanico de posibilidades que les permita saberse agentes de su destino y a través del cual puedan elegir la manera de ser mujer.

Productos tecnológicos

1. Base de datos de revistas indexadas.

Como parte de los trabajos realizados durante la formación, se apoyó realizando una búsqueda de revistas de terapia familiar que se encontraban indexadas en diferentes bases de datos. Ante la preponderancia de otras corrientes en psicología, adquiere mayor importancia que el terapeuta familiar de a conocer el trabajo realizado para que la disciplina cada vez sea más reconocida.

La utilidad de este trabajo fue la practicidad con la cual los interesados en realizar publicaciones referentes a la clínica o investigación en el área de terapia familiar, puedan encontrar las revistas que son reconocidas mundialmente. Este producto tecnológico surge en la inquietud de realizar un recorrido para encontrar revistas de terapia familiar en diferentes bases bibliométricas, lo cual tiene como objetivos principales:

1. Servir de referencia para obtener información relevante en diferentes áreas de la terapia familiar y del enfoque sistémico, así como para documentar la investigación que se realiza con artículos actuales y científicos.
2. Constituir una plataforma para dar a conocer el trabajo realizado en la UNAM, específicamente en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

Se compone de una base de datos en Excel con links a información importante de 58 revistas, las cuales se enlistan a continuación.

- | | |
|--|---|
| 1. FAMILIES IN SOCIETY-THE
JOURNAL OF CONTEMPORARY
SOCIAL SERVICES | 9. AMERICAN JOURNAL OF
PSYCHOTHERAPY |
| 2. FAMILY PROCESS | 10. ASIAN AMERICAN JOURNAL OF
PSYCHOLOGY |
| 3. FAMILY RELATIONS | 11. CLINICAL CHILD AND FAMILY
PSYCHOLOGY REVIEW |
| 4. AMERICAN JOURNAL OF FAMILY
THERAPY | 12. CONSTRUCTIVISM IN THE HUMAN
SCIENCES |
| 5. AUSTRALIAN JOURNAL OF
MARRIAGE & FAMILY | 13. CHILD & FAMILY BEHAVIOR
THERAPY |
| 6. AUSTRALIAN JOURNAL OF SEX,
MARRIAGE & FAMILY | 14. CANADIAN JOURNAL OF
COUNSELLING |
| 7. JOURNAL OF FEMINIST FAMILY
THERAPY | 15. AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND
JOURNAL OF FAMILY THERAPY |
| 8. JOURNAL OF MARITAL AND
FAMILY THERAPY | 16. TERAPIA FAMILIARE |

17. JOURNAL OF DIVORCE & REMARRIAGE
18. JOURNAL OF FAMILY THERAPY
19. JOURNAL OF FAMILY VIOLENCE
20. JOURNAL OF FAMILY PSYCHOLOGY
21. JOURNAL OF SEX & MARITAL THERAPY
22. JOURNAL OF CONSTRUCTIVIST PSYCHOLOGY
23. SCANDINAVIAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY
24. THERAPY TODAY
25. JOURNAL OF CHILD & FAMILY STUDIES
26. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY
27. COMMUNITY, WORK & FAMILY
28. CONTEMPORARY FAMILY THERAPY
29. THE FAMILY JOURNAL
30. THE HISTORY OF THE FAMILY
31. JOURNAL OF FAMILY COMMUNICATION
32. JOURNAL OF FAMILY PSYCHOTHERAPY
33. JOURNAL OF MARRIAGE AND FAMILY
34. JOURNAL OF TEACHING IN MARRIAGE & FAMILY
35. MARRIAGE & FAMILY REVIEW
36. THE FAMILY JOURNAL: COUNSELING AND THERAPY FOR COUPLES AND FAMILIES
37. CUADERNOS DE TERAPIA FAMILIAR
38. DE FAMILIAS Y TERAPIAS
39. SISTEMAS FAMILIARES
40. REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA
41. AVANCES EN PSICOLOGÍA LATINOAMERICANA
42. REVISTA INFANCIA ADOLESCENCIA Y FAMILIA
43. ATHENEA DIGITAL
44. PSICOLOGÍA CLÍNICA
45. AMERICAN ASSOCIATION OF MARRIAGE AND FAMILY THERAPY (RESOURCES)
46. ASSOCIATION FOR FAMILY THERAPY AND SYSTEMIC PRACTICE IN THE UK (AFT)
47. PRINCIPIA CYBERNETICA WEB
48. REVISTA INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA
49. JOURNAL OF COMPARATIVE FAMILY STUDIES
50. FAMILIA: REVISTA DE CIENCIAS Y ORIENTACIÓN FAMILIAR
51. JOURNAL OF SOCIAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY
52. OPEN FAMILY STUDIES JOURNAL
53. ANNALS OF GENEALOGICAL RESEARCH
54. FAMILY SYSTEMS AND HEALTH
55. MOSAICO
56. REDES
57. PSICOTERAPIA Y FAMILIA
58. PERSPECTIVAS SISTÉMICAS

La indexación de una revista es importante dentro de la ciencia de la información. Torres, Bordons, Giménez, Delgado, Jiménez y Sanz (2010) proponen una Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC), la cual permite obtener indicadores bibliométricos sobre la calidad de las publicaciones. Para esta clasificación es importante la especialidad de las revistas, criterios de citas, impacto y consulta de las mismas.

2. Presentación sobre coterapia

Se realizó una presentación donde se abordaba el tema de la coterapia, ya que existía poca información al respecto y es una modalidad preponderante durante la formación. Esto con el fin de poder transmitir los conceptos más importantes a tomar en cuenta con respecto al tema.

III.3. Asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado

Como parte de la formación, las actividades académicas, tales como asistencia a foros y presentar el trabajo realizado fue importante para mostrar a la comunidad el trabajo que se realiza en terapia familiar. Otro punto importante fue que acudir a otras actividades académicas, permitía conocer a los principales representantes de la terapia familiar, así como saber cuáles son las temáticas actuales de la disciplina.

Taller de novela familiar

Durante este taller abordé a mi propia familia. Algunas de las actividades que realicé previas al taller fueron interesantes en el proceso de autoconocimiento, por ejemplo:

- Construir mi genograma, ya que tuve que indagar más sobre mis bisabuelos, abuelos, padres, tíos, etc. Fue toda una travesía por el tiempo, encontrarme la historia de estas personas que de algún modo forman parte de mí en la actualidad. Es curioso ver las historias que se fueron entretejiendo de dos personas separadas (mi papá y mi mamá),

los cuales al encontrarse y decidir estar juntos, unieron dos vidas parecidas en algún punto, formando su propia familia.

- Al realizar el collage de la historia de la familia, me di cuenta del papel central que juego en mi familia. Los diálogos me permitieron situarme en la posición de mis padres, pensando como ellos y la manera en que una fotografía puede plasmar toda una historia
- Mi escudo familiar fue tomando forma poco a poco, su forma heráldica fue un castillo y delante una rosa, con el propósito de representar paredes que en ocasiones pueden esconder (por protección) lo que hay al interior del castillo. La rosa representaba las figuras femeninas que se hacen cargo de la familia, las madres y abuelas que cuidan a los nietos, o las hermanas cuidando sobrinos. Esto teje toda una red de apoyo con el fin de que el hogar continúe funcionando, mientras los hombres proveedores salen a trabajar.
- En el mapa sociométrico representé algunas de las relaciones que llevamos entre mis papás y hermanas.

Durante el taller me gustó compartir con mis compañeros mi historia y escuchar las suyas, esto permitió fortalecer la relación entre todos.

Seminario “Humillación. Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar”

Este seminario impartido por el Dr. Carlos Sluzki, se impartió del 27 a 28 de octubre de 2007 en el hotel Royal del Pedregal. Los temas abordados durante el mismo tenían que ver con el manejo de los conflictos tanto familiares como en otros sistemas mayores (gobiernos). El perdón ante la humillación es importante para el cambio y mejora de las relaciones en la familia.

El Dr. Sluzki en la actualidad se desenvuelve en el ámbito de la mediación gubernamental y en los conflictos socio-políticos donde también aplica el modelo que presentó en este seminario. Estas emociones aparecen no solamente en los sistemas individuales, sino en sistemas

mayores, por lo tanto el trabajo con las mismas es importante para lograr relaciones más complejas y llegar a la reparación de los problemas presentados.

Como parte de las actividades del seminario, se presentó una familia que había tenido problemas de infidelidad. Fue de los primeros acercamientos que se tenían en la maestría y fue interesante la manera de abordar el tema del perdón ante la vergüenza y la humillación, entre personas o incluso entre gobiernos.

Parte importante de este seminario, fue que conocimos más a fondo del trabajo que están realizando los principales precursores de la terapia familiar a nivel internacional.

Cuarta Jornada Clínica. Facultad de Psicología UNAM.

Se realizó la presentación de un caso dentro de la jornada realizada el día 24 de junio de 2008. El objetivo fue dar a conocer el proceso terapéutico llevado a cabo con una familia atendida durante ese periodo.

Presentación en el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología

El II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología, se llevó a cabo los días 18 y 19 de agosto de 2008 en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Se presentó el trabajo “Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud”. Esta fue una experiencia muy útil en la formación, pues permitió el contacto con distintos colegas.

Presentación en el IX Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ser, estar y trascender en la terapia familiar”

Llevado a cabo en la ciudad de Querétaro del 14 al 16 de noviembre de 2008. En este congreso se realizó la presentación del trabajo titulado “Humor en la pareja y depresión postparto”, del cual se presenta a continuación un resumen:

“Estudios realizados en últimas décadas, dan evidencia del problema que representa la depresión maternal en el periodo postparto, la cual se convierte en un serio problema de salud pública tanto para mujeres como para sus infantes y familia; se presenta entre las 4 y 6 semanas después del parto y puede durar desde un mes hasta más de un año, siendo considerado como la complicación afectiva más común de la maternidad. El nacimiento de un hijo implica una reorganización donde la pareja determina nuevas maneras de interactuar, el humor en la pareja -como modo de interacción- tiene un impacto positivo o negativo en la relación.

El objetivo de la investigación fue buscar una relación estadística entre el tipo de humor de la pareja y el desarrollo de depresión postparto, así como verificar si el humor positivo en la pareja, al disminuir niveles de estrés, inhibe síntomas depresivos postparto. Se trabajó con una muestra de 28 mujeres, de las cuales se entrevistó a 14 parejas de las mismas, con buen estado de salud y sin riesgo social. Los partos habían sido de la fecha a seis meses con anterioridad y la edad media de las participantes era de 28 años. Se aplicó la Escala de Depresión Postnatal Edimburgo y en un segundo momento el Inventario de Humor en la Pareja, para indagar el tipo de humor, buscando una relación estadística entre las variables humor en la pareja y depresión postparto.

Los resultados de acuerdo a las características de la muestra, son que la tendencia a presentar síntomas depresivos se encuentran más en mujeres con más hijos, mujeres que no viven con su pareja, que tuvieron complicaciones en el embarazo o que no laboran. No se encontraron síntomas significativos de depresión en la muestra seleccionada pero al aplicar el inventario de humor en la pareja, se distingue que el tipo de humor que prevalece es el humor positivo y la desviación del conflicto a través del humor. Estos datos pueden ser relevantes para continuar la investigación de la importancia de la relación de pareja y resolución de conflictos para que no se presenten otros que puedan desencadenar en trastornos afectivos.”

III. 4 Compromiso y ética profesional

De acuerdo con Maturana (1988), las reflexiones sobre lo ético pertenecen más a la cultura occidental, para él “La preocupación ética como preocupación por las consecuencias que nuestras acciones tienen sobre otro, es un fenómeno que tiene que ver con la aceptación del otro y pertenece al dominio del amor. Por eso la preocupación ética nunca se extiende más allá del dominio social donde surge”. El planteamiento de que la ética no tiene un fundamento racional sino uno emocional permite entender que en la medida en que demos un lugar al legítimo al otro en la convivencia (llámese individuo, pareja, familia), más allá de las fronteras de nuestros propios límites y lo incorporemos a nuestro sistema relacional, esto nos permitirá ser más éticos, inclusivos y tener una actitud más humana.

El Código de Ética Profesional del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia A.C., menciona que el deber ético del psicoterapeuta consiste en mostrar gran respeto por los valores, creencias, cultura, ideas, predilecciones políticas, etc. de aquellos con quienes se establece una relación terapéutica. Es importante considerar que en el ejercicio de la Terapia Familiar, se ha de tomar en cuenta el compromiso profesional del terapeuta, de los supervisores y del equipo, para respetar las diferencias, las capacidades y la individualidad de cada uno de los sujetos que nos consulta, siempre manteniendo una actitud de tolerancia, además de la necesaria auto reflexión acerca del impacto del proceso en el terapeuta y en las familias.

La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) considera ocho diferentes puntos en su Código Ético (AMFT, 2006): (1) Responsabilidad con los pacientes; (2) confidencialidad; (3) capacidad e integridad profesional; (4) responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados; (5) responsabilidad con los participantes de investigaciones; (6) responsabilidad a la profesión; (7) arreglos financieros; (8) Promoción de servicios o publicidad.

Bradford Keeney menciona que los problemas no pueden verse separados del contexto ecológico en que ocurren, ya que cada sistema se organiza de la mejor manera que puede, incluso a través de síntomas. En la actualidad debemos tomar en cuenta que no existe una

tipología de familia “más funcional que otra”, sino que podemos aceptar la existencia de múltiples familias y parte de las consideraciones éticas tiene que ver con eso.

Cecchin (1996) al hablar de los prejuicios sistémicos, nos sitúa en la importancia de cuestionarnos sobre estos “prejuicios” que tenemos de las familias que llegan al consultorio, porque a veces más que ayudar, podemos ser un factor que esté impidiendo el cambio en la misma, tal como diría Keeney (1987) “conocer el sistema y respetarlo es más estético que imponer los mapas del terapeuta ante una situación dada”. Anderson (1997), por su parte menciona que en el encuentro terapéutico hay una “responsabilidad relacional” porque hay una influencia recíproca entre el terapeuta y el consultante, por tanto, el terapeuta debe también estar al tanto de sí mismo.

Por otra parte, como terapeutas tenemos un papel importante, ya que debemos “observar un fenómeno y describirlo, no inventar historias a partir de ello”, porque podemos caer en la idea de que somos expertos en la vida del otro, o bien el diagnóstico o nuestra mirada se vuelva totalizadora.

En mi caso, creo que los principales dilemas éticos a los cuales me enfrenté, tuvieron que ver con la pertinencia de elegir los niveles de intervención, ya que en ocasiones se dejaban de lado a miembros de la familia que hubiera sido importante incluir. Sin embargo, pensando desde este enfoque, el cambio en un miembro provocaría cambios en otros. Otra de los dilemas que aparecía, era con respecto al equipo y al supervisor, cuando las ideas que se planteaban no concordaban con el proceso que yo observaba como terapeuta dentro de la sesión, sin embargo, pensaba en la manera de filtrar cierta información que parecía estar cargada de prejuicios. Sin embargo, creo que las ideas que llegaban a la familia, también serían filtradas por ellos provocando mover o no al sistema.

Finalmente, considero que el compromiso y ética van de la mano del respeto hacia los consultantes o pacientes y se deben pensar como ese fenómeno que también nos incluye a nosotros en esa resonancia humana.

En este capítulo se realizará una reflexión y análisis de la experiencia de la formación, así como las implicaciones que como terapeuta tuvo y tendrá la misma en el ámbito profesional y en el campo de trabajo.

1. Reflexión y análisis de la experiencia

Al reflexionar sobre la experiencia de la formación, hay diferentes aspectos (tanto académicos como personales) que se modificaron y varios que permanecieron, en esa diferenciación me gustaría continuar.

Al pensar en los aspectos que continuaron, creo que la visión sistémica que me fue inculcada en la licenciatura fue muy importante. Durante la formación parte de los aspectos importantes a tomar en cuenta para plantear un proyecto - o incluso una intervención- era la importancia de no “aislar” los elementos involucrados en el mismo, los fenómenos humanos están situados en un contexto, del cual no se les puede separar.

Pensando en el contexto inmediato - que es la familia - es de suma importancia entender las relaciones, pero sobre todo, respetar la forma en que cada familia se configura. Fruggeri (2001) menciona que cada “diversidad” de familia está justificada dentro del contexto social compartido, en el cual la familia se encuentra, sin embargo dentro de un mismo contexto coexisten diferentes formas de familia y ello es lo que nos permite pensar en “familias” más que en una sola configuración y como terapeutas tener presentes estos conceptos.

Otro aspecto relevante que se mantiene es la importancia de “no patologizar”, ya que el enfoque médico moderno tiende a establecer normas dentro de las cuales las personas e incluso las familias se mueven. La terapia familiar en un inicio guardaba esta tradición, pero en la medida en que se ha dado voz a corrientes posmodernas, esto se va modificando. Bateson (1993) dice que pensamos en general hay una tendencia a prestar más atención a

los síntomas y menos al sistema, lo que él denomina “sintomofilia”, lo cual puede incluso hacer que el síntoma persista, ya que no es escuchado en el contexto en el cual aparece.

Las normas e incluso los “estigmas” tienen efectos en las personas y más aún en las familias, dentro de las cuales tiende a reproducirse el sistema social en el cual nos encontramos insertos. Sin embargo a la luz de las problemáticas sociales actuales, creo que es importante reflexionar sobre nuestro papel como parte del sistema terapéutico, porque finalmente la familia está atenta a nuestra manera de observarla, por lo tanto es importante cuestionar nuestros propios prejuicios con respecto a lo que significa una “familia”.

Maturana (2003) menciona que no siempre nos detenemos a reflexionar sobre las nociones cognoscitivas y sociales que sirven de base y otorgan validez a nuestro actuar y que para que un “problema” aparezca deben existir dos personas: una que lo especifique y otra que lo acepte. En este sentido considero importante situarnos frente a los mismos y observar si estamos especificando o aceptando los problemas que ellos traen a la consulta.

Lo que se modifica, es que adquiriré nuevas herramientas teórico-conceptuales de los diferentes modelos de intervención (sistémicos y no sistémicos) para la intervención con familias. Asimismo la importancia de identificarlos y aplicarlos de acuerdo al contexto, ampliando mis habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento. Considero que la manera más eficaz de incidir en lo que se presenta como “problemática psicosocial” (individual, de pareja, familiar, social, institucional, etc.) es perfeccionando el diseño, selección y aplicación de diferentes métodos, procedimientos y técnicas, siempre y cuando se respondan las necesidades de los sujetos.

Algo muy importante de la formación, es el establecimiento de relaciones para el desarrollo de trabajos inter y multidisciplinarios encaminados a la investigación aplicada. Lo cual permite intervenir desde un ángulo interaccional entre el individuo y los demás sistemas sociales (pareja, familia, sociedad) tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional, político, cultural, económico, entre otros), lo cual conlleva un servicio más profesional que responda a las demandas de la sociedad.

Finalmente creo que lo más importante de los dos años de formación fue la flexibilidad para estar en un proceso de cambio, la apertura a nuevas visiones y a las descripciones sobre lo que es la Terapia Familiar.

2. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo

Las implicaciones que tiene la formación y la adquisición de nuevas perspectivas incide directamente en la sociedad, ya que se transmiten valores, cualidades académicas y profesionales, compromiso, disciplina, ética profesional, trabajo de equipo y sobre todo respeto.

El desarrollo de la carrera y la profesión nos obliga a desarrollar y ampliar los modelos de intervención con compromiso y tolerancia a los diferentes enfoques y disciplinas en instancias institucionales, donde debe existir sensibilidad a las necesidades de la población, actualización e innovación de las capacidades profesionales.

En la actualidad existen diferentes fenómenos que deben ser analizados desde una perspectiva global que permita entenderlos y sobre todo intervenir en ellos. Bodas, divorcios, rompimientos, familias extensas, parejas homosexuales en busca de su reconocimiento y derecho de adoptar a un hijo, familias nucleares, madres solteras, madres jefas de familia, padres solteros, niños de 10 años haciéndose cargo de hermanos de menos de 5 años mientras su mamá trabaja, abuelos haciéndose cargo de sus nietos, infidelidad, secretos, pérdida de legitimidad en instituciones –como la eclesiástica que origina nuevas creencias acerca del matrimonio-, uniones libres, violencia social, violencia al interior de la familia, niños abandonados, suicidios, abusos sexuales, pérdida de credibilidad en el matrimonio, violencia de género, programas gubernamentales implementados con pocos recursos económicos y sobretodo humanos, etc.

Lo anterior es un reflejo de las necesidades que la sociedad tiene y dentro de las cuales como terapeutas familiares nos encontramos, donde se nos exige la preparación constante ante esas demandas - como agentes que podemos incidir en algún nivel -, lo cual debe me

hace buscar ser más competente día a día a través de la especialización y actualización, además ante el compromiso ético que tengo con mi profesión y con la sociedad.

Así, se dimensiona la riqueza del estudio de la institución “familia” en donde convergen y se observan en pequeña escala los comportamientos, normas y fenómenos sociales, culturales, económicos y demográficos. Es en la familia donde se observan las pautas de producción y reproducción de modos de relación de los seres humanos (solidaridad, comprensión, amor, amistad, conflictos, relaciones de poder, relaciones de género, etc.).

Para concluir me gustaría citar a Keeney (1987), el cual hace una diferencia entre lo que sería un artesano y un artista de la terapia familiar:

“Son artesanos aquellos que practican, enseñan y valoran exclusivamente determinados conjuntos de habilidades y destrezas. Artista, las habilidades y destrezas técnicas aplicadas en la terapia son secundarias con relación a una perspectiva más abarcadora. Al arte le interesan las consecuencias ecológicas de un determinado curso de acción, entrelazado con el contexto total; para el artista la práctica del oficio solo tiene importancia por el papel que cumple dentro de la ecología total – la personalidad, el contexto social y el mundo-.” (Keeney, 1987. P. 210)

REFERENCIAS

- Anderson, T. (1997). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McName, S. y Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar, un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. (2004). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lumen.
- Bateson, G. (2002). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bateson (1993). Síntomas, síndromes y sistemas. En *Una Unidad Sagrada. Pasos ulteriores para una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, U. Beck, E. (2001). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar, personajes e ideas*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. Cecchin, G. Hoffman, L. Penn, P. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Budman, S. (2004). El mito de la terminación en terapia breve: sólo se acaba cuando todo ha acabado. En De Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Carter, B. McGoldrick, M. (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press Carter.
- Castro, R., Casique, I. (2008). *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares, 2006*, México: INMUJERES
- Cecchin, G. (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (1996). Los prejuicios sistémicos. *Revista sistemas familiares* 43. Disponible en <http://www.redsistemica.com.ar/cecchin.htm>. Junio 2009.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: and invitation to curiosity. *Family Process* 26, págs. 405-413.

- Cecchin, G. Lane, G. Ray, W. (2003). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Cirillo, S. Berrini, R. Cambiaso, G. Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Consejo Nacional de Población (2000). *Situación Actual de la Mujer. Diagnóstico Sociodemográfico*. México. Disponible en www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Situacion_actual_de_la_mujer_en_Mexico . Mayo, 2009.
- Cucchiari, S. (2003). La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género. En Lamas M. (comp). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, UNAM (pp. 181-264)
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- Díaz, 2007. *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Círculo de Psicoterapia Constructivista. Disponible en <http://www.cipra.cl>. 15 de marzo 2010.
- Efran, J.S. y Clarfield L.E. (1996). Terapia construccionista: sentido y sinsentido. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Epston, D.; White, M. y Murray, K. (1996). Una propuesta para reescribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Espinoza, M. (sf). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Feixas, G. Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fisch, R.. Weakland, J. Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fleuridas, C. Nelson, S. Rosenthal, M. (1986). The evolution of the circular questions: training family therapists. *Journal of marital and family therapy*. 12 (2), págs.113-127.
- Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Piqueta.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico. Marco de referencia subyacente a la terapia breve. *Psicoterapia y familia*. 2 (1).

- Fruggeri, L. (2011, mayo). *Seminario Diferentes Normalidades: familia, posmodernidad y pluralidad como principio metodológico*. Realizado en la Unidad de Congresos de Centro Médico S. XXI. Ciudad de México, México.
- Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de mononuclearidad y plurinuclearidad en la definición de familiar. *Revista del Centro Milanese di Terapia Della Famiglia. Connessioni* 87, 2001. Págs. 11-22.
- Galicia, M. (sf). *Terapia Estratégica*. En Eguiluz, L. Comp. (2004) *Terapia Familiar*. México: Pax.
- García, M. (2000). *Foucault y el poder*. México: UAM Xochimilco.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40 (3). Págs. 266-275.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. Hoffman, L. Anderson, H. (1996). *Is diagnosis a disaster?* Disponible en <http://www.swarthmore.edu/x20607.xml>. 12 de marzo de 2009.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gervilla, E. (2003). *Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. Madrid: Nancea.
- Giannotti, E., Nardote, G. Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. Barcelona: Herder.
- Gilligan, G. Zeig, K. (2002). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldner, V. Penn, P. Sheinberg, M. Walker, G. (1990). Amor y violencia. Paradojas de género en la relación violenta. *Family Process* 29 (4). Pp. 343-364.
- González, C (sf). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En Eguiluz, L. Comp. (2004) *Terapia Familiar*. México: Pax.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (2001). De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: una perspectiva comunal. *Sistemas Familiares*, 17 (2).
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Mc. Namee, S. Gergen, K. (1996). *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (2008). *Censo de población y vivienda*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>. 21 de mayo 2009.
- INEGI (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/microdatos2/encuestas.aspx?c=14640&s=est>. 14 de enero 2008.
- Julien, P. (2002). *Dejarás a tu padre y a tu madre*. México: S. XXI.

- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas Sistémico-Cibernéticas. *Sistemas Familiares*, 10 (1).
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Keeney, B. (1982). What is an Epistemology of Family Therapy. *Family Process*, 21 (2).
- Lax, W.D. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Limón, G. (2005). *Terapias Postmodernas, aplicaciones construccionistas*. México: Pax.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lipovetsky, G. (1999). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Macías, R. (1988). Notas para la historia de la terapia familiar en México. *Psicoterapia y familia* 1 (1).
- Madanes, C. (2001) *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marchall, P. (2001). *Esto no es vida. Cómo sobrevivir al trabajo fuera de casa*. Barcelona: Amat.
- Martínez, C. Polaino, A. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: Rialp.
- Maturana, H. (2003). *Desde la biología a la psicología*. Buenos Aires: Lumen.
- Maturana, H. (1988). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Material del curso Teoría de Sistemas. Disponible en <http://www.franjamoradapsico.com.ar/home/descargas/libros/maturana/Humberto%20Maturana%20-%20Emociones%20y%20Lenguaje%20en%20Educacion%20y%20Politica.pdf>. 12 de marzo 2010.
- Mead, M. (1994). *Experiencias personales y científicas de una antropóloga*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman H. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Molinari, L., Everri, M., Fruggeri, L. (2010). Microtransiciones familiares: Observación del proceso de cambio en las familias con hijos adolescentes. *Family Process*, 49(2), pp. 236-251.
- Nardone, G. Y Watzlawick, P. (1997). *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (sf). Una invitación a las psicoterapias constructivistas. En Neimeyer, R. Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. Wiener-Davis, M. (1995). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Organización de las Naciones Unidas (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. Noviembre, 2011.
- Papp, P. (1991). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.

- Pérez, J. (2006). En las fronteras de nuestros paradigmas. La construcción de explicaciones complejas. Artículo basado en la conferencia plenaria en el Congreso Latinoamericano de Terapia Familiar. Acapulco Guerrero. Disponible en <http://www.ilef.com.mx/en%20las%20fronteras%20de%20nuestros%20paradigmas.pdf>. Marzo, 2011.
- Perrone, R. Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo Milán 1969-2009. *Psicoterapia y familia*, 23 (1). Págs. 30-39.
- Reséndiz, G. (2006). Explorando los límites de la discapacidad. Una invitación a la conversación. *Psicoterapia y familia*, 19(1). Págs. 26-37.
- Rodríguez, C. (sf). La escuela de Milán. En Eguiluz, L. (comp) (2004). *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M. Cirillo, S. Selvini, M. Sorrentino, A. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. La terapia familiar. España: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. Boscolo, L. Cecchin, G. Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. Boscolo, L. Cecchin, G. Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19 (1), págs. 3-12.
- Sluzky, C. (1999). Investigación cuantitativa y cualitativa: una perspectiva construccionista. *Redes*. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. Paidós.
- Sluzky, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, 3 (2).
- Sorrentino, A. (1990). *Handicap y rehabilitación. Una brújula sistémica en el universo relacional del niño con deficiencias físicas*. Barcelona: Paidós.
- Strauss, L. (2006). *Estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Strauss, L. (1998). *Antropología estructural*. México: Siglo XXI.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: part III. Intending to ask, lineal, circular, strategic or reflexive questions?. *Family Process* 27. Págs. 1-15.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process* 26, págs. 3-13.

- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: part II. Reflexive questioning as a means to enable self.healing. *Family Process* 26. Págs.167-183.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic aproach: part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of marital and family therapy*. 10 (2), págs. 113-125.
- Torres, D. Bordons, M. Giménez, E. Delgado, E. Jiménez, E. Sanz, E. (2010). Clasificación integrada de revistas científicas (CIRC) propuesta de categorización de las revistas en ciencias sociales y humanas. *El profesional de la información* (19) 6.
- Umbelino, B. (2003). Positive Connotation: a short story about the myth. *Journal of Family Psichoterapy*, 14 (2), págs.13-29.
- Vargas, P. (sf). Antecedentes de la terapia sistémica. En Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar Hoy en día*. México: Pax.
- Von Bertalanffy, L. (1991). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Von Foerster, H. (1990). Construyendo una realidad. En Watzlawick (1990). *La realidad inventada*. Barcelona:Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1993) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.