



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

AGRESIONES IMPERCEPTIBLES: LEGITIMIZACIÓN DE LAS MICROVIOLENCIAS EN DOS FAMILIAS MEXICANAS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LUIS ARTURO SIRGO CRUZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

**COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARÍA BLANCA MOCTEZUMA YANO
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY**

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Yolanda y Víctor: hoy más que nunca sé
que son mi ejemplo a seguir;
no existen mejores padres.
¡Han formado una gran familia!*

*Alex y Armando: si nunca les había dicho
que los quiero mucho, creo que hoy es el mejor momento;
¡Los quiero mucho!*

*Ana Paulina: esta aventura no hubiera sido lo mismo sin ti.
Lo que hemos vivido, y lo que queda por vivir, no lo cambio por nada en el mundo.
Gracias por ser la mujer de mis sueños. Te amo.*

*Cuévano (Chucho, Lalo, Alex, Cris, Lydia y Chris): Jamás olvidaré
la conversación que cambio el rumbo de mi vida
y que me tiene aquí, escribiendo estas líneas;
No somos amigos: ¡somos familia!*

*Regina, Jorge, Fania, Marina y Susana:
¿En dos años puedes conocer a los que te acompañarán el resto de tu vida?
Ustedes son prueba de que sí...*

*A todos mis profesores y supervisores: Gracias por abrir mi mundo.
Sus enseñanzas fueron clave para mi crecimiento profesional.*

*A todas las personas tan especiales
que se han cruzado en el camino de mi vida
y que me hacen ver todos los días
las virtudes de los seres humanos.*

Contenido

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	6
1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.....	6
1.1 Características del campo psicosocial.....	6
1.2. Principales problemas que presentan las familias.....	7
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como una alternativa para abordar la problemática señalada.	10
2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.....	12
2.1. Descripción y análisis de los escenarios	12
2.1.1. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	12
2.1.2. Centro comunitario "Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro"	15
2.1.3. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	20
II. MARCO TEORICO	25
1. ANÁLISIS TEORICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	25
1.1. Introducción.....	25
1.2. Epistemología y cambio.....	25
1.3. Terapia Familiar.....	30
1.4. Epistemología Sistémica	32
1.5. Epistemología Posmoderna.....	37
1.6. Conclusión.....	38
2. ANALISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.....	39
2.1. Modelo Estructural.....	39
2.2. Modelo estratégico	45
2.3. Modelo de Terapia Breve	54
2.4. Modelo de Milán	59
2.5. Modelo de soluciones	64
2.6. Modelos derivados del posmodernismo	70

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	81
1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.....	81
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.....	81
1.1.1. Familia M.....	82
1.1.2. Familia C.....	95
1.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención con las dos familias.....	113
1.3. Agresiones imperceptibles: la microviolencia y sus efectos.....	115
1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como terapeuta y parte de los equipos terapéuticos.....	120
2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	123
2.1. Reporte de la investigación cuantitativa.....	123
2.2. Reporte de la investigación cualitativa.....	131
3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.....	141
3.1. Productos tecnológicos.....	141
3.2. Programa de intervención comunitaria.....	144
3.3. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.....	147
4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.....	148
4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas.....	148
IV. CONSIDERACIONES FINALES.....	151
1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.....	151
2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL.....	153
3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	154
4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONAL Y EN EL CAMPO DE TRABAJO.....	155
V. BIBLIOGRAFÍA.....	157
ANEXOS.....	164

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.

1.1 Características del campo psicosocial.

La familia es la pieza fundamental sobre la que descansa el complejo entramado que es la sociedad. Es el primer núcleo y el laboratorio donde ponemos en práctica el abanico de actitudes, valores y comportamientos, mismos que se expresan de manera abierta en la comunidad. En México, la familia es altamente valorada. Es común escuchar comentarios que exaltan a la familia mexicana, como una entidad protectora y productora de valores morales adecuados; gracias al “cuidado y al grado de involucramiento de la misma, es por lo que nuestros valores no se han ido a la basura”. Y, mientras que este argumento es parcialmente cierto – finalmente, es en la familia donde se guardan las tradiciones y las costumbres de una comunidad para poder trasmitirse de generación en generación – también lo es el hecho de que el seno de las configuraciones familiares es lugar de conflicto, de violencia, de sufrimiento y de malestar. Es por eso que el presente reporte resume el trabajo realizado a lo largo del último par de años con el fin de poder entender más el funcionamiento de la familia, sus relaciones, sus dificultades y, finalmente, la forma en la que se pueden ayudar a sus miembros.

Para tal efecto, primero deberemos hablar de las configuraciones familiares y del panorama de la familia en el México actual. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias 2005 (ENDIFAM, 2005) clasifica los hogares familiares en nucleares, extensos y compuestos. Los hogares nucleares pueden ser divididos a su vez en estrictos (parejas), nuclear conyugal (pareja con hijos) y monoparental. Los hogares extensos se caracterizan porque en ellos viven otros parientes, además de los integrantes del núcleo. Por último, los hogares compuestos son aquéllos en los que viven personas no emparentadas, excluyendo a los empleados domésticos.

Hablemos de las familias en México en los últimos años (información tomada de DIF, 2005 y ENDIFAM, 2005); en el año 2000, la población mexicana se agrupaba en 20.6 millones de familias, de las cuales casi tres cuartas partes eran familias nucleares, y el resto familias extensas. Sin embargo, durante la década de 1990-2000, las familias extensas crecieron de manera más rápida (5.3% anual) que las nucleares (2.4% anual). De la misma manera, las familias precedidas por mujeres también vieron acelerar su crecimiento más que las aquéllas precedidas por hombres. Y aunque la jefatura masculina es avasalladora en las familias nucleares (97%), este movimiento de ascenso en jefaturas femeninas es debido principalmente al incremento en los hogares monoparentales, los cuales son, en su gran mayoría, encabezados por mujeres (87%). Estos últimos números nos dicen mucho acerca de la constitución de las familias actuales, ya que, en el año

2000, en México existían casi 3.8 millones de familias monoparentales. Para el año 2005, este tipo de familias representaba un 5.9% de las familias en el país.

Durante la década de 1990-2000, los índices de divorcio crecieron a un ritmo de 1.22% por año. La separación o divorcio es muy poco frecuente en México, si se le compara con los niveles observados en la mayoría de los países industrializados y otros países con niveles de desarrollo similares en América Latina. Sin embargo, se ha difundido la idea de que el divorcio y la separación se han incrementado significativamente en tiempos recientes. Los datos sugieren que efectivamente se ha presentado un incremento en la incidencia del divorcio y la separación, aunque estos eventos aún son muy poco frecuentes en comparación con los estándares internacionales. De cualquier forma, los números indican una tendencia en ascenso, sobre todo si se comparan los ritmos de crecimiento de los divorcios (1.22% anual) con los de matrimonios (menos del 1% anual, por debajo del crecimiento poblacional). De la misma manera, los números de las encuestas muestran crecimientos importantes en las personas que se consideran separadas, y las que viven en unión libre.

¿Qué nos dice toda esta información? Parte de los resultados indican que la configuración familiar más popular sigue siendo la familia nuclear con jefatura masculina. Sin embargo, en los últimos años, la sociedad mexicana ha sido testigo de cambios; estos cambios representan un movimiento en cuanto a la manera en la cual se forman y se mantienen las familias. Es de especial interés el aumento en:

- Familias monoparentales
- Familias con jefatura femenina
- Número de personas separadas
- Número de personas en unión libre

Todo lo anterior nos dice que la familia, como una institución representativa de la sociedad, se mueve y fluye con los cambios en la misma. Las tendencias mundiales han influido en nuestro país, al parecer, en menor medida; sin embargo la influencia está ahí. Las configuraciones familiares han cambiado con el tiempo: la forma de visualizar y de tratar los problemas familiares debe hacerlo también. Uno de los grandes retos de estos tiempos es, entonces, la *inclusión*.

1.2. Principales problemas que presentan las familias.

La familia es uno de los núcleos sociales donde se es más permitido el uso de expresiones afectivas, y se fomenta la intimidad. Resulta llamativo entonces, que poco más de una quinta parte de los hogares mexicanos declare que, a su entender, es *poco o ninguno el cariño* que se prodigan los miembros la familia entre sí; esto representa alrededor de 12 millones de personas a las que les parece insuficiente o nula la expresión de cariño en sus familias (ENDIFAM, 2005). Esto es importante porque en estos contextos donde no se percibe un grado

adecuado de afectividad familiar, es más probable que surjan problemas como la violencia, el conflicto, la rebeldía, e incluso el desarrollo de síntomas relacionados a enfermedades mentales como la depresión, la esquizofrenia, trastornos de alimentación, entre otros.

Ahora bien, la forma en la que las familias han cambiado en cuanto a su configuración, jefatura y distribución del poder por un lado habla de cambio, movimiento e inclusión, y por el otro sirve de vitrina para poder observar los problemas que han estado presentes en las familias desde hace muchos años. Por ejemplo, las mujeres representan una fuerza cada vez mayor en las familias, tanto en términos de formación y liderazgo, como en términos económicos. Esto, a su vez, choca con las ideas de prejuicio de género, las cuales siguen estando muy vigentes en nuestra sociedad. De hecho, la violencia es uno de los problemas más recurrentes en las familias mexicanas.

Derivado de las conferencias internacionales (ONU, Derechos Humanos, OEA, OMS y BID) se ha establecido que el abuso de mujeres por sus compañeros íntimos es considerado como parte del fenómeno de violencia hacia la mujer, basado en su posición de subordinación en la sociedad, con respecto a los hombres, y se le denomina VBG o violencia de género. Muchas culturas tienen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y por ende perpetúan la violencia contra la mujer.

Las cifras son contundentes: las últimas de INEGI (2006) a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres, nos indican que:

- De las mujeres de 15 años y más que viven con su pareja, 47% presenta algún tipo de violencia conyugal.
- De cada cien mujeres de 15 años y más que viven con su pareja, nueve señalan ser objeto de agresiones físicas y ocho de cada cien padecen violencia de tipo sexual.
- La violencia emocional sola o en combinación con otros tipos de violencia es la más frecuente entre las mujeres, 82.5% de las mujeres que padecen violencia por parte de su pareja declara insultos, amenazas, humillaciones e intimidaciones.
- Diez por ciento de las mujeres violentadas sufren violencia severa, la cual pone en riesgo su integridad física y emocional.
- Nueve de cada diez víctimas de delitos sexuales son mujeres.
- Diariamente mueren en promedio cinco mujeres por homicidios y suicidios y poco más de la mitad ocurren en la vivienda.
- La violencia es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 44 años. (OPS, 2002)
- Entre el 40% y 70% de los asesinatos de mujeres, las víctimas fueron muertas por su esposo o novio, a menudo en el contexto de una relación de maltrato constante. (OPS, 2003)

- En 48 encuestas efectuadas en todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. (OPS, 2003)
- La violencia es una de las razones principales en los problemas de salud mundial como: problemas de salud mental, ETS, embarazos no deseados, problemas de sueño y apetito, etc. (OPS, 2002)

Este escenario es solamente de la violencia basada en género; no hemos tomado en cuenta las cifras que hablan del maltrato infantil, fenómeno que también ocurre en el seno de las familias. La violencia es, entonces, una de las problemáticas más agudas como consecuencia de un ambiente familiar caótico y disfuncional.

El conflicto representa otro de los grandes temas que surgen en la vida de las familias. De acuerdo a ENDIFAM (2005), siete son los motivos que constituyen la primera causa de conflicto entre las familias mexicanas. En orden de importancia, las causas de conflicto más frecuentes son: 1) asuntos económicos; 2) problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad; 3) dificultades de convivencia o comunicación; 4) problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos, con la misma importancia que los atribuidos a las diferencias de carácter o de opinión; 5) cuidado y orden del hogar; 6) adicciones; y 7) celos, infidelidad y violencia. Estas causas dan cuenta del 88.7 % de los motivos verbalizados por los entrevistados como la primera causa de conflicto o pleito.

Es importante notar que la segunda causa más frecuente de conflicto es de vital competencia para la Terapia Familiar. Este tipo de problemas se refieren a aspectos como a no consultar decisiones con algún miembro del hogar, horarios de llegada, permisos o autorizaciones, falta de respeto o de obediencia, indisciplina o rebeldía (ENDIFAM, 2005).

Además del conflicto y la violencia basada en género, existen otros tipos de problemáticas que son presentados de manera frecuente en las familias. Estas problemáticas pueden ser vistas desde dos categorías diferentes. El primer tipo de dificultades por las que atraviesa una familia tiene que ver con sus *relaciones*. En este rubro podemos incluir las que mencionamos anteriormente (violencia y conflicto), las dificultades en la comunicación, límites rígidos entre padres e hijos, o entre los miembros de una pareja, poca resonancia en el sistema familiar y dificultades para establecer reglas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Minuchin, 1974). Este tipo de problemas derivan en situaciones como la violencia, la infidelidad, el divorcio, el surgimiento de algún tipo de patología en uno de los miembros y, finalmente, la disolución del sistema familiar.

Por otro lado, existen otro tipo de problemáticas que, más que relacionarse con la dinámica interna de la familia, se conectan más con factores *sociales y políticos*, los cuales tienen un radio de acción mucho más amplio y que, a su vez, modifican los patrones de relación de los miembros de una familia. Entre este tipo de problemáticas podemos considerar la discriminación, el prejuicio, la presión social, dificultades escolares, el estrés causado por el día a día, presiones en el trabajo,

pérdida del empleo, e incluso inestabilidad política o económica. Como podemos ver, este tipo de factores no pueden estar separados de aquéllos que viven los miembros de una familia en sus relaciones; sin embargo, es útil hacer este tipo de distinciones para poder observar de mejor manera la influencia de círculos mucho más amplios que engloban a las familias.

De esta manera, es claro que las familias son el blanco de un rango muy diverso de problemáticas, ya que generalmente, algo que afecta a un individuo tiene su efecto en la configuración familiar y en el modo en el que se relacionan sus miembros. Esto significa que como terapeutas familiares nuestro campo de acción es muy grande y la relevancia de nuestro trabajo trae consigo muchas implicaciones para los individuos en su ambiente familiar, pero también en contextos más amplios como pueden ser el educativo, el laboral e incluso el político.

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

Después de analizar las distintas problemáticas a las que están expuestas las familias, y al hablar del grado de afectividad entre sus miembros, de situaciones de violencia, específicamente hacia la mujer en sus relaciones, y de conflicto familiar relacionado a las conductas de los hijos y a la disciplina de los padres, nos damos cuenta de que la interacción *familiar* juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de estas problemáticas y, de manera muy importante, en su prevención.

Como veremos más adelante, los Terapeutas Familiares creen que es en el seno de las familias y en la forma en la que sus miembros se comportan respecto a los demás en donde se pueden generar diversas problemáticas: conflicto, problemas en la comunicación, violencia, etc.; de la misma manera, creen que uno de sus miembros puede ser el “portador” del conflicto en la familia, desarrollando una “enfermedad”, la cual puede ir desde la depresión hasta la esquizofrenia. En este sentido, la Terapia Familiar va más allá de los síntomas “individuales” y se enfoca en la comunicación y en la interacción *familiar*.

Intentar hacer terapia desde este punto de vista supone varias ventajas: en primer lugar, reparte el problema y lo coloca en todos los miembros de la familia, más que en el “enfermo” o el “loco”; con esto se evita la etiquetación del paciente identificado y deja de ver el problema como algo “interno”. Esto propicia, en segundo lugar, una mayor participación por parte de todo el grupo familiar, los cuales se encuentran involucrados en el mejoramiento del problema. Finalmente, esta aproximación echa mano de los recursos del sistema familiar y toma en cuenta el contexto de la misma en sus círculos más amplios, como la familia extensa, el vecindario o la comunidad, ayudando a resolver el problema desde múltiples ángulos y soluciones distintas.

Sin embargo, la Terapia Familiar no solamente incide en ámbitos clínicos. Visualizar las interacciones humanas como sistemas propone un gran número de aplicaciones en diferentes contextos. Por ejemplo, estas nociones podrían ayudar a comprender mejor las organizaciones como un salón de clases o una empresa; también permite tener intervenciones comunitarias más efectivas; los estudios acerca de violencia de género han permeado a los ámbitos gubernamentales y de creación de leyes; la teoría sistémica también puede incidir en los campos de docencia y de investigación. En fin, la Terapia Familiar y su enfoque epistemológico propone una alternativa interesante para abordar problemáticas cotidianas desde un punto de vista diferente.

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.

2.1. Descripción y análisis de los escenarios

2.1.1. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila

El Dr. Guillermo Dávila tuvo un entrenamiento como Médico en la Facultad de Medicina en 1925 dedicándose específicamente al área de la neuropsiquiatría y la psicoterapia. El Dr. Dávila, es reconocido por ser uno de los pioneros en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en México y se entrenó con Erich Fromm desde el enfoque psicoanalítico. El Dr. Dávila trabajó en el Manicomio General, en el Tribunal para menores, en el Departamento de Prevención Social, Profesor de las facultades de Filosofía y Letras (en la Licenciatura de Psicología) en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Una contribución importante del Dr. Dávila fue el establecimiento de una oficina para proporcionar servicios de salud mental dentro del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública y fue uno de los fundadores de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en 1950. La contribución del Dr. Dávila a la psiquiatría y psicología fue amplia, como maestro, investigador, asesor, fundador del Instituto Mexicano del Seguro Social, fundador de la Sociedad Interamericana de Psicología. El Dr. Dávila muere el 3 de Agosto de 1968 (Colotla y Urra, 2006)

En 1977 siendo directora de la Facultad la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollan iniciativas para la creación de Centros de Atención a la Comunidad; inicialmente surgieron convenios con el Centro de Psicología Humana, Instituto de Psiquiatría, Centros de Integración Juvenil y Departamento de Integración Familiar. El objetivo de estos centros era establecer un contacto más estrecho con la comunidad y dar servicio en las áreas de: educación, clínica, social y rehabilitación. Nacen dos centros de Servicio a la comunidad dependientes exclusivamente de la Facultad, dentro de los cuales está el Centro de Servicios Psicológicos, que ofrece servicio tanto a los estudiantes como a su familia nuclear; es un centro donde se desarrolla la docencia y la investigación a nivel de estudios superiores; al principio surge adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquiere la autonomía en 1983. Los objetivos de su creación fueron los siguientes:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica
- Desarrollar programas de investigación
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

El CSP queda ubicado en el nuevo edificio destinado a la División de Estudios de Posgrado, en el sótano del Edificio "D" de la Facultad de Psicología, se crearon 7 cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, 4 salas para usos múltiples, y 3 salas de observación con el sistema de Cámara de Gesell. El proyecto original del CSP fue que surgiera como un plan piloto dirigido a la población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear, más adelante se amplió para atender a toda la población universitaria y a la comunidad en general. El propósito del Centro de Servicios Psicológicos hoy en día es:

- Dar orientación y terapia para los estudiantes de estudios profesionales de la Facultad de Psicología y en caso necesario también para su familia.
- Entrenamiento y supervisión a estudiantes avanzados de posgrado.
- Trabajos de investigación en coordinación con el programa de la Maestría y doctorado de Psicología Clínica
- Docencia. Materias teórico- prácticas de área de Estudios Superiores

a) Organigrama

Actualmente, el CSP tiene en la Jefatura a Rebeca Sánchez Monroy, la cual cuenta con diferente tipo de personal. En primer lugar cuenta con personal administrativo, quien realiza funciones como recepción y secretaria. En segundo lugar cuenta con personal voluntario. Finalmente, tiene bajo su cargo un gran número de docentes y estudiantes, los cuales llevan a cabo los múltiples programas con los cuales cuenta el Centro. Entre ellos están los que llevan a cabo estudiantes de Servicio Social, de Licenciatura, Maestría y Doctorado (ver Figura 1.1).

b) Proceso de captación de pacientes

Admisión:

1. En un primer momento las personas que solicitan la atención deben llenar una solicitud en la cual se exploran aspectos como sus datos generales, ocupación, composición familiar, nivel socioeconómico, la exposición de la persona sobre su motivo de consulta y una autoevaluación sobre su funcionamiento y satisfacción en áreas como la afectiva, laboral, física y sexual entre otras.
2. Posteriormente alguno de los residentes que prestan sus servicios en el centro realiza una preconsulta de costo mínimo. En dicha entrevista se explora con mayor profundidad en aspectos como el motivo de consulta del paciente y la historia de su padecimiento, la organización familiar, y el historial médico, farmacológico y psicoterapéutico.
3. El siguiente paso es hacer una selección en función a la gravedad o urgencia de las demandas, para determinar. La clasificación también obedece a si el servicio que se requiere puede ser brindado por el centro. En caso contrario se hace una canalización a instituciones con las que la coordinación del centro se

- haya vinculada. En toda canalización se expide un formato que requiere ser contestado con una contra referencia, lo que permite el posterior seguimiento.
4. Con aquellas solicitudes que pueden ser atendidas con los servicios del centro realiza una clasificación por edades, en infantil, adolescentes y adultos. Cabe aclarar que el centro no cuenta con alguna especialidad geriátrica.

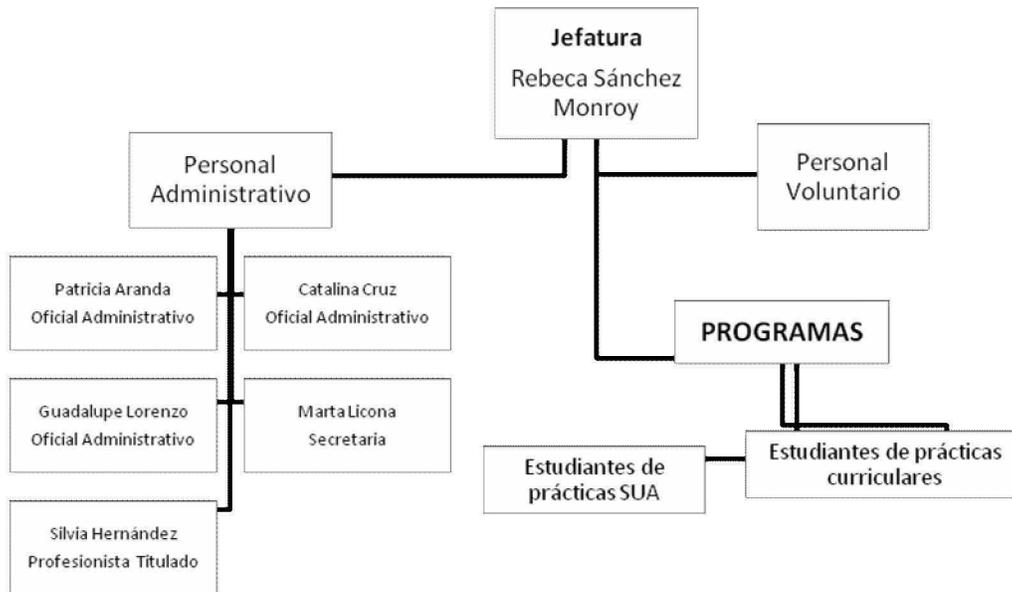


Figura 1.5. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila

5. Finalmente los casos son canalizadas internamente hacia la residencia o programa correspondiente, se realiza la apertura de su expediente y el enlace del terapeuta con sus pacientes.
6. Entran en una lista de espera aquellas solicitudes que pueden ser atendidas por en centro, más que en función a la demanda tendrá que esperar más tiempo.

Preconsulta

Las personas que desean recibir atención en el CSP deben acudir por las mañanas o las tardes, a las 8:30 a.m. o a las 4 p.m. Se presentarán al módulo de atención con las recepcionistas quienes les informaran los pasos a seguir. Los solicitantes deben presentar una identificación oficial y llenar una solicitud del servicio. Asimismo, deberán leer el formato que indica la manera de trabajar en la clínica: Filmación, equipo terapéutico, cámara de Gesell. Ellos firman o no su acuerdo con dicho formato. Una vez hecho esto, los solicitantes lo entregan a las recepcionistas, éstas pasan dichos documentos a quienes harán la "pre consulta" (pasantes de la licenciatura de psicología o psicólogos titulados, residentes de alguna de las maestrías que la facultad de Psicología ofrece). Los solicitantes podrán estar en la sala de espera, hasta que se les llame (30 a 45 minutos) a pre consulta. Los pasantes o psicólogos que hacen la preconsulta van llamando uno a uno a los solicitantes, pasan a un cubículo y ahí se lleva a cabo la entrevista, donde se conocerá el motivo por el que el solicitante busca la ayuda. Asimismo, con el formato que el solicitante llenó, se irán verificando, aclarando y/o ampliando los datos por él o ella brindados. Si la atención que se busca es para un menor de edad, éste o esta deben acudir con su padre, madre o tutor. Esta preconsulta tiene una duración de 30 a 40 minutos donde se pretende tener una visión de la problemática por la que acude el solicitante así como cual de los servicios que ofrece la clínica es el conveniente para el o ella (o ellos).

Una vez terminada la entrevista, se le informa al solicitante que debe esperar aproximadamente 15 días para que le llamen al teléfono que él o ella haya indicado para recibir recados, y le asignen cita (día, hora y tipo de servicio) asimismo se les comenta que si no reciben la llamada, ellos se comuniquen, den el número de expediente (se les da un papel con el número) y pregunten por su cita. Se acompaña al solicitante de regreso a la sala de espera y se le despide. La información recabada, resumida, se entrega a las recepcionistas (quienes atendieron ya al paciente, en su primer acercamiento a la atención), con la anotación del servicio que el entrevistador sugiere (terapia de adolescentes, terapia familiar, terapia conductual, etc.)

2.1.2. Centro comunitario "Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro"

Este Centro depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de la realización de una investigación en la colonia Ruíz Cortines,

impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, dando pie a su fundación, en mayo de 1981, con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”. Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. Mac Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como un reconocimiento a la labor que desarrolló en él, desde su fundación hasta su muerte.

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

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

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

De los objetivos anteriores se desprenden las *funciones* que son:

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

a) Organigrama

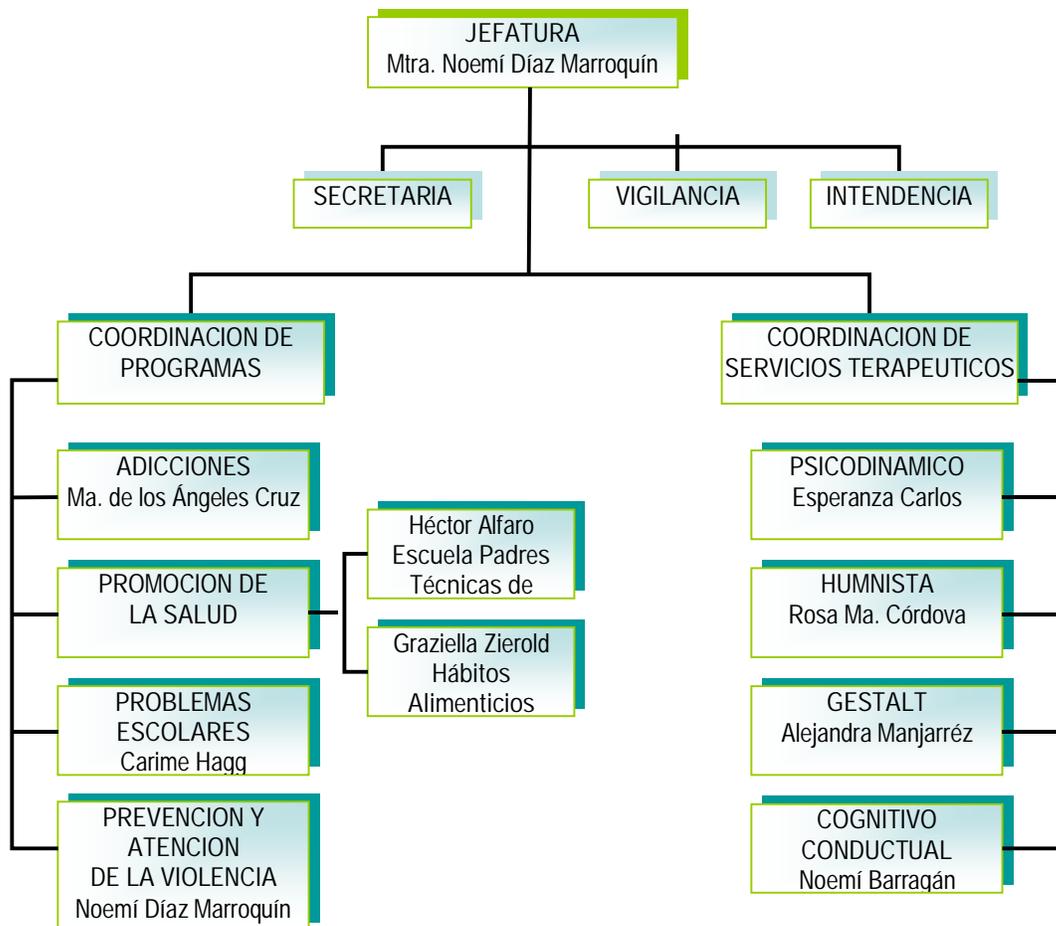


Figura 1.2. Organigrama del Centro Comunitario Julián Mac Gregor

Actualmente el Centro Comunitario se encuentra a cargo de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín, quien es la responsable de la administración, supervisión y coordinación de todo el lugar. Cuenta con personal de apoyo administrativo a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia. Por cada uno de los Programas y Servicios Terapéuticos (de acuerdo al enfoque psicológico), que se llevan a cabo, existe un docente, que funge como Coordinador. A continuación se presenta el organigrama del Centro (Figura 1.2).

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

del personal administrativo, realiza las labores de vigilancia e intendencia correspondientes.

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

Los usuarios que acuden al Centro son, principalmente, personas de las colonias cercanas que llegan con diversas problemáticas siendo el principal motivo de consulta los problemas familiares o de pareja, seguido por problemas de conducta de los hijos. Otros motivos de consulta importantes son: problemas de aprendizaje o problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, autoestima, etc.

Una vez que llegan los pacientes pasan a la lista de espera, que es otorgada a los terapeutas quienes posteriormente los contactan telefónicamente para concertar la primera cita. Los pacientes fueron elegidos por los propios terapeutas, en los horarios acordados por ellos mismos. La dinámica desarrollada para cada sesión fue básicamente la misma que en el Centro Comunitario “Dr. Guillermo Dávila”; la diferencia radicó en el número de participantes que conformaban el equipo terapéutico (habitualmente 10 personas en el Centro G. Dávila y aproximadamente 4 o 5 personas en el Centro J. Mac Gregor).

Durante el primer semestre acudiendo al centro, los terapeutas trabajamos en coterapia. Más adelante, tuvimos la oportunidad de ver casos en forma individual, contando siempre con el apoyo del equipo y la supervisora detrás del espejo. Fue una experiencia muy enriquecedora.

b) Servicios que ofrece

Actualmente el Centro Comunitario, cuenta con diversos espacios para llevar a cabo las múltiples actividades que en él se desarrollan. En la planta baja se encuentra el área de recepción, los baños para uso de los pacientes y uno de los accesos al patio. En el sótano se localizan dos cámaras de Gesell, (una de ellas equipada con equipo de audio), un salón de usos múltiples, una sala de lectura y dos cubículos. El primer piso está conformado por la sala de cómputo, cinco cubículos, la sala de juntas, una pequeña área de espera y la oficina de la responsable del centro. Uno de los cubículos cuenta con un sistema de circuito cerrado de televisión, que se enlaza con la sala de juntas. Finalmente en el segundo piso se encuentran la cocina y los sanitarios para uso del personal.

En el Centro se otorgan diferentes servicios psicológicos a la comunidad, a través de diversos programas y actividades dirigidos a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad (ver Figura 1.3). A *nivel preventivo*, son diversas las acciones que se realizan como son las *pláticas* informativas, *conferencias*, ciclos de *cine debate*, *talleres*, y *grupos de reflexión*. La organización de éstas consta de

los siguientes pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acordar fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma.

En el *nivel de tratamiento*, el servicio terapéutico que se proporciona puede ser a nivel individual, familiar o grupal. Los enfoques psicológicos que se manejan para otorgar el servicio son Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual y Psicodinámico. Este está a cargo de los maestros y alumnos que prestan su servicio en el lugar, quienes hacen contacto con los pacientes en lista de espera, para concertar una primera cita la cual es considerada como la primera entrevista; para posteriormente hacerse cargo del caso.



Figura 1.3. Servicios que ofrece el Centro Comunitario Julián Mac Gregor

El Centro presta sus servicios a través de distintos programas, los cuales están divididos de acuerdo a las problemáticas más frecuentemente presentadas por la población a la que se atiende (ver figura 1.4).



Figura 1.4. Programas del Centro Comunitario Julián Mac Gregor

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

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Desde entonces brinda atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. Se encuentra ubicado en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan.

El Hospital forma parte de un órgano desconcentrado denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres Hospitales Psiquiátricos especializados (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”). En la siguiente figura aparece el organigrama de los Servicios de Atención Psiquiátrica (Figura 1.5):

Estructura Orgánica Servicios de Atención Psiquiátrica

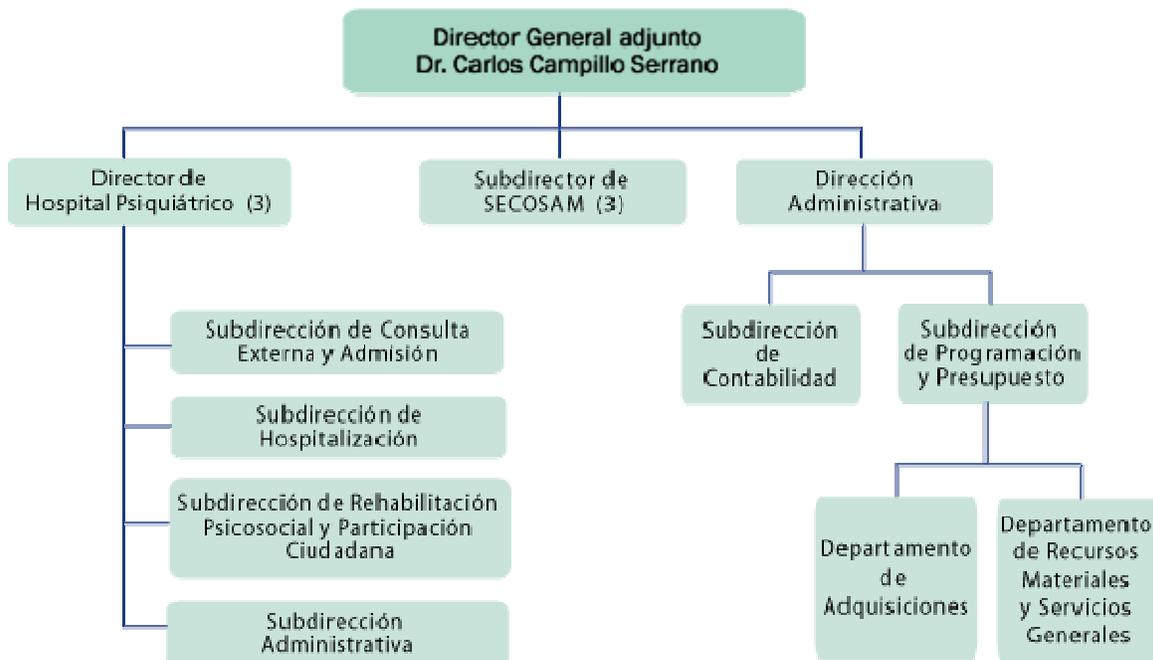


Figura 1.5. Organigrama de los Servicios de Atención Psiquiátrica del Hospital Juan N. Navarro

a) Servicios del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

(La información fue obtenida de Secretaría de Salud, 2007). El Hospital ha evolucionado en su modelo de atención para dar solución a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia, con un modelo multidisciplinario, tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo. Cuenta con cinco áreas fundamentales:

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

El Hospital cuenta con atención en dos modalidades:

1. Consulta no urgente:

- Problemas del aprendizaje escolar.
- Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.
- Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).

2. Atención urgente:

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente (días).
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Inquietud y agresividad incontrolable.
- Fallas graves de conducta que no puedan ser controladas con la intervención de la familia.

En los últimos años se ha modernizado la atención, fomentado intervenciones multidisciplinarias que incluyen los servicios de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Servicios Médicos, Diagnósticos, Terapéuticos y de Rehabilitación. Se han integrado equipos de trabajo enfocados a actividades por psicopatología y etapas de desarrollo a través de clínicas. El especialista de primer contacto es el Paidopsiquiatra, quien coordina el equipo, siendo responsable de la atención integral del usuario.

Los *equipos multidisciplinarios* realizan las siguientes actividades:

- *Psicología.* Realizan psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal, así como apoyos a padres de nuestros usuarios con pláticas de información, orientación en grupo o individual.
- *Enfermería.* Sus funciones están encaminadas a satisfacer las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden a los diferentes servicios del Hospital.
- *Trabajo Social.* Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y adolescencia, orientados a la prevención, al fomento de la salud y la rehabilitación de éstos.
- *Rehabilitación Psicosocial.* Proporciona a los usuarios del Hospital la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, a través de un equipo integrado por profesionales especializados en diferentes áreas como: Psicomotricidad, Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Socialización, Orientación Familiar, **Terapia Familiar**, Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ambiental, Terapia del Lenguaje y Psicopedagogía.
- En la actualidad se cuenta con seis *talleres*: Expresión Corporal, Pintura, Educación Física, Corte, Fútbol, Orientación y Estimulación Educativa.

La *Consulta Externa* se realiza de lunes a viernes, de las 7 a las 14 horas. Está constituida por los siguientes servicios:

- *Clínica del Desarrollo*. Atiende 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 6 y 12 años que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento social y trastornos del aprendizaje escolar.
- *Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual)*. Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas “relacionados” con abuso sexual.
- *Clínica de Sueño*. Atiende a niños con trastornos del sueño.
- *Clínica de la 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, de aprendizaje 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 el autismo.

Los servicios de Urgencias y de Hospitalización Continua atienden las 24 horas en todos los días del año. Además se cuenta con dos *unidades especializadas*:

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

El Hospital también cuenta con diversos *Servicios Clínicos de Apoyo*:

- Neuropediatría
- Pediatría
- Dental
- Medicina Física y Rehabilitación
- Genética
- Laboratorio Clínico

- Rayos "X"
- Electroencefalografía
- Psiquiatría Comunitaria

Respecto a la infraestructura, el Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con: 120 camas, tres consultorios de urgencias, 19 consultorios, tres equipos de radiología, tres unidades dentales, dos aulas para talleres, dos aulas, dos áreas de rehabilitación y una Cámara de Gesell. Su personal consta de: 45 psiquiatras, 7 médicos generales, 6 especialistas, 19 odontólogos, 122 enfermeras, 53 psicólogos, 12 trabajadores sociales, 23 terapeutas, 3 dietistas y 3 técnicos de laboratorio.

Entre los requisitos para solicitar el servicio se encuentran:

- Acudir por voluntad propia.
- Acudir con un adulto responsable del menor (preferentemente padres o representante legal).
- Presentar: Documento de referencia de alguna institución y copias del acta de nacimiento, de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal y de un comprobante de domicilio.
- Ser población no derechohabiente.

II. MARCO TEORICO

1. ANÁLISIS TEORICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

1.1. Introducción

La manera en la que algunos psicólogos, y me incluyo entre ellos, viven su campo, es la de una batalla campal; hay enemigos acérrimos, choques constantes y, finalmente, pedazos por todos lados. El campo de la psicoterapia es más o menos así: con tantas corrientes a veces es sumamente difícil inclusive *elegir* una corriente de terapia, y justificarla teóricamente (es decir, explicar porqué esta corriente puede ser “mejor” o más útil para ayudar a las personas) antes de comenzar a trabajar con los pacientes. El propósito de este capítulo es el de sentar las bases epistemológicas del lado que he elegido en esta batalla: la terapia familiar.

En la ciencia en general vamos a ver cómo los paradigmas han cambiado: ejemplos claros lo son: el cambio de la física newtoniana a la teoría de la relatividad, la visión del mundo como plano a la del mundo redondo y el cambio de “foco” de la posición de nuestro planeta con respecto al sistema solar y al universo (lamentable o afortunadamente *no* somos el centro de todo). Pero el cambio de paradigma que vamos a tratar en el presente se da en la *epistemología*: es decir, en la misma forma de conocer el mundo, a grandes rasgos, de una manera lineal, a una manera circular. En lo personal este cambio ha representado un gran reto y de alguna manera lo sigue haciendo; no es fácil cambiar la forma de ver el mundo durante casi tres décadas y comenzarlo a ver de una manera recursiva, o circular, o incluso relativa e influida primordialmente por la parte social y por el lenguaje. Haré el mejor intento posible por explicar en qué consiste esta nueva epistemología y así el lector podrá decidir cómo y porqué utilizarla.

1.2. Epistemología y cambio

Para poder entender la epistemología sistémica primero es necesario definir el concepto de epistemología. La epistemología se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana; es un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites del proceso de conocimiento (Keeney, 1983). De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez (2000), el acto básico de la epistemología es crear la diferencia entre una pauta y otra; lo importante es que el mundo puede percibirse de diferentes maneras, según las distinciones que uno establezca. Auerswald menciona (en Fishman y Rosman, 1990), que la epistemología es “el estudio o una teoría de la naturaleza y los fundamentos del conocimiento” y también dice que es “reflexionar sobre el pensamiento”. El concepto de epistemología es muy parecido al de paradigma; este último se refiere a un conjunto de reglas usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad.

Tradicionalmente, la forma de conocer siempre había sido *lineal*: es decir, basado en la causa y el efecto, de tal manera que los eventos se explicaban por lo que los ocasionaba. Con el advenimiento, a mediados del siglo XX aproximadamente, de las nociones de *cibernética* y de la *teoría general de los sistemas*, hay una sacudida en el mundo científico: un cambio de este paradigma del conocimiento hacia la circularidad y hacia los procesos recursivos. La visión de la cibernética es enfocar la organización circular en vez de una lineal. En la cibernética cualquier “idea” o “pensamiento” es real y tan válido como cualquier otro. La cibernética comenzó por estar íntimamente ligada a la física, pero no depende de las leyes físicas de la energía o de lo material; más bien posee sus propios fundamentos. La idea básica de la Teoría de los Sistemas es que un sistema debe ser entendido como una totalidad y no puede comprenderse examinando sus partes individuales en aislamiento (Bertalanffy, 1968). La Teoría General de los Sistemas formula aquellos principios que son válidos para todo lo que se le pueda llamar “sistema”.

Las diferencias entre el enfoque lineal y el enfoque circular se pueden explicar mejor de la siguiente manera (tabla 2.1):

Pensamiento lineal	Pensamiento circular
Se ocupa ante todo de problemas de dos variables (Bertalanffy, 1968)	El concepto de “causalidad” no es A ---- B, sino A----B----A----B, etc.
Los problemas se conceptualizan por lo general en Causa – Efecto (Bertalanffy, 1968). Es decir, que las cosas siempre suceden por una razón o por un antecedente.	Los problemas de los que se ocupa el pensamiento circular son los de la complejidad organizada; se ocupa de lo orgánico (Bertalanffy, 1968).
La causalidad tiene esencialmente un solo sentido.	Sigue procesos de retroalimentación, donde la información fluye a través de un sistema, y parte de la información de salida regresa al sistema y le da información acerca de él mismo.
Acepta la certeza y la verdad se considera absoluta (Auerswald, en Fishman y Rosman, 1990)	Descarta la certeza y la verdad se considera heurística (Auerswald, en Fishman y Rosman, 1990)
Lo estudiado está separado del que estudia.	El observador se considera parte del fenómeno observado.
Ejemplos de pensamiento lineal son los problemas de la física newtoniana, como la gravedad o los efectos del movimiento (esto es, visto desde el punto de vista de la física newtoniana)	

Tabla 2.1

Es importante notar que el concepto de circularidad no es, valga la redundancia, completamente circular. Keeney (1983) habla más bien de el concepto de “recursividad”, donde la vuelta de la información al principio, a la manera de un círculo, se hace ya no de la misma manera: es decir, se regresa a un principio que ya no es el mismo, existe un aprendizaje, un crecimiento, algo parecido. Yo lo veo más que como un círculo, como un resorte: con ciclos que van en aumento y crecen, evolucionan (Figura 2.1).

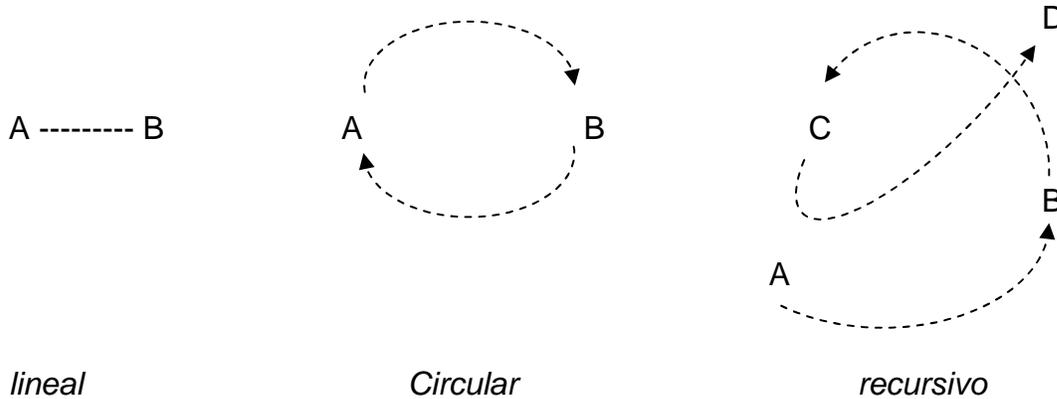


Figura 2.1

El cambio de un tipo de pensamiento a otro viene con el advenimiento de la Teoría General de los Sistemas. La Teoría General de los Sistemas representó un cambio de paradigma en sí misma. Pasa de una forma de ver el mundo catalogada como “mecanicista” o “determinista” a una forma circular de ver los fenómenos. La TGS es la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para lo que pueda ser llamado un “sistema”; es una ciencia general de la totalidad (Bertalanffy, 1968). Además de eso, presenta un marco teórico sobre el cual se puedan integrar diferentes especialidades científicas; esto es ya que el modelo mecanicista parecía haber entrado “con calzador” a las ciencias sociales especialmente.

La TGS habla de las propiedades de los sistemas. Para comenzar define a casi todos los sistemas sociales y biológicos como sistemas abiertos. Un sistema abierto es aquel que tiene comunicación con instancias externas, es decir, fuera del sistema. De hecho, casi la mayoría de los sistemas que conocemos son abiertos. Un sistema cerrado, es decir que no tiene contacto con el medio ambiente de ningún tipo, son muy raros. De acuerdo a Bertalanffy (1968), todo organismo viviente es, ante todo, un sistema, ya que se mantiene en una continua incorporación y eliminación de materia.

De acuerdo a Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), los sistemas abiertos tienen las siguientes propiedades:

a) *Totalidad*. Cada una de las partes del sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total. Es decir, un sistema no es solamente un conjunto de elementos independientes, sino un todo inseparable, que es más que la suma de sus partes. En esto es parecido al concepto de *gestalt*, que expresa la no-sumatividad. Así como las partes de un sistema forman una totalidad, las interacciones también tienen esta propiedad de la no-sumatividad; es decir que las interacciones no son sumas de valores y propiedades de los individuos que participan en ella.

b) *Retroalimentación*. Las partes de un sistema no se relacionan de un modo lineal y causal, sino más bien circular. La retroalimentación difiere de la cadena lineal de la siguiente manera: A afecta a B, y a su vez B afecta a C. Hasta ahí quedaría la relación lineal. Sin embargo, desde el punto de vista circular, C nos lleva nuevamente a A, es decir, una parte de la salida regresa al sistema para dar información acerca de esa propia salida y para buscar algún tipo de corrección. Si la información que entra nuevamente sirve para disminuir la desviación de la salida con respecto a la norma, se le conoce como *retroalimentación negativa*. Sin embargo, cuando la información sirve para *augmentar* la desviación, se le conoce como *retroalimentación positiva o morfogénesis*. La primera sirve para promover la estabilidad o lo que se conoce como *homeostasis*; la segunda funciona como promotora del cambio. En los sistemas abiertos, siempre existe alguna información que entra nuevamente al sistema para dar información del mismo.

c) *Equipotencialidad*. En un sistema circular y automodificador, los resultados no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema. Esto significa que los mismos resultados pueden tener orígenes diferentes; o de otra manera, diferentes causas pueden producir un mismo efecto. Por otro lado, puede ocurrir lo contrario; es decir que una misma causa pueda producir una variedad de efectos diferentes. A esto se le conoce como *equipotencialidad*.

Nociones como totalidad, holismo, organismo, Gestalt, etc. significan lo mismo: que debemos pensar en sistemas como elementos de interacción mutua. Bertalanffy define sistema como un complejo de componentes interactuantes, totalidades organizadas con fenómenos como interacción, suma, mecanización, centralización y competencia y que puede aplicarse a fenómenos concretos.

Las metas que Bertalanffy se propone para la TGS es la integración en la instrucción científica; como se había mencionado anteriormente, la TGS podía permitir a varias disciplinas que parecían no tener relación alguna, hablar el mismo idioma e influirse entre ellas.

Como podemos ver, la conceptualización de la TGS nos sirve para un gran número de utilidades; no hay que pensar que es exclusivo de la Psicología cuando de hecho fue desarrollada por un biólogo. Los usos que tiene abarcan un sinnúmero de campos, desde la ingeniería hasta la sociología. Hoy en día varias de nuestras costumbres de vida diaria se rigen por “sistemas”: los teléfonos celulares y el Internet son valiosos ejemplos donde el intercambio de información es siempre circular y existen mecanismos de retroalimentación y autorregulación.

Mientras que en el mundo de la Psicología podemos identificar los paradigmas “clásicos” como el psicoanálisis, el conductismo o el humanismo, realmente, todos estos enfoques comparten la misma cosmovisión, que postula un mundo material de objetos físicos regidos por las leyes de la fuerza y la energía (Keeney, 1983). Entonces, aunque distintos, todos ellos pertenecían más bien al enfoque lineal de epistemología. Con el nuevo paradigma y las nociones de cibernética y de circularidad, surge en el campo de las ciencias sociales una revolución, un cuestionamiento de las formas en las que se pretendía ser “como las otras ciencias”. Como resultado, surgen nuevas visiones y, en el campo de la Psicología, una nueva forma de ver la terapia, ayudada en estos nuevos conceptos.

Creo que no se podría entender este cambio conceptual en la Psicología de no haber sido por el aporte de Gregory Bateson. El fue el primero en intentar aplicar los nuevos conceptos en trabajo con pacientes esquizofrénicos. Básicamente lo que hacía era incluir a sus familias como un “sistema” y tratar de ver todas las propiedades del mismo. Sus aportaciones, sin embargo, fueron más bien teóricas:

a) *La teoría del doble vínculo.*

Como podemos ver en su escrito *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956, en Bateson, 1972), el descubrimiento de patrones de comunicación que crean y perpetúan un comportamiento sintomático fue revolucionario en su época. Viéndolo desde el punto de vista sistémico, demostró que la “enfermedad” en muchas ocasiones no se encontraba necesariamente “dentro” del paciente, o inmerso en sus conflictos intrapsíquicos, sino que más bien se debía a un modo de interacción con sus otros más significativos (en este caso la familia y, más específicamente, la madre). Este fue el parte aguas para numerosas investigaciones que buscaban indagar el efecto que la interacción familiar tiene en la salud mental. Además de esto, se demostró la importancia de la comunicación, y los diferentes niveles de tipos lógicos.

b) *Los procesos de cismogénesis*

Uno de los escritos más importantes de Bateson fue el de *Naven*, donde hablaba de las costumbres de la tribu iatmul de Nueva Guinea. Lo interesante de este libro es que la ceremonia *Naven* servía hasta cierto punto para fortalecer nexos entre un niño y la familia de la madre; en esta tribu los rompimientos entre familias se daban de manera cotidiana, y esta ceremonia contribuía o contrarrestaba esta

tendencia al rompimiento (en Hoffman, 1981). A partir de ahí definió el proceso de cismogénesis (o esquismogénesis) como un proceso de diferenciación en las normas de comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos, y se desarrollan por reacción mutua, exponencialmente. A los ciclos de reacción mutua los dividió en dos: los *simétricos*, donde los comportamientos intensificados de A y B son similares, como en la competencia; el otro es el *complementario*, donde los comportamientos son distintos, como en el caso de sumisión – dominio.

Creo que este descubrimiento es muy importante porque nos habla de procesos de comunicación y formas de relación entre personas, sistemas y sociedades.

c) Conceptos relacionados con la circularidad.

En su libro *Espíritu y Naturaleza* (1979), Bateson habla de “la pauta que conecta”; dentro de la complicación del libro logré entender que todo está conectado con todo lo demás; es un punto de vista muy cibernético y sistémico. Esto está relacionado con los niveles de aprendizaje, la causalidad circular y un sinnúmero de conceptos que dan pauta a pensar en una epistemología dirigida a los sistemas y a lo no lineal.

Creo que con una breve explicación no basta para entender el impacto que Bateson imprimió en la Terapia Familiar. Sus ideas de una conexión entre todas las cosas son algo que todavía no puedo entender en su totalidad, pero que, llevadas a ese punto, tienen un sentido muy real y lógico. El propósito de Bateson era llegar a una “ecología” o una “estética”; de la misma manera Keeney (1983) habla de la estética, en el sentido de integrar los procesos conscientes e inconscientes, es decir, utilizar todos los recursos con los que contamos (más que utilizarlos, integrarlos). Creo que este tipo de posturas se refieren más que nada a la *responsabilidad* de ver el panorama más amplio. Es decir, al ampliar el foco, vemos que no estamos solos en el mundo y que las cosas que hacemos y decimos no afectan tan solo a nosotros en un mundo interior, ni a una sola persona en particular.

1.3. Terapia Familiar

A partir de estos cambios de paradigma se abrieron nuevas posibilidades en distintos campos del conocimiento. En las ciencias sociales en particular se dio una gran efervescencia por este nuevo paradigma y se empezó a trabajar con él. En la Psicología, la noción de sistema se utilizó para conceptuar a un núcleo que ya se había estudiado a fondo anteriormente, pero que ahora, bajo esta nueva luz, tomaba una tonalidad muy diferente: la familia.

A continuación se presenta una breve historia del desarrollo del campo de la terapia familiar. La siguiente información está basada en Sánchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, 1981; y Minuchin, 1991.

Los estudios con familias inician en el año de 1929 en Alemania; es, sin embargo, hasta la década de los cincuenta cuando realmente se llevan a cabo estudios con familias que son más reconocidos y que tienden a la investigación de las interacciones familiares y su repercusión en la conducta individual. Recordemos que hasta ese entonces existía en el mundo científico el paradigma positivista, donde la relación entre causa y efecto era endiosada y donde las ciencias sociales tenían dos opciones: convertirse en lineales y deterministas, o quedar “relegadas” para el mundo de la ciencia.

Las primeras investigaciones de la familia ocurren principalmente en el ámbito psiquiátrico, en Estados Unidos; sin embargo las ideas de donde se comienza a trabajar con familias no provienen precisamente de la psicología, sino de una multitud de campos como la antropología y la biología. Lo interesante es que en esa época se vino un cambio de forma de pensar; la influencia de las nociones de la cibernética y de la Teoría de Sistemas comenzaba a permear en diferentes campos de la ciencia.

Este cambio de paradigma cambió la concepción de muchas personas, y al parecer al mismo tiempo. En la década de los cincuenta, entonces, diferentes personas empezaron a trabajar con familias de esquizofrénicos bajo la suposición de que la interacción familiar perpetuaba los síntomas del paciente, o que la forma de comunicación del esquizofrénico era la forma que tenía para salir de una interacción patológica. Estas investigaciones se dieron tanto en la costa oeste como en la este de Estados Unidos. En California, Bateson y su grupo trabajaron con las ideas de doble vínculo y de cismogénesis, Watzlawick trabajó con la “danza de las coaliciones cambiantes”, Haley retomó algunas ideas e introdujo la noción de control en la transacción esquizofrénica. En la costa Este, Nueva York y Filadelfia constituyeron centros importantes de investigación familiar con exponentes como Nathan Ackerman y Salvador Minuchin. Más adelante en Milán, Italia, también se dio un auge de investigaciones respecto a la familia. Sin embargo, estas divisiones no se perpetuaron, ya que el intercambio de información fue recurrente, y varios de estos investigadores fueron a otras ciudades a continuar sus actividades, creando así una mezcla.

Esto no evitó diferencias en el modo de tratar con las familias; poco a poco se crearon diversas escuelas que diferían en su modo de enfrentarse a los sistemas terapéuticos. Básicamente hubo dos vertientes: aquellos que partían desde el psicoanálisis (puesto que así comenzaron sus estudios) y se posicionaban fuera del sistema familiar, teniendo así una postura más de observador en el sistema terapéutico, y más de “líder” o “guía” de la familia: entre estos se encuentran las escuelas estructuralista, experiencial y estratégica; y aquellos que partían más bien de la antropología o de la biología y que entraron al estudio de las familias directamente desde un enfoque sistémico. Estos últimos abogaban más bien por una posición incluyente del terapeuta en el sistema familiar, y por una postura de equidad: aquí podemos incluir el enfoque de terapia breve, de terapia centrada en soluciones, y todos los enfoques posmodernos. Es importante recalcar que cada

una de estas posturas tiene puntos en común, ya que todas pertenecen al campo de la Terapia Familiar.

En México, la Terapia Familiar lleva ya varios años con una presencia importante. De entre los pioneros de la Terapia Familiar en México podemos mencionar al Instituto de la Familia, A.C. (IFAC), la Universidad de las Américas, A.C., el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C. (IMTB) y el Instituto Personas. A partir de ese momento y hasta nuestros días, se ha dado un incremento en el interés por este enfoque sistémico, sobre todo en la parte terapéutica, y hoy en día se cuenta con diversas organizaciones, entre las cuales se encuentra nuestra propia Universidad, como medios para la formación de terapeutas familiares.

1.4. Epistemología Sistémica.

La epistemología sistémica dentro de la Terapia Familiar se refiere a vivir y conceptualizar a la familia como un sistema, con las propiedades de los sistemas que hemos descrito anteriormente. El enfoque de sistemas, permite que enfoquemos a la familia como un sistema, y más específicamente, como un sistema abierto. El hecho de pensar en la familia como un sistema significa que es un conjunto de partes, integradas e interdependientes, que forman una totalidad, que cumplen una función determinada y que está regida por reglas y límites que le confieren un cierto grado de estabilidad. Es un sistema abierto que mantiene contacto con otros sistemas o suprasistemas, está en constante transformación, atraviesa por diferentes etapas en su ciclo de vida, y cuyos miembros se encuentran en constante comunicación.

Ahora, tomando en cuenta las propiedades de los sistemas abiertos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), podemos ver que estos conceptos aplicados en las familias tiene mucho sentido y nos da una mayor dimensión y una visión más amplia a considerar. Por ejemplo, tomando el concepto de *totalidad*, en una familia como sistema se puede ver que lo que afecta a una parte del sistema afecta a la totalidad. Pero hay familias donde lo que sucede en un miembro impacta inmediatamente a los otros; es lo que Minuchin llamó “familias amalgamadas” (Minuchin, 1974). Por otra parte, cuando los sucesos tienen muy poco impacto en los demás miembros, tanto así que se requiera de un evento excesivamente grande para que los demás miembros del sistema lo noten, se le llamó “familia desligada”.

En cuanto al concepto de *retroalimentación*, es muy útil para conceptualizar a las familias, sobre todo en terapia. Recordemos que existen dos tipos de retroalimentación: la negativa (en donde la re-entrada al sistema disminuye la desviación de la norma) que favorece el equilibrio o la homeostasis, y la retroalimentación positiva (en donde la re-entrada al sistema aumenta la desviación) que favorece el cambio. De hecho, en las conceptualizaciones vemos que muchas veces el síntoma funciona como “equilibrador” del sistema, favoreciendo los mecanismos homeostáticos. Otro ejemplo es en familias muy

rígidas donde cualquier desviación de “lo que debe ser” jala al miembro a lo habitual.

Finalmente, en cuanto a la *equifinalidad*, cuando se aplica en las familias podemos ver que el mismo efecto proviene de diferentes causas; entonces, los síntomas pueden provenir de diferentes tipos de familias y lo importante más que otra cosa es la *interacción* en la que quedan insertos los miembros de dicho sistema.

Ahora, pasemos a definir los conceptos más importantes pertinentes a la Terapia Familiar. Más allá de las propiedades de las familias como sistemas, una parte importante del desarrollo conceptual habla de la *comunicación*. Las investigaciones y las publicaciones hablan mucho acerca de la comunicación en las familias y en los individuos en general. Esto forma parte de la interacción en las familias, esa parte que los hace ser más que la suma de sus individuos.

1.4.1. La teoría del doble vínculo

La teoría del doble vínculo se propuso por primera vez en 1956 por Bateson, Jackson, Haley y Weakland, en un artículo publicado en *Behavioral Science*, de título *Hacia una Teoría de la Esquizofrenia* (tomado nuevamente en Bateson, 1972). Sirve para explicar, en alguna medida, cómo funciona el lenguaje de un esquizofrénico y de dónde proviene. Los autores se basan en la concepción de que la interacción familiar coloca a los esquizofrénicos en una situación insostenible, a la cual buscan salida a través de sus síntomas. Esta situación es conocida como el doble vínculo, donde el problema es que la experiencia externa del paciente es responsable de los conflictos interiores en la asignación de tipos lógicos. De acuerdo a este artículo (Bateson, 1972), son varios los ingredientes necesarios para que se de una situación de este tipo (p. 236):

- a) *Dos o más personas*. Donde una de ellas es “la víctima”.
- b) *Experiencia repetida*. Es una manera recurrente de comunicarse en el sistema de la víctima.
- c) *Un mandato primario negativo*. Dicho mandato tiene una connotación de castigo.
- d) *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*. Generalmente este mandato es enviado a la víctima por medios no verbales como puede ser la postura, el gesto, o el tono de voz. Además, este mandato puede chocar con cualquier elemento de la prohibición primaria.
- e) *Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del conflicto*. Generalmente por el tipo de relación en la que se presenta, como madre – hijo, y porque este tipo de patrón comunicacional se establece en la infancia, donde la supervivencia está enteramente dependiente del progenitor o persona a cargo del cuidado del niño.

- f) Por último, el complejo de ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima lo ha aprendido. A partir de ahí, por lo general sólo se necesita de una parte de la secuencia para que se active el patrón nuevamente.

El problema que se sucede es, entonces, que la persona no puede escapar. Debido a que la relación en la que sucede es muy intensa, y a que los dos órdenes de mensajes se contradicen el uno al otro, la persona no puede discriminar “correctamente” cuál es el mensaje correcto, y cuál es el sentido del mensaje, es decir, literal o metafórico. Además no puede hablar acerca de esto (es decir, metacomunicarse), precisamente debido a cuestiones de supervivencia de la relación y de la misma persona.

Este tipo de comunicación suele definirse también como “paradójica” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), donde el individuo se encuentra en una situación en la que cualquiera que sea su elección, pierde. En esto se diferencia de una simple contradicción. En la conducta, el efecto del doble vínculo se manifiesta de diversas maneras. Por un lado, frente a la total incapacidad de discriminar cual es el mensaje correcto y en qué sentido, el individuo puede optar por obedecer ciegamente todos los mandatos en forma absolutamente literal sin pensamiento independiente. Otra forma de comportarse es pensar que algún indicio se ha pasado por alto que le confiera lógica a la situación y se puede intentar obsesivamente en encontrar dicho indicio. De esta manera, se puede observar como los “desórdenes del pensamiento” pueden redefinirse como maniobras en una lucha desesperada. Las comunicaciones vagas, amorfas o descalificadoras presentadas por las otras partes de esta lucha, también pueden catalogarse como maniobras (Hoffman, 1981).

Un buen ejemplo de esto es si una madre está siendo fastidiada por su hijo, pero en vez de decirle “vete, estoy harta de ti”, le dice “vete a la cama, estás cansado y quiero que te duermas”. Si el niño interpreta este segundo mensaje como una preocupación amorosa y responde acercándose a su madre, recibe rechazo. Si desconfía del mensaje y trata de ver la reacción no verbal, la madre probablemente se enoje y lo niegue. Siendo niño, la retirada es imposible y entonces quedará confundido por su falta de capacidad para discriminar los mensajes.

1.4.2. Los axiomas de la comunicación humana.

A continuación se presentará cada uno de los axiomas basados en Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), seguido de una breve explicación de los mismos:

a) La imposibilidad de no comunicar.

No existe algo que sea lo contrario a la conducta. En palabras de los autores: “no hay no-conducta, o para expresarlo de modo más simple, es imposible *no* comportarse” (op. cit., pág. 50). Es decir, cuando nosotros escogemos no hablarle a alguien, o ignorarlo, estamos comunicando algo, probablemente que no

deseamos hablar, o antipatía, o algo así. En muchas ocasiones, el lenguaje digital (como se verá más adelante) no dice nada, pero el analógico o no verbal dice mucho.

b) Los niveles de contenido y de relaciones de la comunicación.

“Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación” (pág. 52). Es decir, una comunicación no sólo transmite información, sino que también impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, y es sinónimo de contenido en la comunicación humana. El contenido es el que tiene aspectos de verdad o falsedad, validez o invalidez. Los aspectos que definen la relación son aquellos en los que la forma en la que se envía el mensaje dice cosas acerca de la relación entre las personas que están involucradas. Nuevamente, los aspectos no verbales como expresiones faciales nos dicen cómo entender el contenido de la información, como en el ejemplo de alguien que me diga “me chocas”, pero con una sonrisa en la boca y con una expresión de acercamiento, dando a entender que el contenido es broma.

c) La puntuación de la secuencia de hechos

Cuando las secuencias de comunicación entre dos o más personas se vuelve repetitiva o intensa, se da lo que se conoce como una puntuación; una de esas personas “ve” el intercambio desde un punto de vista mientras que la otra lo hace desde otro punto. La puntuación organiza los hechos de la conducta. En muchos de los malentendidos lo que realmente ocurre es que las personas están puntuando de diferente manera un hecho. Por ejemplo, ahora con los celulares, si yo no tenía señal y no pude contestar una llamada importante, la otra persona lo puede puntuar como “no le interesa contestarme, entonces cuando él me llame yo no contesto”.

d) Comunicación digital y analógica.

Este punto se interrelaciona con los demás (y de hecho, todos se interrelacionan), al nivel de la comunicación verbal y no verbal (lenguaje digital y analógico, respectivamente). En la comunicación humana, el mensaje digital es mucho más complejo, versátil y abstracto que el mensaje analógico. En el lenguaje analógico, a diferencia del digital, no tiene el negativo simple, esto es, una expresión para “no”; además de esto, tampoco cuenta con elementos necesarios para el discurso como “si... entonces”. Por esta razón, uno de los principales problemas es el de la traducción: como ponemos en palabras el lenguaje no verbal de alguien.

e) Interacción simétrica y complementaria.

En la relación entre dos sujetos, existen dos tipos de interacción. En la interacción simétrica, los participantes tienden a igualar su conducta recíproca. En la interacción complementaria, la conducta de uno de los participantes complementa

la del otro, establece diferencia, como en el caso de víctima-victimario, o sádico-masoquista.

En el plano terapéutico, podemos ver que este axioma se utiliza mucho en el tema de la violencia. De hecho, tomando este enfoque, existe toda una aproximación hacia la terapia de la violencia (Perrone y Nannini, 1997), de hecho separándola en violencia agresión (caracterizada por una interacción simétrica) y violencia castigo (basada en interacciones complementarias).

1.4.3. Cibernética de primer y segundo orden

Es importante notar que la cibernética se refiere a cambios; es por eso que también en la literatura se habla de cambios de primer y segundo orden. De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez (2000), la cibernética de primer orden también se conoce como la cibernética de los sistemas observados. En esta, existe una postura de observador – observado, y en el ámbito terapéutico, el terapeuta está fuera del sistema que está observando, no entra a él y no influye. Esta cibernética consiste en dos partes:

En la primera se observa que el mecanismo origina más bien una estabilidad, un equilibrio, una homeostasis. Esto viene de los primeros trabajos de cibernética de Wiener sobre los procesos de corrección de la desviación. Watzlawick y colaboradores (1967) retoman esta noción y entonces hablan de procesos de retroalimentación, el cual en este caso es de tipo negativa.

En la cibernética de primer orden hay una segunda etapa donde se mueve hacia la retroalimentación positiva. En ésta, la información que entra nuevamente al sistema sirve para aumentar la desviación de la salida y es la que impulsa al cambio o a la desorganización. En el ámbito terapéutico, se empezaron a utilizar ciertas técnicas que permitieran “desequilibrar” el sistema y llevarlo a una nueva posición, a un cambio, basándose en estas nociones.

A la cibernética de segundo orden, Sánchez y Gutiérrez la define como “de los sistemas observantes”. El observador es parte de la realidad observada y no es organizador de la misma. Esto ocurre cuando en el estudio de la cibernética se incluye a la misma cibernética; de manera análoga, el terapeuta en un sistema se incluye como objeto de estudio y como agente que influye en los procesos del sistema sobre el cual está trabajando. En este tipo de cibernética entran en juego conceptos como autorreflexión, recursividad, y neutralidad. En este tipo de cibernética es cuando se dan los cambios más importantes.

De acuerdo a Ashby (en Hoffman, 1981), los cambios de primer orden son las respuestas correctivas a fluctuaciones menores, y los cambios de segundo orden, son respuestas a las diferencias radicales en el medio. Un ejemplo muy claro de esto es un termostato. Los cambios que realiza para mantener una habitación a determinada temperatura constituyen cambios de primer orden; sin embargo, ante

un cambio importante de temperatura probablemente se requerirá de un cambio de segundo orden, en este caso, cambiar de lugar el termostato.

Todo esto puede resumirse muy bien en los escritos de Bateson acerca del aprendizaje (en Fishman y Rosman, 1990) y sus distintos niveles. Él hablaba de lo que es el aprendizaje y su siguiente nivel que es “aprendiendo a aprender”. Los niveles de aprendizaje pueden ser 0, 1, 2 o 3. Nos interesa el aprendizaje tipo 3, ya que en este, se resignifica la forma de ver la realidad del individuo, cuando él mismo se hace consciente de sí y se incluye en su visión del mundo. Como ejemplos de este tipo de aprendizaje pone las experiencias humanas importantes o de tipo religioso. Como podemos ver, este tipo de conceptualización queda con lo antes escrito acerca de la cibernética de segundo orden, donde el observador es parte del sistema observado y donde se crea un cambio radical en el medio y en la forma de entenderlo.

1.5. Epistemología Posmoderna

En los últimos años, las conceptualizaciones se han movido un poco más hacia el terreno del postmodernismo, orientado más hacia el campo del lenguaje y de la construcción social (Hoffman, 1992). Se pasa de la noción de retroalimentación y cibernética al campo de la hermenéutica y del análisis del diálogo. Así, en la terapia familiar se entra más bien a los enfoques de la narrativa.

De esta manera, los enfoques postmodernos se cuestionan varios de los puntos dentro la psicología tradicional que se consideraban como “vacas sagradas” (Hoffman, 1992). La investigación social objetiva, el concepto del yo, la psicología del desarrollo, las emociones como rasgos perfectamente distinguibles y permanentes y los niveles del individuo (como el consciente y el inconsciente) son las críticas que hace este enfoque hacia la psicología tradicional.

Dentro de este enfoque existen dos posturas que se distinguen y, aunque en el nombre son muy parecidas y en su concepto, existen diferencias importantes. Sin embargo, ambas retan a la idea “moderna” de que existe un mundo real objetivo el cual está para que lo conozcamos. Por un lado está el *constructivismo*, el cual dice que el organismo “crea” las imágenes del mundo según se impacta con él; es decir, que lo que nosotros conocemos como “la realidad” es una construcción que parte de nosotros mismos. Por otro lado, está el *construccionismo social*, el cual dice que, aunque sí construimos el mundo a partir de nosotros, no podemos hacerlo sin el intercambio social y el lenguaje. Así, el mundo se construye en el espacio entre los individuos.

Dentro de las aplicaciones terapéuticas de este enfoque podemos ver que hay varias. Al considerar el mundo como una construcción social, yo entiendo que entonces cada persona construye su realidad de acuerdo a sus experiencias previas, a la gente que lo rodeo, al contexto socioeconómico, a su educación, a su familia de origen, amigos, a la influencia de los medios, etc. Como terapeuta, se representa como una influencia más. De esta manera, la posición del terapeuta es

mucho más respetuosa de la realidad del paciente, lo pone como el experto, y se pone al mismo nivel: no hay una jerarquía o superioridad.

1.6. Conclusión.

Los fundamentos teóricos de un campo que es esencialmente práctico tienen una gran importancia: ¿Cómo poder aplicar las técnicas de terapia sin tener un *backup* que nos permita entender el porqué de esa práctica? La práctica sin la teoría se convierte entonces en un juego de intuiciones y suposiciones. Y sobre todo en el campo de la terapia, el cual muchos consideran como “subjetivo” o “falto de carácter científico”.

Creo que el objetivo de nosotros como terapeutas no es el de ser científicos. Si nos apegamos a los conceptos de la circularidad y de la posmodernidad, vemos que el mismo concepto de “científico” tiene cierta relatividad. ¿Nosotros somos los “expertos”, que tenemos la verdad y el poder en nuestras manos, y sabemos lo que es “mejor” para nuestros pacientes? Yo no lo veo así. Más bien creo que en nuestro interactuar con los pacientes, creamos una realidad nueva, alternativa, ofrecemos un punto de vista diferente para que entonces sean ellos los que decidan qué es lo mejor para su situación. Sin embargo, para lograr ayudar a nuestros pacientes a esto, se necesita un entrenamiento, y el entrenamiento comienza con los fundamentos teóricos. Probablemente en algunos años me olvide de muchos de los conceptos específicos que he visto en esta maestría, sin embargo creo que el objetivo de la parte teórica es precisamente ese: aprender e *integrar* de manera que podamos utilizar ese conocimiento en la práctica, pero con nuestro toque muy particular. Es decir, no hay que ser rígidos y seguir todo “al pie de la letra” para tener éxito en nuestras intervenciones terapéuticas.

2. ANALISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

2.1. Modelo Estructural.

El nacimiento del modelo estructural está inserto en los orígenes de la Terapia Familiar, vistos anteriormente. Fue en Philadelphia donde se comenzó a desarrollar el modelo estructural por su principal representante, Salvador Minuchin. Minuchin nació en Argentina en 1921, hijo de padres inmigrantes rusos y judíos. Como terapeuta familiar, comenzó su carrera en la década de los sesenta cuando descubrió los patrones que tienen las familias problemáticas, los cuales describiremos más adelante. Su estilo como terapeuta puede ser catalogado como “impactante”, ya que motiva a las familias al cambio a través de intervenciones realmente artísticas. Puede provocar, seducir o intimidar al cambio, lo cual constituye al encuadre terapéutico más bien como un escenario.

En 1962, Minuchin forma una alianza profesional con Jay Haley, quien entonces estaba trabajando en Palo Alto. En 1965 lo hacen director de la Philadelphia Child Guidance Clinic. Ahí, Minuchin y Haley crearon un programa de entrenamiento para la gente negra en la comunidad para actuar como paraprofesionales en terapia familiar con el objetivo de trabajar con las comunidades de negros y latinos del área. En 1969, junto con Braulio Montalvo y Bernice Rosman desarrollaron un programa de entrenamiento de terapeutas familiares altamente exitoso. En 1981, Minuchin funda Family Studies, inc., un centro dedicado a la enseñanza de terapia familiar, en Nueva York. (Datos biográficos tomados de internet en: <http://www.abacon.com/famtherapy/minuchin.html>).

En los siguientes apartados veremos en qué consiste el modelo estructural, cuáles son sus principios básicos, cómo son las intervenciones y cuáles son sus alcances dentro del campo terapéutico para con su objeto de estudio que son las familias.

2.1.1. Principios básicos

La terapia estructural, al ser parte de la terapia familiar, comparte sus mismos principios: considera a la familia como un sistema abierto que posee ciertas características o propiedades como *totalidad*, *retroalimentación* y *equifinalidad* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967):

Respecto a la terapia estructural en particular, Minuchin explica que un enfoque que vea al individuo en su contexto, como el estructural, se enfocará más en las relaciones entre éste y su familia (o un contexto más amplio como la escuela o el trabajo) y no ve al individuo como el asiento de la patología (Minuchin, 1974). Dentro de esta línea, punto de vista de la terapia familiar estructural tiene tres axiomas: primero, la vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno. Segundo, las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a

cambios en la conducta de sus miembros. Y tercero, cuando un terapeuta trabaja con una familia, se incluye en ese sistema y forma un nuevo sistema familia – terapeuta.

A manera de complemento, de acuerdo a Madanes (1982), la terapia estructural tiene las siguientes características: se enfoca más en el presente que en el pasado, utiliza intervenciones tanto interpretativas como directivas, apunta más hacia el crecimiento de la familia como sistema que la resolución del problema específico con el que se han presentado a terapia, aplica métodos específicos para cada caso que se le presenta, existe una jerarquía entre el terapeuta y el resto de la familia, donde el terapeuta hace las veces de líder para movilizar al sistema al cambio (Minuchin y Fishman, 1981), toma muy en cuenta la comunicación analógica y no utiliza las intervenciones paradójicas como parte esencial de su estrategia de tratamiento.

La importancia de conocer la estructura familiar radica en que le da al terapeuta una herramienta de análisis de la misma. Un esquema basado en esta concepción tiene diferentes componentes. Es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, muestra un desplazamiento que la desarrolla por diferentes etapas, y también se adapta a las circunstancias cambiantes y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro. Sin embargo, para lograr este cambio a veces hay que luchar contra ciertas pautas transaccionales que se rehúsan a ser cambiadas. La familia es un sistema que se mantiene a sí mismo. Tiene sus propias reglas y pautas de interacción. Cuando una pauta va más allá de la regla, el sistema automáticamente trata de regresarlo a su estado original. Es muy importante notar que, aunque la familia si tiende al balance, también se puede adaptar al cambio. La estructura de una familia puede verse de acuerdo a los siguientes elementos (Minuchin, 1974):

a) Subsistemas

En una familia, considerada como un sistema, se forman diferentes “subsistemas” donde sólo pertenecen ciertos miembros. Existen diferentes tipos de subsistemas, que pueden ser formados por edad, sexo, aficiones, etc. pero los más comunes son el subsistema conyugal, parental, y fraterno. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas dentro de la familia donde tiene diferente poder y habilidades.

Más adelante, el propio Minuchin se apartará de la idea de subsistema para aplicar otro término: el “holón”, que podría ser definido como “una parte del todo”, es decir, que mientras un individuo es miembro de un holón, no lo es en su totalidad, ya que también participa en otros holones dentro de la familia e incluso en el ámbito social (Minuchin y Fishman, 1981).

b) Límites

Los límites entre un subsistema y otro están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. Los tipos de límites pueden ser difusos (donde lo que ocurre con un miembro de la familia afecta inmediatamente a los otros, no hay diferenciación), rígidos (donde casi no hay comunicación y se necesita de cosas realmente graves para que interactúen los subsistemas), o claros. Éstos se encuentran acomodados en una especie de continuo donde todas las familias pueden posicionarse, cargados más hacia un lado o hacia otro (ver Figura 2.2.). En este espectro, entonces, se puede tipificar a las familias, donde los extremos se conocen como familias aglutinadas (límites demasiado difusos), o familias desligadas (límites demasiado rígidos).



Figura 2.2

c) Jerarquía

Indica qué miembro o qué subsistema tiene mayor poder e influencia dentro del sistema familiar. Por lo general son los subsistemas conyugal y parental los que tienen mayor jerarquía.

d) Alianzas y coaliciones

Una alianza es un acercamiento excesivo de dos o más miembros del sistema con un fin en particular: por ejemplo alianza de los hermanos o de los hombres de la casa. La diferencia con una coalición es que en esta última dos o más miembros se unen *en contra* de otro miembro del sistema (figura 2.3).



Figura 2.3

Después de tomar en cuenta todas estas partes, el terapeuta se hace una idea más o menos clara de lo que constituye la estructura del sistema. A partir de esto trazará un *mapa estructural*, en el cual dibujará lo que él cree que es su hipótesis de trabajo con esta familia. En él dibujará las alianzas, coaliciones y líneas de relación entre miembros específicos de la familia, problemas de límites (como en el ejemplo de un hijo que asume funciones parentales), etc. Las líneas de relación se trazan entre dos o más miembros, pueden representar un sobre involucramiento (alianza), o conflicto o incluso una relación que se rompe.

2.1.2. Metas terapéuticas

Todas las familias tienen dificultades de adaptación ante diversas situaciones de cambio (Minuchin, 1974). El stress que afecta un sistema familiar puede provenir de cuatro fuentes: contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares (como un hijo que tiene problemas en la escuela), contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares (como una crisis económica), stress en los momentos transicionales de la vida (como un hijo que se va de casa o una pérdida sufrida en el sistema), y stress referente a problemas de idiosincrasia (como el adaptar ciertas pautas que ya no sirven como en el caso de un hijo con discapacidad que, cuando era niño, ciertas pautas funcionaban y mientras crece, se siguen utilizando las mismas a pesar de ser inadecuadas). Para poder lidiar con este stress, proveniente de diversas fuentes, la familia puede recurrir a diferentes estrategias. Cuando la utilización de una estrategia ya ha caducado, o mantiene una interacción patológica, o fomenta el desarrollo de un síntoma en un miembro de la familia (por lo general el más sensible), es cuando la familia acude a terapia.

Precisamente el uso de los mapas estructurales le permite al terapeuta fijarse sus metas en cuanto al sistema con el que está lidiando. La meta principal de la terapia estructural es la de “mover” la estructura, provocar un cambio para que el síntoma no sea necesario para que el sistema pueda sobrevivir.

El terapeuta se utiliza a sí mismo para entrar en la familia, se pone en sintonía con el sistema pero también se da la libertad de ser diferente y ser espontáneo. El cambio en la terapia familiar se produce a través de la asociación con la familia y la reestructuración de ésta de una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales.

Por lo general, las familias descartan las intervenciones que no son sintónicas con el sistema familiar. Cuando sí son sintónicas, es probable que la familia regrese a pautas transaccionales anteriores, fomentando el aprendizaje pero no el crecimiento; que extienda sus pautas actuales o active pautas alternativas, o puede aprender una pauta novedosa. En este caso, se ha hecho una reestructuración (Minuchin, 1974).

Al hacer uso de sí mismo, el terapeuta con sus intervenciones incide directamente en el sistema y observa cómo se acomoda la familia ante tales cambios. Por ejemplo, puede establecer nuevas reglas en el sistema familiar, o aliarse con un miembro temporalmente; todo esto es para probar las hipótesis que él mismo se formó a través del mapa familiar.

2.1.3. Técnicas de intervención.

De acuerdo a Minuchin en *Familias y Terapia Familiar* (1974), las intervenciones que apuntan a una reestructuración del sistema familiar se pueden dividir de la siguiente manera (Tabla 2.2):

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN
a) Captar las pautas transaccionales de la familia.	Esta técnica se hace con el propósito de que el sistema se de cuenta de sus propias pautas, existen diferentes mecanismos para lograrlo, ya sea <i>dramatizando las pautas transaccionales, recreando los canales de comunicación</i> (es decir, estimular que los participantes que necesiten hablar lo hagan y no que hablen a través del terapeuta), o <i>manipulando el espacio</i> .
b) Señalamiento de los límites.	Hay que lograr un grado correcto de permeabilidad de límites. Esto es para lograr diferenciación en una familia aglutinada, o acercamiento en una desligada. El terapeuta debe ser lo suficientemente hábil como para poder acomodarse y establecer límites en todos los subsistemas importantes, así como poder disolver las tríadas.
c) Intensificación del stress	Esto se realiza con la finalidad de ver la flexibilidad de la familia para reestructurarse cuando las circunstancias cambian. Las técnicas llevadas a cabo pueden ser <i>bloqueo de pautas transaccionales, acentuación de las diferencias, desarrollo del conflicto implícito, y unión en alianza o coalición</i> .
d) Asignación de tareas.	Crean un marco en el cual los miembros de la familia deben desenvolverse. La flexibilidad o rigidez con las que encaran las tareas, y el hecho de hacerlos o de no hacerlas, dicen mucho de la estructura familiar. Las tareas pueden dividirse en dos: dentro de la sesión y los deberes, que se dejan en casa y permiten que el terapeuta “entre” en el hogar.
e) Utilización de los síntomas.	Se pueden seguir varios enfoques. El primero es <i>centrado en el síntoma</i> . Aquí aunque la concepción del terapeuta es que el síntoma es sólo una expresión de otros conflictos en el sistema, a veces son tan urgentes que se necesita enfocar en ellos directamente. Otro puede ser la <i>exageración del síntoma</i> , el cual puede tener un efecto reestructurante, donde el paciente “ya no le ve sentido” a su síntoma y éste en muchas ocasiones, desaparece. Uno más es la <i>desacentuación del síntoma</i> . Al enfocarse en otras áreas de interacción familiar, la familia deja de prestarle la atención a veces obsesiva que le prestaban. Finalmente, se puede <i>adoptar un nuevo síntoma</i> . Esto también se conoce como el

	desplazamiento de foco.
f) Manipulación del humor.	En esta técnica, el terapeuta deliberadamente exagera el humor de la familia, por ejemplo, si ésta es muy lenta, el terapeuta lo será aun más para hacer caer a la familia en la cuenta de sus estilo de interacción.
g) Apoyo, educación y guía.	Estas técnicas pueden ser reestructurantes siempre que la función de guía del terapeuta no sea permanente; es decir, que si el terapeuta empieza a desempeñar cierta función a modo de modelar la misma en un miembro de la familia, debe ser capaz de “salirse” de ese papel para dejar al individuo que ensaye su nueva función.

Tabla 2.2

Más adelante, en un escrito posterior (Minuchin y Fishman, 1981), se hace una reestructuración de las intervenciones, las cuales son divididas en tres grandes áreas que son: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura familiar, y cuestionamiento de la realidad en la que vive la familia. Mientras que algunas de las técnicas guardan similitud con las anteriormente descritas, la evolución del modelo se hace evidente en la inclusión de técnicas de cuestionamiento de realidades.

La primera área llamada *reencuadramiento*, habla de que el cuadro de una familia es algo dinámico que se ha formado en su historia y que encuadra su identidad de organismo social. Cuando van a terapia, llevan ese cuadro, que son como los roles y las “clasificaciones” que se han hecho de cada uno de los miembros del sistema; la tarea del terapeuta es modificar ese cuadro. El punto principal de la segunda área, llamada *reestructuración*, es que los miembros de la familia pertenecen a diferentes holones y, generalmente por razones de ciclo de vida, no pueden diferenciarlos, o pueden funcionar muy bien en unos (generalmente en los de ámbitos extrafamiliares) y no tan bien dentro de la familia. El objetivo del terapeuta es modificar esta estructura. Finalmente en la tercera área, de *Cuestionamiento de las Realidades Familiares*, el objetivo es mover la concepción de realidad de las familias. Todas las familias presentan su visión de mundo, la cual ha sido adquirida y aprendida a lo largo de su formación. A lo largo del tiempo, muchas de esas definiciones de realidad se han vuelto obsoletas, sin embargo se siguen usando. El terapeuta debe utilizar los recursos de la familia con el fin de darles una visión nueva que les permita funcionar mejor.

2.1.4. Consideraciones finales

El enfoque estructural es muy rico tanto en términos de conceptos importantes para la terapia familiar (como lo son jerarquías y límites), como en métodos y técnicas de intervención que son muy explicativas y didácticas y que son de gran utilidad para tomar en cuenta cuando trabajamos con familias.

Sin embargo, hay algunas críticas recientes al modelo. La principal es la de que trata de establecer cual es la estructura “ideal” de la familia, con padres ejecutores e hijos obedientes. Hoy en día, con el sinnúmero de configuraciones familiares, muchas veces es imposible llegar a eso, entonces se ven a varias estructuras familiares como “disfuncionales” cuando pueden funcionar en su propia manera. La otra crítica es a la figura del terapeuta como un líder. En los enfoques más recientes, donde se ve más que nada una “co-participación” del sistema terapeuta paciente, el enfoque estructural parece demasiado agresivo, donde el terapeuta modifica, entra, rompe y cambia.

En lo personal, creo que en México este enfoque resulta muy útil sobre todo trabajando con familias extensas, donde los problemas pueden ser precisamente en el establecimiento de límites y en las funciones de los subsistemas. El integrar este modelo a un cuerpo de conocimientos más amplios sirve como una gran herramienta en el uso de las técnicas con diversos tipos de familias.

2.2. Modelo estratégico

2.2.1. Introducción

El surgimiento de la Terapia Estratégica se debe a Jay Haley, quien es de hecho el que acuña el término (Hoffman, 1981). Como sabemos, Haley también fue pionero de los trabajos en Terapia. De hecho, formó parte de los pilares del Mental Research Institute de Palo Alto. Sin embargo, es especialmente él una especie de “figura de transición” entre los diferentes modelos (Hoffman, 1981). Haley trabaja con el modelo estratégico, con el del MRI, así como con los modelos de Salvador Minuchin; de hecho, cuando llegó a Filadelfia con él en 1962, incorporó el modelo de terapia estructural (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Se puede decir que Haley es un personaje que da “saltos”, de la investigación con familias de esquizofrénicos, al estudio de las coaliciones en la familia, y al desarrollo de un modelo estratégico con intervenciones hipnóticas y paradójicas que, más adelante, se une un poco al estructural.

Para poder hablar de terapia estratégica, hay que hablar de la influencia de Milton Erickson y de la hipnosis en el modelo. La hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita o promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee y está orientada hacia el logro de cambio de esta persona. La hipnosis es una parte central de la psicoterapia ericksoniana, que contiene preceptos (González, 2004; Haley, 1983) como que el cambio es concebido como una reorganización de la vida experiencial del cliente, que la orientación temporal de la terapia está ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro; que no se realizan procedimientos diagnósticos tradicionales (es decir se aleja de la convención tradicional de patología), que la terapia debe ser individualizada, pragmática, orientada a metas, breve. También es importante notar que el terapeuta utilizará el lenguaje del cliente, el cual es agente de su propio cambio.

Se utiliza la hipnosis a través de sugerencias indirectas, en donde la relación entre la sugestión y la posible respuesta no es tan obvia. La hipnosis no es una situación especial donde se pone a alguien a “dormir” o un ritual estereotipado. Para Erickson, es más bien un tipo de comunicación entre la gente. Finalmente, el enfoque hipnológico plantea una paradoja, ya que el que hipnotiza dirige a otra persona a que actúe espontáneamente.

2.2.2. Principios básicos

Haley, ante todo, es sistémico. En ese sentido, toma los conceptos básicos de la teoría sistémica, sobre todo la teoría de la comunicación humana y sus axiomas acerca de la comunicación entre los individuos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1966). Esto le permite analizar los síntomas de las familias, más que en los componentes intrapsíquicos de cada uno de sus miembros, en las pautas interaccionales que no funcionan y que además se perpetúan.

Hablando específicamente del modelo, Madanes (1982) define la Terapia Estratégica en términos de sus dimensiones y elementos más básicos:

1. La definición del síntoma. No es en base al modelo “médico”, sino más bien es visto como un problema, un tipo de conducta que se da entre varias personas. Por esta razón, este modelo se interesa más en técnicas que en teorías (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Se considera a los problemas como ciclos que se auto refuerzan (Hoffman, 1981). Estos ciclos son vistos por Haley (1976) como *triángulos*. Esto es debido a que el matrimonio constituye, como todas las relaciones humanas, una relación de poder, en donde los actos de unos afectan al otro y ejercen cierto control sobre de él. Entonces, en algunas ocasiones, para regular el asunto se recurre a un tercero que entra en el subsistema conyugal. Muchas veces los hijos son utilizados con este fin, pero especialmente en la relación terapéutica, se utiliza al propio terapeuta para esto. Otros “terceros” que se utilizan pueden ser el mismo síntoma o la crisis familiar.

2. Es sensible a la red social más amplia que la familia. Esto incluye a otros profesionales como compañeros de trabajo, jefes, personal médico, maestros e incluso jueces, todo depende del mundo en el que se mueva el cliente.

3. El enfoque hace hincapié a lo analógico. Existe más de un referente a la información proporcionada; es decir, lo que se comunica (ya sea a nivel verbal o incluso el no verbal) es una *analogía* de otra cosa que está sucediendo en aquella persona que la comunica (Haley, 1976). Utiliza metáforas para comparar ciertos actos con otros con los que guarda similitud.

El empleo de analogías o metáforas parece ser un modo muy eficaz y utilizado en los enfoques terapéuticos. Esto es sobre la base de que lo que los pacientes nos

describen es una analogía de su situación, y una aseveración del mismo está anclada en una multiplicidad de referentes: su situación actual, su aprendizaje, sus relaciones interpersonales y con el propio terapeuta, etc. Es decir, el paciente y el terapeuta se comunican de acuerdo a su contexto; el propósito de la terapia es modificar este último. Desde este punto de vista, los problemas en terapia son metáforas de la situación relacional del individuo. Como terapeutas debemos “abrazar” esta metáfora y trabajar con ella, no en contra de ella.

Por ejemplo, cuando un niño presenta un síntoma, puede ser que éste sea una metáfora de algo que está pasando en otro sistema o en otra persona en la familia, específicamente en uno de los padres (Madanes, 1982). Este síntoma infantil permite ya sea a los padres permanecer juntos, o evitar la separación, o centrarse en el problema del niño para no centrarse en su propio problema.

4. *Cada proceso es hecho a la medida del cliente.* Se utiliza una estrategia particular, en la cual se proponen varias etapas y se intentan y ensayan diferentes estrategias para modificar el problema del cliente. Por lo general se propone una estrategia; si ésta no funciona, o el cliente la “rebota”, entonces se diseña una nueva.

5. *Se interesa por la jerarquía familiar.* Toma en cuenta el concepto de subsistemas y de establecimiento de jerarquías entre ellos para un adecuado funcionamiento del sistema familiar. Haley (1989) dice que cada vez que los individuos se envían mensajes, también envían otros que tratan de definir, o más bien *controlar*, la relación entre ellos. Toda relación humana implica control. Entonces, en el encuentro entre dos personas hay dos problemáticas a enfrentar: ¿Qué mensajes o tipos de conducta han de definir esta relación? y ¿quién la controla?

De la misma manera sucede con las familias (Haley, 1976). Ahí donde hay una familia o una organización también hay una estructura de jerarquía y de poder. Las jerarquías se forman de acuerdo a las funciones que cada individuo cumple en dicha organización, así que puede haber varios tipos dentro de un mismo sistema. Las jerarquías se pueden delinear por medio de la interacción. La secuencia de hechos debe puntuarse reiteradamente para que se pueda decir que se ha establecido una relación con una cierta jerarquía o poder. Para esto, el terapeuta debe ser lo suficientemente capaz de ver la repetición de estas interacciones, que usualmente se dan entre tres personas (formando constantemente triángulos), ya que por lo general la misma familia no se da cuenta de ellas.

Entonces, esperaremos que en las familias se den luchas de poder, cuando alguno de los individuos de la familia “sale” del rol que se le asigna; o cuando el terapeuta entra en la familia y asume una posición jerárquica. La finalidad de las tácticas terapéuticas es resolver estas pugnas.

6. *Las intervenciones son tanto directivas como paradójicas.* Se utilizan las primeras para inducir directamente en la familia y dirigirla hacia el cambio de forma

clara y esperando la cooperación de ella; las segundas se utilizan libremente en este enfoque, especialmente cuando la familia es resistente al cambio.

En este punto hay un apunte especial. Haley (1976, 1989) añade que en este enfoque, el *insight* no es necesario para lograr el cambio. Este ocurre por obra del terapeuta que se adentra en el sistema y lo cambia a través de la modificación de estas secuencias de conducta reiteradas que perpetúan el problema. En este enfoque no se considera necesario que el cliente *entienda* porqué hacía ciertas cosas o cómo cambió: si hace lo necesario para lograr el cambio, y resuelve su problema, es probable que mantenga dicha conducta.

2.2.3. Metas terapéuticas

El objetivo de este modelo es ayudar a los pacientes a superar las crisis que presentan, y nada más (Sánchez y Gutiérrez, 2000). No es una prioridad modificar la psicodinámica o la estructura familiar. Si la familia no reporta algún otro problema más, se da por terminada la terapia (Hoffman, 1981). Esto quiere decir que el enfoque trabaja con los problemas, los cuales son definidos de manera muy específica al inicio del tratamiento. Después de esto se fijan objetivos y, al lograrlos, se deshace el vínculo terapéutico, quedando la puerta abierta para uno nuevo, en caso de que se necesite, si se presenta algún otro problema.

2.2.4. Técnicas de intervención.

2.2.4.1 La terapia en etapas.

Una de las más grandes aportaciones de este modelo al campo de la terapia familiar es la noción de una planificación del proceso terapéutico, incluso comenzando desde la primera entrevista. Por ejemplo, el terapeuta puede trabajar en función de díadas o tríadas, buscar triángulos, alianzas y coaliciones. Es importante recalcar que no todas las familias son iguales: en este modelo se propone un diseño específico para cada familia, dependiendo del problema presentado y de factores sociales como el nivel socioeconómico, la religión y el sistema de creencias propio de ella.

a) La entrevista inicial.

De acuerdo a Haley (1976), la primera sesión es crucial para poder realizar, junto con la familia, el “contrato” terapéutico en el que se define lugar, hora y sobre todo, *objetivos*. Para la terapia estratégica es de suma importancia poder delinear junto con la familia, objetivos claros y realistas para que el proceso terapéutico tenga cierto cauce. Se puede dividir en varias etapas, listadas a continuación:

- *La etapa social.* Esta etapa es la del saludo inicial. Además de ver la posición que toma cada miembro con respecto al otro, también se debe ver la postura y la actitud que toma cada miembro respecto del *terapeuta*. ¿Quién participa?, ¿quién es más bien periférico? Esto nos da claves, pero

es muy importante tener en cuenta que estas claves solo son *provisionales* y que debemos crear diferentes hipótesis (o algún modo de comprobar las iniciales) durante el transcurso de la sesión.

- *La etapa del planteo del problema.* En este rubro hay varios puntos a seguir:
 - *Modo de formular la pregunta.* Es importante que se dirija de tal manera que todos estén involucrados en la situación. La frase dependerá más bien del estilo del terapeuta pero puede ser de las siguientes maneras: ¿Cuál es su problema?, ¿En qué puedo serles útil?, etc.
 - *A qué miembro de la familia debe dirigirse la pregunta.* Aquí es donde es importante tomar en cuenta nuestros posibles prejuicios respecto al sexo, la edad o la jerarquía. En este punto hay varias recomendaciones, como dirigirse al adulto que parezca más desligado del problema, no dirigirse al paciente identificado, preguntarle al niño menos involucrado, el cual puede proporcionar valiosa información, lanzar la pregunta “al aire”, sin mirar a nadie.
 - *Cómo escuchar la exposición del problema.* En esta etapa, el terapeuta debe abstenerse de hacer algún comentario o intervención terapéutica. Todos los miembros de la familia deben tener la oportunidad de manifestarse. También debe estar atento al lenguaje tanto verbal como no verbal.
 - *La observación del terapeuta.* El terapeuta debe estar atento a lo que comunica la familia y a ciertas claves que no debe compartir con ellos. Debe escuchar a quién achacan el problema, las reacciones de los demás mientras uno habla, qué no le expresan abiertamente.
 - *Contenido del problema presentado.* Aquí es importante ver si el problema es presentado como perteneciente a una sola persona, a dos o a más.
- *La etapa de interacción.* El terapeuta pone a hablar del problema a los miembros de la familia, pero ya no a él, sino entre ellos mismos. Es crucial en esta primera entrevista que se de esta etapa ya que nos permite ver en vivo cómo se organiza la familia, quién participa, quién interrumpe, etc.
- *Definición de los cambios deseados.* Es importante obtener del grupo una formulación lo suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar durante el curso de la terapia. El problema debe ser planteado de forma que sea resoluble. También se debe plantear de modo operacional.
- *Conclusión de la entrevista.* La primera cita debe concluir con la concertación de una segunda cita. También se puede plantear la posibilidad de añadir o de quitar a ciertos miembros para que vengan a sesión.

b) Implementación de estrategias

Al terminar esta etapa inicial, le suceden otras dos: una es la de *diseñar una estrategia*, y la otra es *producir el cambio*, pero también a través de etapas. ¿Cómo se logra el cambio? Actuando sobre estas unidades de comunicación, ya sean díadas o tríadas. Primero, el terapeuta se inserta en ellas, creando un desequilibrio. Después, generalmente se usa a la persona de este triángulo que está más alejada para desatorar un vínculo que probablemente este muy fuerte entre los otros dos. Esto se logra a través de las directivas (las cuales vimos en los capítulos anteriores). Después, poco a poco, se pone en evidencia la problemática que subyace a la utilización de un tercero (por lo general, nos referimos a un problema entre a pareja, en la que utilizan a uno de los hijos). Más adelante, se actúa sobre el campo de las otras relaciones, fuera del triángulo, para ampliar el campo de acción. Finalmente, cuando se está lo suficientemente fuerte, el terapeuta se sale del sistema.

Otra de las aportaciones de este modelo es que dan planes o estrategias específicas con cierta disposición de los problemas. Por ejemplo, Haley (1976) da una serie de lineamientos para tratar con parejas, que incluyen el evitar hablar del pasado, el evitar las luchas de poder, y evitar coaliciones persistentes.

Madanes (1982) habla de los problemas entre padres e hijos de una manera muy directa, y como mencionamos anteriormente, el problema representa una metáfora de otro problema, generalmente en el subsistema parental. Aquí propone cómo podemos resolver estos problemas:

1. *Cambio en la acción metafórica.* El terapeuta reemplaza el síntoma por otra acción. La nueva metáfora cumple otra función, más positiva, en el sistema, sin las consecuencias negativas.
2. *Suministro de una metáfora de éxito en vez de una de fracaso.* En este caso se trabaja con los padres para que ellos, que tuvieron un problema análogo al del hijo y supieron resolverlo, “ayuden” a su niño o niña y entonces se sientan útiles en asistir a que su hijo haya salido del problema con éxito.
3. *El cambio de la solución metafórica.* A veces la metáfora es solución al problema del padre. Aquí se intenta relacionar entonces la metáfora con consecuencias opuestas o no deseadas ni por el niño ni por el padre, para que así el síntoma pierda utilidad y sentido.

Un aspecto muy importante del diseño e implementación de las estrategias es que podemos equivocarnos; es decir, si la estrategia, tarea, directiva no funciona, se diseña otra. Cuando la estrategia funciona y la familia ha logrado resolver su problema, ya sea se trabaja con otros problemas que lleve la familia o que haya visto que pueden trabajar (ya que la metáfora del síntoma “tapaba” otra problemática, es posible que ésta se abra al eliminar el problema) o se da por terminada la terapia.

2.2.4.2. Cómo impartir directivas.

Un enfoque directivo puede ser altamente efectivo, pero el verdadero arte no es la directiva en sí, sino más bien cómo plantearla y cómo dirigirla. Las técnicas presentadas en este apartado pertenecen en su mayor parte a Milton Erickson.

Las directivas son un medio de provocar cambios, que el paciente se porte diferente. Sirven para intensificar la relación terapeuta- paciente, al tener una actividad en común. Se usan para obtener información. Haley (1976) expone que el impartir directivas puede resultar incómodo para algunos terapeutas, ya que no les gusta dirigir la conducta de sus pacientes. Al respecto, el autor explica que en sí, casi cualquier acción realizada en terapia es una directiva.

Tipos de directivas.

Hay dos maneras: decirle a la gente lo que debe hacer con el propósito de que lo cumplan, o decirselos con el propósito de que *no* lo cumplan. Dentro de la primera también hay dos vertientes. La primera es *ordenarle a alguien que deje de hacer algo*. Son difíciles de llevar a cabo, ya que el cliente necesita tener confianza en el terapeuta y éste, tener el prestigio y la credibilidad para hacerlo. La otra es *pedirle al cliente que haga algo diferente*. Esto se puede hacer de dos maneras, 1) dando buenos consejos (lo cual no es conveniente en la mayoría de los casos), y 2) dando directivas para cambiar la secuencia de comportamiento de la familia. Es importante mencionar que la *venta* de la tarea es muy importante para que la familia la tome con éxito.

Estructura de una directiva.

De forma general, las tareas deben *ser entregadas con precisión, deben exigir la participación de toda la familia, y deben ser revisadas en la siguiente sesión*. Por lo general hay tres resultados posibles de la tarea: se ha cumplido, no se ha cumplido, o se ha cumplido parcialmente. En cualquiera de los casos en los que hay fracaso, el terapeuta no debe perdonarlos a la ligera, pues esto dice a la familia que las tareas no son importantes y que no se toman en serio. Los tipos de tareas son:

1. *Tareas metafóricas*. En este tipo de tareas se usan analogías relacionadas con el problema de tal manera que no se toca directamente el tema. Se pretende que al pedir un cambio a nivel metafórico, se lograrán los cambios deseados en el área problemática.
2. *Tareas paradójicas*. Estas tareas son importantes porque se usan con familias resistentes. Se les pide que no cambien para que cambien; es decir, dar dos mensajes a la vez. Normalmente se les prescribe su propia conducta problemática, pero dirigida, controlada o exagerada. De esta manera la familia ya no verá tan útil el problema y se “rebelará” contra el terapeuta, dejando de hacer lo que se les pidió, que es precisamente lo que el terapeuta espera. Las etapas de una directiva paradójica son:

- a. *Establecer una relación tendiente a provocar el cambio.*
- b. *Definir claramente el problema.*
- c. *Fijar objetivos.*
- d. *Ofrecer un plan. Dar una explicación de lo que se pretende.*
- e. *Descalificar a la autoridad, a aquél que está queriendo ayudar en la resolución del problema.*
- f. *Impartir la directiva.*
- g. *Obtener la reacción y alentar el comportamiento problemático. Si se deja de hacer, no alegrarse sino sentirse “decepcionado” y pedir más conducta problemática.*
- h. *Evitar revelar el plan.*

Como conclusión, las directivas pueden ser un arma muy poderosa para un terapeuta que quiera que las familias cambien sus conductas problemáticas. Lo más importante es, sin embargo, definir tanto el problema como los objetivos con absoluta claridad, ya que esta información nos será de una gran utilidad en el diseño de las tareas.

2.2.4.3. Cómo lidiar con la resistencia.

Haley (1983) da algunas técnicas derivadas de la hipnosis que utiliza en la práctica terapéutica, sobre todo con pacientes que son o demasiado resistentes, o demasiado cooperadores.

- a) *Aliento de la resistencia.* Si el o los clientes oponen resistencia, en vez de pedir que lo dejen de hacer, se les fomenta a que continúen haciendo aquello que el terapeuta considera es resistencia, pero en otro contexto o situación; así se generará posteriormente un cambio espontáneo de la conducta.
- b) *Ofrecimiento de una alternativa peor.* Con alguien que no coopera, se le pide que haga algo que no le gusta cada vez que se presente una situación determinada para instar al cliente a que haga otra cosa.
- c) *Uso de metáforas y del lenguaje corporal.* Muchas veces los clientes no acatan intervenciones directas o no las pueden manejar, y les es más fácil trabajar con metáforas acerca de su problema y relacionarlo con él y así movilizarse hacia el cambio.
- d) *Aliento de una recaída.* A veces también puede ser problemático que el paciente vaya *demasiado* rápido en su proceso de cambio; puede ser alguien demasiado complaciente. En estos casos se le prescribe una recaída para que la resista y siga mejorando, pero con la conciencia de que puede empeorar.
- e) *Frustración de una respuesta.* Esto es con el propósito de alentarla como en el ejemplo de alguien que no habla en sesión; si se le ocurre decir algo, el terapeuta bloquea su comunicación para que, cada vez más activamente, pida la palabra y hable.

- f) *El empleo del espacio y la posición.* Esto es muy a la manera del enfoque estructural, donde la colocación geográfica de los miembros de una familia en la sesión determina sus interacciones.
- g) *Énfasis en lo positivo.* Al contrario del psicoanálisis, donde lo inconsciente tiene una carga de desagradable y destructivo, en este enfoque se cree que inconscientemente todos tenemos una fuerza positiva hacia el cambio. Hay que redefinir entonces hacia lo positivo para sacar esas fuerzas de los clientes.
- h) *Siembra de ideas.* En este caso el terapeuta “siembra” una idea al principio de una sesión, por medio de una palabra o comentario, para después trabajar sobre ella después.
- i) *Ampliación de una desviación.* Es decir, obtener una pequeña respuesta o un pequeño cambio y luego hacerlo más y más grande, aplicándolo a diversas situaciones de los clientes.
- j) *Despertar y desenganche.* Se utiliza cuando se quiere “desenganchar” a un miembro de la familia con respecto a otros con el fin de lograr su propia autonomía.

En todos estos casos, es importante investigar la parte del ciclo vital de la familia en la que se encuentran, por la sencilla razón de que cada una de ellas tiene sus propios retos y singularidades; vicisitudes que la familia debe explorar y resolver.

2.2.5. Consideraciones finales.

La contribución de la terapia estratégica consiste en haber creado un modelo elegante y ahorrativo para el cambio (Hoffman, 1981). La aportación de una estructuración del caso en una forma concisa y breve, y el empleo claro de una entrevista inicial son algunos de los puntos fuertes de esta terapia. Es un enfoque que, si se aplica al problema específico, puede ser muy efectivo, porque ofrece una familia una consecuencia tangible al proceso terapéutico, mediante la definición de objetivos.

Sin embargo, los terapeutas más tradicionales suelen criticar este enfoque, tachando al terapeuta estratégico de ser “manipulador” de las familias, aplicando “trucos” a las mismas para que éstas cambien, incluso sin que sepan porqué (Hoffman, 1981). A este respecto Haley dedica un apartado de su libro *Terapia para resolver problemas* (1976) a los aspectos éticos de este tipo de terapia. Y si bien sí existe un cierto ocultamiento de la información, Haley lo defiende diciendo que no siempre el ser transparente y abierto con la familia es lo mejor para su bienestar o motor para el cambio; es más, a veces esta postura impide el cambio.

En conclusión, este enfoque es extremadamente útil cuando una familia puede identificar un problema concreto, ya que ofrece distintos tipos de atacarlo. Además permite una gran libertad al terapeuta, el cual puede utilizar su creatividad para el diseño de las tareas y las estrategias.

2.3. Modelo de Terapia Breve.

2.3.1. Principios básicos

Este enfoque hace especial énfasis en el *cambio* y, para ser más específicos, en el cambio más rápidamente obtenible. Igualmente importante es el *tipo* de cambio que un sistema puede generar. Para Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) existen dos tipos de cambio que se pueden lograr en un grupo. Uno de ellos tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado; por otro lado, el otro tipo es aquel en el cual su sola aparición cambia al sistema mismo. Los autores nombran al primero *cambio tipo 1*, y al segundo *cambio tipo 2*, y los ejemplifican de una manera muy simple (op. cit., 1974, p. 31): Cuando una persona tiene una pesadilla, puede hacer varias cosas *dentro del sueño*, como correr o gritar, pero ninguna de estas acciones podrá finalizar el sueño (cambio tipo 1). Sólo se puede salir del sueño *despertando*, o un cambio de soñar a despertar (cambio tipo 2). Al cambio tipo 2 se le conoce también como el cambio del cambio.

Las similitudes de este ejemplo con la vida real son evidentes. Lo que los autores nos quieren dar a entender es que muchas veces las soluciones intentadas para resolver el problema pertenecen simplemente a un cambio tipo 1, y mientras que en muchas ocasiones son muy útiles y suficientes para resolver el problema que nos aqueja, en muchas otras son inclusive perpetuadoras del problema. En estos casos, se requieren soluciones innovadoras e inclusive poco comunes, que generen un cambio tipo 2 y revolucionen el sistema.

Uno de los tipos de soluciones intentadas que perpetúan el problema es conocido como “más de lo mismo” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Esto proviene, según los autores, de un error de tipo lógico en el que muchas veces interpretamos que la solución de un problema debe ser aplicar un efecto contrario al problema. Un ejemplo muy claro es el insomnio. El problema es no poder dormir; la solución lógica es, naturalmente, *intentar dormir*, de hecho de tal manera que más bien es *forzarse* a dormir. Esto no produce el efecto deseado; de hecho, produce lo contrario, mantenerse más despiertos. En estos casos, el error lógico nos lleva a intentar “más de lo mismo”, incrementando la intensidad y variedad de la solución anterior, lo cual no nos lleva a nada. De hecho, gran parte de la razón por la cual los problemas persisten tienen que ver más con la solución que con el problema mismo.

Pero, antes de hablar de las soluciones, primero hay que hacer una diferencia esencial según los autores. Existe una diferencia entre una *dificultad* y un *problema* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Una dificultad puede definirse como un estado de cosas indeseable, que bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general del cambio tipo 1) y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, se puede tratar de una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no hay una solución conocida y hay que sobrellevar.

Cuando los autores hablan de problemas (op. cit., 1974, p.59), se refieren a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles o crisis, creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen tres modos de enfocar mal dichas dificultades:

a) Las terribles simplificaciones.

En este caso el intento de solución es negar que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción. Este intento de solución consiste en no ver el problema, y cualquiera que lo vea, está loco o actuando de mala fe; es una mezcla de negación y ataque. Estas negaciones son, incluso, parte de las enseñanzas sociales y son, de hecho, bastante comunes: es *no ver* lo que está frente a nosotros. También se trata de simplificar los problemas, o recurrir a soluciones antiguas, que fueron probadas anteriormente, pero que simplemente ya no funcionan en la actualidad.

b) El síndrome de utopía

Aquí se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente. Es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender. Es en cierto modo el contrario al primer intento: mientras que allá no se actúa cuando se debe actuar, aquí se actúa cuando lo mejor sería no hacerlo. Existen diversas variantes de experimentar este síndrome, una de ellas es realizar acciones pero nunca llegar a la meta, o como lo ponen los autores "lo que importa es el viaje y no el destino". En este caso se realizan acciones pero el objetivo final nunca está claro; de alguna forma pareciera ser como si se aplazara. Otra forma consiste en vivir de tal manera que la ausencia de un problema se vuelve un problema en sí. Para solucionar este estado, el sujeto se enfrasca en una búsqueda hasta que encuentra un pseudo problema y así logra sentirse más tranquilo.

c) Paradojas

En este caso, se cae en un error de tipificación lógica. Es decir, se realiza un cambio tipo 1 en un problema que requiere un cambio tipo 2 para su solución, y viceversa; la acción es emprendida en un nivel equivocado. Esto crea una situación insostenible. Esto sucede en el ejemplo de alguien que le *exige* a otro ser espontáneo. Las soluciones que se adoptan en estos casos obviamente resultan en una recurrencia del problema, ya que se efectúan en un nivel incorrecto.

En términos generales, se pueden decir varias cosas con respecto al cambio:

- Mientras que el cambio 1 parece basarse siempre en el sentido común, el cambio 2 aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado.

- Aplicar técnicas de cambio 2 a la solución significa que se aborda la situación en su “ahora y aquí”. Las técnicas se aplican a los efectos y no a las causas.
- La pregunta crucial es *¿qué?* mas que *¿por qué?*
- La utilización de técnicas de cambio 2 libera a la situación de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la situación intentada

2.3.2. Metas terapéuticas

De acuerdo a Fisch, Weakland y Segal (1982) y como vimos en Watzlawick, Weakland y Fisch, (1974), los problemas se perpetúan cuando en una conducta presente indeseada, las soluciones intentadas no son adecuadas, y se utiliza “más de lo mismo para su solución. El problema también se crea cuando esta conducta es naturalmente repetitiva, es decir es un comportamiento que tenemos que realizar con determinada frecuencia y es parte de nuestras vidas (como el ejemplo de dormir citado anteriormente)

De esta manera, el terapeuta breve debe enfocarse en cómo resolver este problema, a través de cambios, mínimos al principio y que detonen un cambio mayor con el pasar del tiempo. Para esto, los objetivos que rodean el contexto terapéutico son los siguientes: primero, debe obtener una visión clara del problema y del contexto interaccional que lo mantiene, como las soluciones intentadas repetitivas y el “más de lo mismo”. Segundo, debe buscar el cambio más estratégico para las soluciones intentadas. Por último, debe estimular el compromiso del cliente para el cambio o la solución de su problema.

2.3.3. Técnicas de intervención.

Antes de hablar de las técnicas de intervención, debemos de hablar de dos conceptos que son cruciales para acortar el tiempo de terapia y que nos sea posible, al mismo tiempo, tener la libertad de acción como terapeutas.

Uno de ellos es la *capacidad de maniobra del terapeuta* (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Significa tener la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos que se presenten. Esto implica mantener el control sobre el tratamiento de manera que permanezcan abiertas las opciones. Es importante mencionar la capacidad de maniobra ya que en varias ocasiones los mismos clientes cortan esta capacidad, intentando imponer los momentos y espacios del proceso terapéutico. Esto limita nuestro poder de acción, lo que finalmente es en detrimento del mismo cliente y su proceso terapéutico. Entonces podemos decir que, al incrementar nuestra capacidad de maniobra como terapeutas, reducimos la capacidad de maniobra de los clientes.

El otro concepto que se maneja en este modelo es el de la *postura del paciente* (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Se refiere a las creencias, valores y prioridades

consolidadas que determinan el actuar del cliente. Es muy importante conocer, como terapeutas, cuál es la postura de nuestro cliente, con el objetivo de que nuestras intervenciones sean concordantes con dicha postura y, por ende, sean más fáciles de asimilar, acortando el tiempo de terapia. De otra manera, podemos crear un ambiente de choque entre nosotros y nuestros clientes, al encuadrar mal las intervenciones, si pasamos por alto la postura de ellos.

Habiendo revisado estos dos conceptos, procedemos de forma general a explicar las diferentes técnicas que utiliza este modelo en diferentes momentos de la terapia:

a) La entrevista inicial

El objetivo y estructura de una entrevista inicial en este modelo es muy parecido a lo visto anteriormente en el modelo estratégico. El punto es obtener información clara, explícita y en términos conductuales en los siguientes rubros (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

- Definición del problema
- Soluciones intentadas
- Objetivos mínimos
- Actitud y lenguaje del cliente

De la misma manera, los autores nos sugieren indagar sobre el estado *actual* del problema, más que el pasado. Sin embargo, si el cliente se muestra decidido a contar la historia de su vida, debemos ser respetuosos y darle espacio, ya que eso nos habla de su postura, sus creencias y su forma de ver la vida, y todo eso lo podemos utilizar en la planificación del caso. También es importante en esta primera entrevista ser capaz de indagar las soluciones intentadas ya que eso nos dice *qué no hacer*. Finalmente, es importante ser capaz de establecer, junto con el paciente, las *metas mínimas del tratamiento*, para lograr la definición de una meta y la sensación de avance en el proceso terapéutico.

b) Medios para aumentar la capacidad de maniobra

- *Oportunidad y ritmo* (utilizar la estrategia adecuada y ser capaz de cambiarla cuando no)
- *Tiempo necesario* (motivar al cliente a tomarse su tiempo para reflexionar y actuar)
- *Uso del lenguaje condicional* (para poderse “cubrir” del éxito o fracaso de una intervención)
- *Buscar que el cliente concrete* (ayudar al cliente a asumir posturas comprometidas y bien definidas)
- *Mantener una actitud igualitaria* (para fomentar la cooperación y participación del cliente)
- *Sesiones individuales y conjuntas* (para planear mejores estrategias).

c) Planificación del caso

Este es uno de los puntos que considero más importante en este modelo y que es muy útil en la práctica terapéutica. Cuando existe una adecuada planificación del caso, podemos acortar la terapia drásticamente y evitaremos sesiones que parezcan “flotantes” en las que parece que no pasa nada, y que más bien se retrocede. Para una buena planificación del caso se sugiere tener en cuenta los siguientes puntos (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

- Establecer el problema del cliente
- Establecer la solución intentada por el cliente
- Decidir que se debe evitar
- Formular un enfoque estratégico
- Formular tácticas concretas
- Encuadrar la sugerencia en un contexto
- Formular objetivos y evaluar resultado

d) Intervenciones principales

Son aquéllas que utilizamos en un momento dado, cuando los clientes utilizan una solución ineficaz. Por lo general, la solución cae dentro de los siguientes cinco tipos (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

- I) *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir espontáneo.* El clásico ejemplo de este tipo de solución intentada es el insomnio. En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente deja de esforzarse demasiado.
- II) *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Esto se da mucho en fobias, por ejemplo. Lo que se requiere son intervenciones que expongan al cliente al acontecimiento temido.
- III) *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Un ejemplo de este tipo de solución es en conflictos de padres e hijos. En estos casos se recomienda ser imprevisibles en vez de autoritarios.
- IV) *Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Se ejemplifica con la frase “No quiero que lo hagas, quiero que *quieras* hacerlo”. La estrategia global para salir de esta paradoja es lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque a veces suene arbitrario.
- V) *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* Esto se da en situaciones de supuesta infidelidad o alcoholismo. Existen técnicas que se utilizan para “desintegrar” las señales verbales y no verbales para que no se pueda saber con facilidad si el otro dice la verdad o miente.

e) Intervenciones generales

Estas pueden ser utilizadas en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

- No apresurarse (pedirle al paciente que se tome su tiempo en su mejora)
- Los peligros de una mejoría (cuando hay cierto tipo de resistencia)
- Un cambio de dirección (cuando el rumbo tomado no funciona)
- Cómo empeorar el problema (instrucción paradójica para fomentar el cambio positivo)

2.3.4. Consideraciones finales

El enfoque breve, mientras que parecido en esencia al modelo estratégico, tiene diferencias muy específicas. La más obvia (va implícita en su nombre) es el objetivo de este modelo de resolver las dificultades del cliente *en el menor tiempo posible*. Las técnicas propuestas para lograr esto resultan muy útiles no sólo en este modelo, como por ejemplo la planificación del caso y las propuestas de la entrevista inicial.

Este modelo parece ser muy eficaz cuando los problemas se pueden plantear en términos conductuales; sin embargo, muchos de nuestros clientes acuden a terapia con otras necesidades, relacionadas con su pasado, con experiencias infantiles, o son de índole más bien existencial. En estos casos me pregunto el alcance que un modelo como estos puede tener.

2.4. Modelo de Milán

En 1967, Mara Selvini-Palazzoli fundó el Instituto de la Familia, en Milán. Ella tenía formación como psicoanalista y su especialidad eran las pacientes con trastornos de alimentación (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Sin embargo, ella y su grupo discutían casos y trabajos de Haley, Jackson, Watzlawick y Bateson, con el fin de establecer un modelo terapéutico. El grupo de Milán estuvo compuesto en un principio por Selvini-Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscoso (Ochoa, 1995).

El grupo, como se había mencionado, parte de una orientación psicoanalítica, pero deciden adoptar el enfoque de Palo Alto en 1971 (Ochoa, 1995). Comienzan a desarrollar un modelo basado en intervenciones paradójicas. En 1980 el grupo se separa: las mujeres del grupo se centran en la “prescripción invariable”, y más adelante se enfocarían más en el desvelamiento del “juego familiar” y retomarían la importancia de un enfoque multidisciplinario, que incluya conceptos psicoanalíticos. Los hombres del grupo se enfocan más al entrenamiento y siguen otra línea (Ochoa, 1995). También se dedicaron a la docencia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Esto quiere decir que el enfoque de Milán no es unitario dada la fragmentación del grupo. Sin embargo, un concepto que los une es el de “juego familiar”, que es lo que engloba las relaciones de todos los miembros de la familia, las creencias de cada uno y cómo eso genera o mantiene una patología.

2.4.1. Principios básicos

Las tres guías básicas sobre las que se basa este modelo en la intervención son tres: hipotetizar, circularidad y neutralidad (Selvini, et al, 1980).

Hipótesis.

Con esto se refieren a la formulación de éstas usando la información que el terapeuta posee acerca de la familia que está entrevistando. De acuerdo a este modelo, toda sesión terapéutica debe comenzar con información previa del terapeuta acerca de la familia.

La hipótesis sirve para muchas cosas. De manera funcional, no importa realmente si es *cierta o falsa*. Finalmente, si la hipótesis resulta ser falsa, simplemente se formula otra y se pone a prueba. El valor de ellas es su función de categorizar la información y la experiencia, lo que sirve de guía al terapeuta para organizar sus sesiones.

Además de esto, las hipótesis garantizan la actividad del terapeuta durante el proceso. De esta manera el terapeuta y el equipo rastrearán los patrones de interacción entre los miembros de la familia. Es decir, pasa al terapeuta de una posición pasiva a una activa.

Algo que recalca mucho el grupo es que la *hipótesis debe ser sistémica*, es decir, debe incluir a todos los miembros de la familia y las relaciones de unos con otros.

Circularidad.

Con este concepto, el grupo se refiere a la capacidad del terapeuta de llevar a cabo su intervención basándose en la retroalimentación de la familia como resultado de la información que el mismo terapeuta solicita de ella, acerca de las relaciones así como de sus diferencias y cambios. (Selvini, et al., 1980).

Para lograr esto, lo que debe hacer el terapeuta es preguntar a cada miembro de la familia cómo ve la relación entre otros dos miembros. De esta manera analizamos una relación diádica a través de una tercera persona. Esto introduce información acerca de la diferencia en el sistema familiar y permite la creación de hipótesis sistémicas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Neutralidad

Con esto el grupo de Milán se refiere al efecto pragmático que el comportamiento del terapeuta ejerce sobre la familia. Con esto no se refiere a las características intrínsecas o de personalidad del terapeuta, sino el efecto que tiene él de manera terapéutica para con la familia.

El grupo pone un ejemplo. Si un miembro del equipo, durante la sesión y mientras el terapeuta está en la intersesión discutiendo el caso, preguntara a la familia qué opina del terapeuta, probablemente obtendría información muy variada al respecto: si les cae bien, mal, si es simpático, etc. Sin embargo, si les preguntara a quién ha apoyado más, o por quién tomó partido, la reacción ideal de la familia es que no supieran. De esta manera sabríamos que el terapeuta ha mantenido la neutralidad (Selvini, et al., 1980).

De hecho, el grupo dice que mientras el terapeuta intervenga invitando a un miembro familiar a que comente acerca de la relación de otros dos, parecerá que está aliado a dicho miembro. Sin embargo, en el momento que cambia a otro miembro de la familia, también lo hace la supuesta alianza. Lo que sucede finalmente es que el terapeuta se alía con todos y con nadie a la vez.

Tipos de juegos psicóticos

Se mencionan dos:

- a) *El embrollo*. Selvini menciona que en las familias con psicóticos se muestran afectos contrarios a los realmente existentes. En el embrollo, uno de los padres hace ostentación de una relación privilegiada con uno de los hijos, a quien da a entender de forma encubierta que lo prefiere a su esposo/a.
- b) *La instigación*. Consiste en una provocación disimulada, a la que se responde con rabia disimulada, de manera que nunca se consigue explotar abiertamente a la otra persona, quien con su conducta propone nuevamente la provocación. Esta interacción es a nivel tríadico, de forma que uno instiga al otro siempre para provocar a un tercero.

2.4.2. Metas terapéuticas

En el último estadio del modelo de Milán seguido por Selvini-Palazzoli, en el cual trabajaban con pacientes esquizofrénicos y con trastornos alimenticios, la meta del proceso terapéutico es la revelación del juego familiar, sobre todo a lo largo de tres generaciones (Selvini, et al., 1999). Por este medio el mismo juego queda “anulado” y la familia puede moverse hacia el cambio.

2.4.3. Técnicas de intervención.

Una manera de obtener información acerca de las diferencias es a través del cuestionamiento circular (Selvini, et al., 1980; Penn, 1982). Proponen diferentes técnicas:

- *Las palabras clave.* El terapeuta debe estar atento a las palabras estereotipadas, al vocabulario de la familia; es decir, ver quien es el “enojón”, el “alegre”, el “flojo”, etc.
- *Referirse a una interacción conductual específica en circunstancias específicas, y no en términos de sentimientos o interpretaciones.* En este sentido, se le pregunta a un tercero que es lo que **hace** cuando los otros dos hacen algo (discuten, se abrazan, se secretean, etc.)
- *Diferencias en el comportamiento y no en aseveraciones “intrínsecas” en la persona.* Por ejemplo, se le pregunta qué es lo que **hace** el otro que lo conduce a comportarse de una manera específica.
- *Cómo se alinea y se colude la familia en el presente.* En este caso se hacen preguntas de la siguiente manera: “¿Cuándo sucede _____, quién se muestra más enojado?, ¿quién se da cuenta primero?, ¿quién al último?, ¿quién se preocupa más?”
- *Hacer una escala en términos de un comportamiento o interacción específicos.* Se le pide a alguien que clasifique a toda la familia en términos, por ejemplo, del grado en el que se enojan.
- *Diferencias en cuanto a situaciones hipotéticas.* Es decir, se le pregunta a alguien cómo reaccionaría un tercero si sucediera algo.
- *Ensanchamiento gradual del campo de observación.* Después de haber obtenido esta información sistémica de las relaciones, se amplía el campo a la familia de origen de los padres.
- *Preguntas de acuerdo.* En este tipo de intervención, se le pregunta a alguien de la siguiente manera: “¿quién estaría de acuerdo en que ____ es más cercano a tu mamá que ____?”
- *Preguntas de explicación.* Se le pregunta a alguien cómo se explica el problema, lo que dice alguien acerca de las relaciones entre los miembros de la familia, o acerca de la pregunta de acuerdo.

Más adelante en el proceso histórico del modelo de Milán, Selvini y su nuevo grupo después de la separación, se dan cuenta en su investigación que hay un tipo de prescripción que parecía funcionar muy bien con las familias de los psicóticos, los cuales estaban estudiando en ese momento. Basándose en es investigación decide, en vez de crear diferentes estrategias para los problemas de las familias, enfocarse en *una sola*, para todos los casos que tuvieran. Esto se transformó en lo que ellos llamaron la prescripción invariable.

El proceso terapéutico se convierte entonces en un modelo en sí mismo. Los integrantes del grupo plateaban lo que se debí hacer en cada sesión. El proceso

sería de pocas sesiones: diez era lo propuesto. Y se debía llevar el siguiente orden (Selvini, et al., 1990):

- *Entrevista telefónica.* En este primer contacto con la familia, el terapeuta debe ser lo suficientemente hábil como para recabar la información pertinente, ya que dependiendo de ésta se convocará a los miembros de la familia tanto nuclear como extensa. Generalmente se convoca a los padres, hermanos y figuras importantes en el juego familiar, como puede ser una tía o una abuela.
- *Primera sesión.* En ella se analiza el juego familiar y es la única sesión en donde se cuenta con la presencia de la familia extensa. El propósito de la invitación es para ver que fuerza tienen dentro del sistema y cómo podrán actuar una vez que se haya dado la prescripción.
- *Segunda sesión.* En ella es la última donde se invita al subsistema fraterno, incluso al paciente identificado. En esta sesión se trabaja con ellos y sus percepciones, y se trata de dar connotación positiva. Se quita el foco del problema del paciente. Se cita a la pareja para la próxima sesión.
- *Tercera sesión.* Antes era en esta sesión donde se daba la prescripción. Después se decidió partir la misma en dos. Es en esta sesión donde se invita a la pareja a que sean “coterapeutas” en el proceso. Para esto deberán guardar en completo secreto lo que se discuta en la sesión. Deben anunciar a la familia que no hablarán de lo visto en terapia. Además deben llevar un diario de las reacciones de cada miembro familiar al respecto. Si logran pasar de esta etapa y pueden mantener el secreto, entonces en la siguiente sesión se da la prescripción. Esta sesión es muy importante porque vemos el papel que juegan los otros “privilegiados” en este sistema. Probablemente la abuela se la que resienta que se guarde el secreto, o tal vez alguno de los hermanos que gozaba de privilegios especiales.
- *Cuarta sesión.* En esta es en donde se da la prescripción invariable. De lo que se trata es de que los padres se ausenten de casa, repentinamente. Lo que deben de hacer es salir y dejar una nota de que regresarán tarde y que los hijos tendrán que hacerse cargo de la cena; no pueden dejar nada hecho para ellos (excepto en el caso de que sean hijos muy pequeños se contratará a una niñera que los cuide). Cuando regresen deberán seguir guardando el secreto y sólo podrán decir: “Son cosas de nosotros”. Mientras tanto deberán de continuar con las anotaciones en el diario, con las reacciones de todos los miembros de la familia.
- El equipo recomienda entonces, si todo salió bien, que las desapariciones sean más frecuentes y por más tiempo. En casos con hijos adolescentes, las siguientes desapariciones serán por todo el fin de semana, siempre dejando una nota y guardando el secreto. Y en los casos con un paciente adulto, incluso recomiendan desaparecer por un lapso de un mes.

Más adelante el grupo continúa su evolución y retoman un poco de psicoanálisis en su tratamiento. Aquí es donde se enfocan en la revelación del juego familiar y le dan importancia a la historia de los padres con sus respectivos padres, y lo que

llaman “la toma a cargo” de su propia historia, muchas veces de dolor y sufrimiento. Aquí se vuelven más flexibles y trabajan con diferentes configuraciones familiares, pero como en aquel momento se encontraban trabajando con muchachas con problemas de alimentación, lo más común era el trabajo de la chica con su madre, ya que el grupo veía que su propia historia era crucial para el mejoramiento de los pacientes (Selvini, et al., 1999).

2.4.4. Consideraciones finales

Este modelo ofrece una gran riqueza en varios aspectos: conceptual, técnico y en materia de investigación. Algo que me sorprende mucho es cómo Selvini fue capaz de ser flexible a sus propios modelos e ir incorporando o incluso desechando lo que veía que no era pertinente utilizar.

Además, algo que hay que rescatar es cómo ellos mismos se dieron cuenta de que un enfoque puro no es tan efectivo como se podría esperar. De hecho, retoman conceptos psicoanalíticos y se regresan al pasado (incluso de tres generaciones) para poder entender y ayudar mejor a las personas que ven en terapia. Esto puede ser bastante alentador ya que significa que todas las herramientas terapéuticas pueden ser útiles y que ninguna es la gran panacea. A veces hay que reconocer que el trabajo de otros también vale y es importante para el mejoramiento de la vida de los pacientes, que es el objetivo primordial de nuestro trabajo.

2.5. Modelo de soluciones

El modelo de soluciones emerge de los enfoques estratégicos, especialmente del modelo MRI. Sin embargo, al mismo tiempo representa una separación importante de esa tradición terapéutica (Nichols y Schwartz, 1995). De hecho, en la división un tanto artificial que se hacen de los modelos, para fines didácticos, es considerado un enfoque posmoderno (De Shazer, 1992, 1998), pero a veces es también catalogado como un enfoque breve (Cade y O’Hanlon, 1995). El cambio, al parecer, se dio a partir de 1990: un foco diferente, de los problemas a las soluciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Existen varios representantes de este modelo. Steve de Shazer y su esposa, Insoo Berg, trabajaron juntos en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee. De Shazer, quien antes había trabajado en el MRI, se dedica más a la teoría y a la investigación; Berg por su parte se interesó más por la formación de terapeutas. Michele Weiner-Davis, notable representante del modelo, convirtió una clínica de Woodstock, Illinois al modelo enfocado en soluciones. Por último, Bill O’Hanlon continuó su evolución hacia el modelo de soluciones después de trabajar de cerca con Milton Erickson, quien influyó mucho el desarrollo del modelo en sí (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Él y Weiner-Davis han continuado desarrollando las ideas del modelo sobre la base hecha por Steve de Shazer (Nichols y Schwartz, 1995).

2.5.1. Principios básicos

El modelo de soluciones hereda de los enfoques breves el poco énfasis que hacen en el pasado y en la “patología subyacente”. De la misma manera se compromete con las técnicas breves. Pero, a diferencia de los enfoques tradicionales de terapia breve, se aleja bastante del enfoque en el “problema” que presenta la familia o paciente (Nichols y Schwartz, 1995).

Mientras que los terapeutas estratégicos fomentan la puesta en discurso acerca del problema, estando muy atentos de las soluciones intentadas que no están funcionando, un terapeuta de soluciones dirige la plática terapéutica a las soluciones *que sí han funcionado* o que podrían funcionar. La intención es favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, por lo cual durante la entrevista emplean el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean (Ochoa, 1995). El modelo se orienta fuertemente a las metas, en los recursos y en las excepciones.

Es precisamente por su preocupación por las soluciones más que por los problemas que este modelo no se preocupa tanto por cómo surgen los mismos; sin embargo, comparten la visión del MRI de que los problemas son mantenidos por los pacientes cuando su visión negativa del problema se estereotipa y crea soluciones del tipo *más de lo mismo* .

En vez de enfocarse en el pasado, o trabajar en el presente (como los modelos breves), ellos prefieren trabajar *en el futuro*, donde los problemas tendrán una solución (Nichols y Schwartz, 1995).

Además de esto, otro principio básico que es fundamental para el modelo, es que están en contra de la idea de que los problemas tienen “otros fines” o lo que se conoce como “la función del síntoma”, como ganancias secundarias. Los terapeutas de soluciones asumen que los clientes *realmente* quieren cambiar (Nichols y Schwartz, 1995). Este modelo ofrece un profundo respeto por el cliente y sus puntos de vista, y comprende que las decisiones que toma el cliente o que ha tomado han sido lo mejor que ha podido hacer para resolver el problema; cree en los recursos con los que ya cuenta el cliente para alcanzar la meta trazada. De esto mismo se desprende otro principio: para esta orientación no existe un modelo de familia “normal”. Siguiendo los conceptos del posmodernismo, no existe una realidad absoluta. De esta manera los terapeutas no deben imponer su visión de realidad, haciendo intervenciones que apunten a qué es correcto y qué no lo es.

Los terapeutas de este modelo piensan que las soluciones pueden encontrarse de manera rápida, acelerando entonces el proceso terapéutico. Esto se puede lograr con diferentes técnicas y con el trabajo conjunto entre cliente y terapeuta. De la misma manera, creen que sólo se necesita de un pequeño cambio para que se active un fenómeno de “bola de nieve”; es decir, pequeños cambios llevan a cambios más grandes (Nichols y Schwartz, 1995).

2.5.2. Metas terapéuticas

Las metas en este modelo se establecen desde la primera sesión. El terapeuta trabaja junto con el cliente en la definición de las mismas. Las metas se forman de una manera muy concreta y se trabaja con el cliente para saber cómo notará que ha logrado dichas metas (Ochoa, 1995).

El lenguaje es una herramienta importante para este modelo. Los terapeutas se centran en lo que los clientes dicen y en *cómo* lo dicen. Entonces, el objetivo primordial es cambiar la manera en la que se habla del problema. Mientras más se habla acerca de las soluciones, más “real” se hace la misma y se pueden emprender acciones pertinentes que apunten a la solución del problema (Nichols y Schwartz, 1995).

Además de esto, los terapeutas de soluciones creen que los clientes *ya cuentan* con los recursos necesarios para la resolución de los problemas. Lo que sucede es que estos recursos están “olvidados” porque están más enfocados en el problema. A veces un simple cambio de foco en la conversación terapéutica, de hablar de lo que no va bien, a hablar de lo que ya está haciendo el cliente que sí funciona, puede reactivar estas habilidades “dormidas” (Nichols y Schwartz, 1995).

2.5.3. Técnicas de intervención.

De acuerdo a O’Hanlon y Weiner-Davis (1993), en la terapia de soluciones los terapeutas buscan hacer las siguientes cosas:

1. *Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática.*
2. *Cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática.*
3. *Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.*

En la búsqueda de soluciones podemos contar con varios recursos terapéuticos, los cuales podemos utilizar incluso desde la primera sesión, en la cual ya podemos intervenir y empezar a crear espacios para que los clientes empiecen a trabajar en las soluciones (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993)

De acuerdo a Furman (1996), hay ciertas guías que pueden llevar los terapeutas a una sesión enfocada a soluciones. Estas guías son útiles para ver qué es lo que se busca en el transcurso de una sesión:

- *Inventar nombres y rótulos.* Ponerle un nuevo nombre al problema ayuda a la persona a desligarse de las implicaciones negativas asociadas al nombre convencional, como “depresión”, “imposibilidad de...”, etc.
- *Formular explicaciones.* Si hay que explicar el problema de alguna manera, lo mejor es que sea con aquéllas que apunten a una solución; que ayuden a la persona a lograr algo.

- *Rever el pasado.* Por lo general, los clientes ven el pasado como la causa de sus problemas; entonces se enfocan mucho en él. Lo que se pretende lograr es que vea cómo el pasado contribuyó a mejorar sus recursos, repasar su vida de forma más positiva.
- *Deshacer las conexiones con otros problemas.* Los clientes tienden a ver los diferentes problemas por los que pasan en un momento determinado como relacionados unos con otros. Los autores proponen atacar cada problema individualmente, para poder llegar a soluciones individuales también.
- *Sacar a relucir los recursos de los clientes.* Con la premisa de que todas las personas tienen recursos, hay que utilizarlos en la solución de su problema.
- *Compartir experiencias personales.* Sobre todo cuando esas experiencias tienen cierto aprendizaje, o pueden aportar algo a la solución.
- *Generar soluciones creativas.* En la sesión, hay que sugerir incluso las soluciones más disparatadas y que, a los ojos del cliente, sean incluso “locas”. Muchas veces eso puede facilitar la adopción de soluciones.
- *Crear una visión positiva del futuro.* Las preguntas a futuro del estilo ¿Cómo estará usted cuando el problema esté resuelto? Ayudan a crear en el cliente una visión positiva del futuro, en donde la solución al problema se da por hecho.
- *Centrarse en las excepciones y progresos.* En lugar de preguntar acerca del problema, o de centrarse en ese tipo de preguntas, los terapeutas buscan los momentos en los que el problema no se presenta; a partir de ahí se comienzan a generar soluciones viendo qué hacen los clientes en esas excepciones.
- *Repartir el mérito.* En la búsqueda de excepciones podemos ver qué han hecho las demás personas para ayudar a resolver el problema.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) proponen utilizar la sesión como intervención, incluso desde la entrevista inicial, buscando excepciones e interviniendo para que eso suceda. Distribuye la primera sesión de la siguiente manera:

- 1) *Unión.* Una breve etapa social hasta que los clientes se “suelten”.
- 2) *Breve descripción del problema.* Buscando fuerzas y recursos del cliente.
- 3) *Excepciones.* Según O'Hanlon, independientemente de la magnitud o cronicidad de los problemas, hay situaciones o momentos en los que simplemente no se presenta. Las personas creen que estos momentos están desconectados del problema; sin embargo, para este enfoque, las excepciones ofrecen una gran cantidad de información sobre cómo resolver el problema.

Las personas toman un poco de tiempo para empezar a hablar de excepciones; en parte se debe a que está la noción de que la terapia es para hablar de problemas. Es por eso que se recomienda empezar a introducir excepciones desde el primer momento disponible de la terapia. Incluso O'Hanlon menciona que una

intervención eficaz es preguntar qué cambios se han dado desde la llamada inicial hasta el momento de la primera sesión. Muchos clientes se dan cuenta, sorprendentemente, de que ya comenzaron los cambios aún antes del comienzo del proceso terapéutico.

Para este fin, se utilizan lo que se llaman “preguntas presuposicionales” (O’Hanlon y Weiner Davis, 1993). Este tipo de preguntas se hacen pensando en que los cambios *van a suceder*. Es decir, se hace la pregunta a futuro del modo ¿Cuándo suceda el cambio, qué harás diferente?, en vez de ¿Si sucede el cambio, habrá algo que harías diferente? La primera pregunta incita al cliente a dar respuestas enfocadas a la solución; en la segunda puede limitarse a decir si o no.

Tomando en cuenta las preguntas presuposicionales, los autores sugieren utilizar las siguientes, incluso desde la primera sesión, para explorar excepciones:

- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que _____ (no sucede el problema)?
- ¿Cómo conseguiste que sucediera?
- ¿De qué manera el que _____ (excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?
- ¿Quién más advirtió que (excepción)?
- ¿Cómo conseguiste que dejara de _____ (conducta “problema”)?
- ¿De qué manera es diferente a la forma en la que lo hubieras manejado antes?
- ¿Qué haces para divertirte?
- ¿Cómo resolviste esto antes? ¿Eso te puede servir ahora?

4) *Normalizar y despatologizar*. Muchas veces las personas ven algo como un problema; el terapeuta trata de normalizarlo para poder empezar a buscar soluciones.

Después de esta primera parte, y ya que nos conjuntamos con el cliente en la búsqueda de excepciones y soluciones, se fijan los objetivos de la terapia. Después de esto, se pueden hacer elogios al cliente, y se realizan preguntas al futuro (de manera presuposicional) de tal forma que se siente un precedente y se trabaje sobre estos objetivos en las siguientes sesiones.

De la misma manera, los autores sugieren una serie de intervenciones y prescripciones durante el proceso terapéutico. Ellos mencionan que una forma importante de intervenir, es haciéndolo sobre el patrón que genera la conducta problemática o la queja del cliente. Para lograr esto, se pueden hacer varias cosas: cambiar la frecuencia o la tasa, la duración, el lugar o añadir un nuevo elemento a la queja. Además de intervenir sobre el patrón de la queja, también se puede hacerlo sobre un patrón contextual y no tanto sobre la queja en sí; más bien se trabaja en los patrones que se generan cuando sucede el problema, pero que está alrededor de él. Por ejemplo, cuando alguien se siente triste, no sale con sus amigos; ese último comportamiento es contextual y se puede incidir sobre él.

Tareas de fórmula. En este modelo también se pueden utilizar intervenciones ya hechas, que se utilizan siempre, son como tareas que los clientes llevan a casa y sirven para ponerlos en el modo de búsqueda de soluciones. Por ejemplo, en la primera sesión se les pide que para la próxima observe todo lo que sucede en su alrededor *que quisiera conservar*. Esta tarea busca que los clientes se pongan sus gafas de “buscar cosas positivas” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Además, muchas veces en esta tarea suceden cambios, aunque no se les pide explícitamente que hagan algo nuevo o diferente. El sólo ver lo que marcha bien hace que las personas se comporten de una manera diferente.

Otra tarea de fórmula es pedirle a una persona en el sistema que haga una o dos cosas que sorprendan a los demás (padres, hermanos, pareja). La tarea de los demás miembros del sistema es adivinar qué es aquello que la persona está haciendo diferente. Esto hace que los clientes nuevamente fijen sus cosas en las conductas nuevas. Generalmente, las sorpresas suelen convertirse en soluciones (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Finalmente, los autores hablan de “tareas genéricas”. En ellas, ya que se ha definido un objetivo, es posible emplear su propio lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Por ejemplo, si alguien dice que “quiere ser feliz”, una intervención de este tipo sería: “Fíjate en lo que haces esta semana que te de mayor felicidad”. Esta intervención presupone, desde el diseño de la frase, que en este periodo *se van a producir cambios*. Lo único que tiene que hacer el cliente es notarlos.

La pregunta del milagro. El desarrollo de esta técnica se dio cuando los terapeutas de este modelo buscaban formas en las que los clientes comenzaran el proceso de búsqueda de soluciones y mantuvieran la actitud de solución de problemas, en vez de enfocarse en sus deficiencias y sus problemas actuales.

La pregunta del milagro es una formulación que va más o menos de la siguiente manera: “Imagina que una noche, mientras está durmiendo, un milagro sucede y, a la mañana siguiente, tu problema se ha resuelto. ¿Cómo te darías cuenta?, ¿qué sería diferente?”. Esta pregunta pone a los clientes en una postura de solución de problemas y les da una visión más clara del objetivo que persiguen (Nichols y Schwartz, 1995).

Preguntas de escala. Estas preguntas se utilizan para tener comprensión más clara de los objetivos que se desean y de cómo obtenerlos. Se les pide a los clientes que se posicionen en una escala del 1 al 10, en relación con su problema. Se les pregunta qué sería necesario para subir un nivel (del 1 al 2 por ejemplo), y qué sería la meta máxima (el 10).

2.5.4. Consideraciones finales

Una de las críticas a este modelo es su insistencia en ver excepciones y en “alabar” a los clientes. Muchos terapeutas de otros modelos se cuestionan la

efectividad de la terapia y su supuesta “posmodernidad” cuando el terapeuta se dedica a hablar sólo de las cosas positivas (Nichols y Schwartz, 1995). Esta puede ser una crítica muy válida, ya que la tradición terapéutica nos dice que para lograr la “curación” se necesita del insight, del entendimiento del problema, o de revivir la experiencia dolorosa (la catarsis). En este modelo no creen en eso. Además insisten en que los cambios que pretenden lograr en la terapia son *duraderos*, es decir, no es una intervención en crisis.

Este modelo se adecua mucho a mi estilo de pensamiento y de forma terapéutica. Algo que me incomoda mucho es sentirme en el papel de “experto” y que se las respuestas a los problemas de los clientes. Además, me cuesta un poco de trabajo teorizar acerca de las causas de los problemas; como que me detengo mucho en esa parte; es por eso que me hace mucho más sentido un enfoque como este, donde el foco principal es en el futuro, y además considera que los clientes *quieren cambiar*. Eso es una de las partes que me reconforta mucho de este modelo: le devuelve un poco a los clientes la credibilidad y la esperanza en el cambio.

2.6. Modelos derivados del posmodernismo

Estas posturas se basan en las aproximaciones derivadas del construccionismo social. La teoría de la construcción social dice, básicamente que nuestras creencias acerca del mundo son una especie de “invenciones sociales” (Hoffman, 1993). Existe una serie interminable de significados que emergen de las interacciones entre las personas. Lynn Hoffman (1993) observa el cambio del modernismo al posmodernismo en metáforas: de círculos eternos e interminables, a ríos que corren a través del tiempo. De hecho, la realidad puede ser comparada a ver a través de cierto par de “lentes”, con los que acomodamos nuestra experiencia del mundo. Para Lynn Hoffman (1993) el cambio al posmodernismo se basa en tres “lentes”: la teoría de la construcción social, la cibernética de segundo orden, y los lentes de género.

De esta nueva forma de ver la realidad se desprenden varios enfoques terapéuticos, intentando adaptar los nuevos conocimientos en el trato con los clientes. En este apartado hablaremos de la Terapia Narrativa y de la Postura Colaborativa. A continuación hablaremos de las similitudes entre ambas formas de aproximación terapéutica, y más adelante discutiremos acerca de las particularidades de cada una de estas visiones. Dentro de aquéllas cosas que comparten, podemos dividir las en dos apartados (Smith, 1995):

Un paradigma posmoderno.

- Ven a los clientes como expertos en sus propias vidas e intentan co-construir historias más útiles o nuevas posibilidades con ellos.
- De la misma manera, utilizan una filosofía construccionista social, es decir, ven una multiplicidad de realidades posibles y dichas realidades son construidas socialmente y validadas en el consenso.

- Además, ambas posturas ven a los clientes dotando de sentido al mundo a través de historias. Finalmente, ambas posturas hablan de una multiplicidad de “selves”, más que una “esencia” de la persona.

Posturas orientadas a la narración.

- Los terapeutas de ambas posturas están permanentemente preocupados por el tipo de relación que llevan con los clientes. Prefieren crear espacios abiertos en donde ambos puedan co-construir significados.
- De tal manera, ambos constructos terapéuticos privilegian las descripciones del cliente sobre sus explicaciones; más que asumir que hay “algo más profundo” debajo del comportamiento o lenguaje del cliente, los terapeutas son genuinamente curiosos respecto a las descripciones que hacen los propios clientes de sus vidas.
- Los terapeutas prefieren una postura de colaboración e involucramiento con el cliente, más que una posición jerárquica y distante.
- Otra postura que es preferida por los terapeutas en estos modelos es la transparencia sobre el secreto. Es decir, lo que piensa el terapeuta es puesto al servicio del cliente: sus explicaciones, su experiencia de vida y todo lo que en otros modelos se deja en el secreto, para “planear” las intervenciones, o como formas de explicar lo que sucede “realmente”. Tom Andersen propuso ideas muy interesantes en donde los miembros del equipo ofrecen sus reflexiones al servicio de los clientes, en una práctica muy conocida hoy en día, el equipo reflexivo (Andersen, 1987).

2.6.1. Terapia Narrativa

2.6.1.1. Principios básicos

Este modelo nace del trabajo de Michael White en Australia y de David Epston en Nueva Zelanda. Fiel a su nombre, utilizan la analogía del texto para describir la experiencia humana y darle sentido a cómo es que las personas perciben los problemas como problemas. Mencionan entre sus grandes influencias todo el trabajo de Michel Foucault, y dan un giro interesante e inesperado a los conceptos ya familiares para los terapeutas sistémicos de Bateson; es curioso ver cómo a través del tiempo, los mismos escritos pueden ser interpretados de distinta manera y crear un estilo de terapia completamente diferente (White & Epston, 1993). Para ellos, las analogías que escogemos y con las que nos explicamos el mundo nos da un bosquejo de cómo concebimos la organización social, los problemas y sus soluciones. En este respecto, es muy distinto concebir al hombre como una máquina, que como un organismo, o un texto o relato (White & Epston, 1993). ¿Qué implica esto para la terapia? Ahora, el proceso se vuelve la búsqueda de relatos alternativos al dominante, que se encuentra saturado por el problema, relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados.

White y Epston creen que nuestras vidas están regidas por relatos dominantes, los cuales son impuestos socialmente por medio de técnicas de poder. Muchas veces, estos relatos se contradicen con las experiencias vividas, y este “desajuste” provoca ansiedad y malestar, ya que uno no está viviendo “como se debería vivir” (White & Epston, 1993).

Esta postura terapéutica tiene un marco de referencia que ve personas que adoptan una postura “saturada por el problema”, la cual se convierte, de alguna forma, en dominante y central en sus vidas (Smith, 1995). Al mismo tiempo, delegan o restan importancia a puntos de vista o historias alternativas, que hablan de ellos mismos de una manera diferente. Se asume que la experiencia vital es demasiado rica como para que una descripción estática englobe la descripción de una persona. Se supone que hay momentos, por muy breves que sean, en donde el problema es vivido por el cliente como menos intenso o donde incluso los clientes se viven a ellos mismos de maneras diferentes. Estos momentos dan pie a formar nuevas narrativas (Smith, 1995).

Uno de los ejes que guían gran parte del trabajo de White, es que el terapeuta juega un rol importante en deconstruir las prácticas e ideas culturales y de género que dan prescripciones totalitarias acerca de cómo la gente debe vivir sus vidas. En este sentido, el terapeuta es un agente de cambio muy importante (Smith, 1995). Desde esta perspectiva, todos tenemos ideas dominantes internalizadas que prescriben cómo nos comportamos con otros miembros de la sociedad. Muchas veces estos patrones de interacción inducen culpa y acusación. Es entonces que el problema deja de radicar en los comportamientos o patrones de interacción y se convierte en la propia “identidad” (“algo tengo mal yo”).

Una de las contribuciones más brillantes de White y Epston fue desarrollar una manera de reducir la apropiación de los problemas y la adjudicación de culpas a través de las conversaciones externalizantes. Tanto White como Epston piensan que de no haber sido por el desarrollo de este tipo de conversación, su trabajo no se habría convertido en lo que es hoy en día (Epston, 1998). Estas externalizaciones no son prescritas o impuestas al cliente; más bien son vistas como descripciones “candidatas” que emergen del propio lenguaje del cliente (Smith, 1995). Si al cliente no le hace sentido la conversación acerca de lo que se externaliza, entonces se abandona y se le pregunta al cliente cómo quiere hablar del problema.

2.6.1.2. Forma de trabajo

a) Externalización del problema

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este contexto, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía, haciéndolos menos constantes y restrictivos (White & Epston, 1993).

La externalización del problema también conlleva un quehacer político. Ayuda a las personas a identificar los conocimientos unitarios y los discursos de “verdad” que las están sometiendo, y a liberarse de ellos (White & Epston, 1993). Por lo general se despiertan experiencias de fracaso que están relacionadas con cumplir ciertas expectativas o acatar ciertas normas.

¿Cuáles son los efectos de la externalización? Para White, el abordaje de este tipo disminuye los conflictos personales, combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema, allana el camino para que las personas cooperen entre sí. Abre nuevas posibilidades y permite afrontar a las personas de un modo más desenfadado, más eficaz y menos denso, problemas que parecían terriblemente serios (White & Epston, 1993). Para Epston, las personas, parejas o familias se convierten más en agentes de cambio que en pacientes. Se vuelven más creativos, entusiastas, y recurren a sus capacidades de solución de problemas que incluso no sabían que tenían. Además, se muestran más orgullosos de ellos mismos y de sus relaciones. Finalmente, tienen acceso a otro tipo de historias, donde el problema no es el actor central, y donde son protagonistas (Epston, 1998).

b) Visión del proceso terapéutico

La externalización del problema permite a las personas separarse de relatos dominantes y recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, los cuales son llamados “acontecimientos extraordinarios” (White & Epston, 1993). Cuando se identifican estos acontecimientos extraordinarios, puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados y formen parte de una historia alternativa.

¿Cómo se aplica esto en el contexto terapéutico? White y Epston creen que la terapia inspirada en la externalización de los problemas facilita la reescritura de vidas y relaciones. Entonces las prácticas asociadas a este constructo apuntan precisamente a esta reescritura (White & Epston, 1993; White, 2002):

El proceso se divide en cuatro etapas:

1. Conversaciones externalizantes. Tienen por objeto deconstruir la experiencia problemática del cliente, y observar las instancias de poder relacionadas con el mantenimiento del problema.

Preguntas de influencia relativa. Es un proceso de entrevista que resulta especialmente eficaz para ayudar a las personas a externalizar su problema. Se pone en marcha desde la primera entrevista. Se comprenden de dos conjuntos de preguntas:

- *Preguntas sobre la influencia del problema sobre la vida de las personas.* Estas preguntas ayudan a describir la esfera de influencia del problema, a

nivel conductual, afectivo, interaccional. Una de las preguntas que más me gustan en este tipo de trabajo es: ¿qué no te deja hacer el problema? Es decir, cuando una persona se deja “absorber” por el problema, ¿Qué ya no es capaz de hacer?, ¿cómo le impide relacionarse?

- *Preguntas sobre la influencia de las personas sobre el problema.* Una vez que ha quedado muy clara la esfera de acción del problema sobre la vida de las personas, se voltea la pregunta: ¿ha existido alguna ocasión en que el problema estuvo a punto de apoderarse de ti, pero hiciste algo y entonces no lo hizo? Este tipo de preguntas generan información que contradice la descripción saturada por el problema, y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad (lo que es, finalmente, su agencia personal).

2. Conversaciones de re autoría. Haciendo una revisión de lo que las personas han hecho en contra del problema es donde se encuentran los acontecimientos extraordinarios. Se pueden utilizar acontecimientos extraordinarios pasados, presentes o incluso futuros.

En los dos primeros tipos de conversaciones, las preguntas van dirigidas a que la persona pueda distinguir entre dos tipos de influencia, dos tipos de panoramas. Los dos se incluyen tanto en las preguntas de influencia relativa, como en las preguntas para engrosar los acontecimientos extraordinarios:

- *Panorama de la acción.* Es decir, cómo se liga este evento a otros eventos, básicamente es discernir qué pasó, cómo pasó, qué hizo la persona y los demás en torno a la acción realizada.
- *Panorama de la identidad.* Es decir, el evento qué le hizo pensar de sí mismo y de sus relaciones, cuáles son las implicaciones de lo que ocurrió para su identidad.

3. Conversaciones de re-membranza. Primero, se presenta al cliente con una opción: después de hablar de las historias saturadas por el problema, de los acontecimientos extraordinarios y de la propia agencia personal en el problema, se hace una pregunta: ¿quieres continuar con la historia de antes, o estás dispuesto a seguir por un camino diferente, en el que haces frente al problema y lo puedes “destruir”? Se respeta la decisión del cliente, aunque por lo general eligen engrosar los acontecimientos extraordinarios con el objetivo de crear una nueva narración, no saturada por el problema, donde se habla de una persona que toma control sobre el mismo y que tiene las herramientas para derrotarlo.

En este sentido se hace una nueva membresía en su vida, un nuevo “club” en donde el cliente puede invitar a quien él más prefiera, a las personas que hayan participado en esta nueva narración. Esto nos lleva a una última etapa.

4. Ceremonia de definición. Se buscan personas que sean testigos, que reconozcan y autentifiquen la nueva narración. Esto se puede hacer de distintas maneras, y aquí participan otras personas importantes para el cliente: sus

familiares, amigos, pareja, etc. quienes funcionan como “avales” de esta nueva experiencia.

White y Epston toman ideas acerca del equipo desarrolladas por Tom Andersen y le dan un giro peculiar: lo convierten en un tipo de ceremonia de definición, con los miembros del equipo funcionando como testigos del cliente. Se proponen lineamientos específicos para conducir un equipo reflexivo desde la Narrativa, en donde cada uno de los miembros aporta al cliente lo que su narración movió en él o ella, lo que los hizo pensar, hacia dónde se movió, es decir: ¿qué veo ahora de manera distinta, que vivo que no podría haber vivido sin escuchar este relato? (White, 2002)

c) Uso de documentos

Se presentan los documentos como ceremonias de definición muy poderosas. Si el lenguaje es una herramienta muy poderosa en las actividades que definen y moldean a las personas, el lenguaje escrito es todavía más poderoso (White & Epston, 1993).

De esta manera, existen dos tipos de documentos: los que escriben los clientes durante el proceso terapéutico, dirigidos a otros significativos o incluso a ellos mismos, como escritores de su propia vida (Penn, 1991). Y, un desarrollo muy particular de este tipo de terapia son en forma de contradocumentos (White & Epston, 1993), en los cuales el terapeuta escribe a los clientes en un intento por resignificar, resumir e incluso autenticar y validar las nuevas historias. Para ello, se valen de cartas, certificados, diplomas y todo tipo de galardones con lo que se certifica al cliente en la victoria en la lucha contra su problema.

En resumen, una terapia situada en el modo narrativo de pensamiento (White & Epston, 1993):

- Da la máxima importancia a las vivencias de las personas.
- Favorece la percepción de un mundo cambiante.
- Genera perspectivas múltiples.
- Estimula el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en el intento de construir nuevos relatos.
- Invita a adoptar una postura reflexiva.
- Fomenta el sentido de autoría y re autoría de la propia vida.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objeto” se convierta en autor privilegiado.
- Introduce constantemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

2.6.1.3. Consideraciones finales

Como podemos ver, este enfoque hacia la terapia aporta un innovador punto de vista al mismo tiempo que abraza una nueva analogía de la experiencia humana: el texto. Sin embargo, es un enfoque en el que se requiere que el cliente tenga una fuerte participación. En mi opinión personal, creo que es excelente; muchas veces los clientes esperan que se les resuelva “mágicamente” el problema con una sola intervención o explicación. Aquí, ellos tienen que trabajar, ellos dirigen la terapia, y al mismo tiempo retoman su agencia personal. La pregunta que me hago es: ¿Qué tanto efecto pueden tener este tipo de posturas en el mundo terapéutico de hoy en México, donde la gente va en muy poca proporción a terapia, y donde generalmente esperan que se les “resuelvan” sus problemas? Mi inquietud es que las personas abandonen el proceso antes de comenzar a ver resultados. Creo que un paso importante es la sesión inicial y el encuadre terapéutico, para que a todos nos quede clara la forma de trabajo.

2.6.2. Postura colaborativa.

Harlene Anderson y Harold Goolishian son los autores más importantes de esta postura, la cual surge en el Houston Galveston Institute. Consideran este enfoque más una filosofía de vida, que una teoría acerca de la terapia (Anderson, 2001)

Anderson y Goolishian comienzan a trabajar juntos desde la Terapia de Impacto Múltiple. Este tipo de terapia era un esfuerzo colaborativo entre varios profesionales de distintas disciplinas trabajaban con las familias y otras personas relevantes de manera intensa durante un periodo de dos días, con el objetivo de crear un proceso de auto rehabilitación de la familia (Anderson, 2000). Los inicios de la postura colaborativa estaban en esta terapia: el cliente como el experto, la importancia de múltiples voces, la no patologización, y los terapeutas pudiendo hacer públicos sus pensamientos (Anderson, 2001). Además realizaban un trabajo constante de aprendizaje de las nuevas teorías.

Anderson cita muchas influencias para esta postura colaborativa: Watzlawick y su Teoría de la Comunicación Humana, ideas de Bateson, Selvini Palazzoli, Tom Andersen. Lynn Hoffman, todos ellos desde la tradición terapéutica. Y también tienen influencias desde la ciencia y la filosofía como Derrida, Kuhn, Heidegger, Rorty, Wittengstein y Humberto Maturana, entre otros. Finalmente, sus máspreciadas influencias vienen desde la hermenéutica y la teoría de la construcción social (Anderson, 2001).

Decidieron entonces concentrarse en una nueva tarea: aprender el lenguaje cotidiano de los clientes, tanto en las frases como en sus valores y visiones del mundo. Esto inició un cambio, ya que se dieron cuenta de que escuchaban mejor, de una manera más genuina y desde otra posición; además se dieron cuenta de que hablaban el lenguaje de ellos, y no su propio lenguaje profesional (Anderson, 2000). Una de las cosas más interesantes es que se movieron de un cuestionamiento unidireccional (terapeuta – cliente) a uno de tipo bidireccional,

donde la participación del terapeuta es crucial, creando formas de co explorar el problema y co desarrollando las posibilidades. Además de lo anterior, las necesidades de intervenir se disolvieron, se pudo jugar más con la incertidumbre y se introdujeron múltiples terapeutas en el espacio terapéutico, fomentando la participación, cuestionamiento y diálogo entre ellos durante la sesión, e inclusive llevando resúmenes a la familia de lo discutido en las post sesiones (Anderson, 2000).

Una de las críticas a los modelos propiamente “sistémicos” es que se consideran a sí mismos modelos de “reacción”, en donde equipo y terapeutas planean estrategias, o realizan jugadas de “ajedrez”, maniobras y contramaneobras en respuesta a lo que presenta la familia. Y, mientras que la moral del equipo y del terapeuta está por las nubes, muchas veces las familias no tienen ni idea de que están siendo considerados de esa manera. Esto crea una desconexión entre terapeuta y cliente. (Hoffman, 1993). Es aquí donde se retoma y se revalora la relación entre terapeuta y cliente, la cual sirve de motor para crear nuevas conversaciones y nuevas alternativas.

2.6.2.1. Principios básicos.

Para los colaborativos, los problemas se mantienen o se disuelven a través de conversaciones internas y externas (Smith, 1995). Es importante notar que, bajo esta postura, es difícil hacer una distinción entre “principios básicos” y “técnicas terapéuticas”, ya que los principios son, de algún modo, las técnicas. Es decir, no hay recetas establecidas o técnicas específicas de intervención. Es por esto que muchos de los terapeutas se alejan de esta postura, ya que no les dice “qué hacer” en situaciones específicas. Es a partir de los siguientes supuestos acerca del lenguaje, del terapeuta y del cliente y la terapia, que los terapeutas pueden formar su propio “estilo” colaborativo (tomados de Anderson, 2001):

Acerca del lenguaje

- El lenguaje es el vehículo del proceso narrativo. Es utilizado para construir, organizar y dotar de significado a las historias.
- Desde una aproximación lingüística, el self es un concepto creado, una narrativa creada, existente en el diálogo y en la relación. En este sentido, el self siempre está sujeto a construcción y reconstrucción y no es algo tangible. La multiplicidad de selves no necesariamente lleva a una fragmentación del mismo.
- Como individuos absorbidos en otros, nos enfrentamos más con cuestiones de responsabilidad. La agencia personal se refiere a la propia percepción de competencia o habilidad para realizar alguna acción. Las propias narrativas permiten o lastiman nuestra agencia personal.

Acerca del terapeuta

- El rol del terapeuta es el de participar en el proceso dialógico, quedando abierto a las novedades inesperadas que puedan surgir.
- De la misma manera, deben ser muy cuidadosos de su lenguaje y de su participación en la conversación.
- El terapeuta no dirige o escoge aquellas narrativas que deben emerger por encima de otras, ni privilegiar las “preferidas”.
- El terapeuta no es un experto en la narrativa ni un editor.
- El terapeuta puede sugerir nuevas palabras en un intento por comprender a su cliente.
- El énfasis del terapeuta en este proceso conversacional es abrir los espacios para desarrollar una conversación (Goolishian & Anderson, 1992).

Acerca del cliente y la terapia

- El cliente deja de ser un sujeto al cual vamos a cambiar en terapia. El propósito de la misma es ayudar a las personas en participar de sus narrativas en primera persona.
- En este proceso, las identidades se transforman en aquéllas que permitan la agencia personal, las distintas maneras de estar y actuar en el mundo, y las múltiples posibilidades hacia las circunstancias vitales que llamamos problema.

2.6.2.2. Formas de trabajo

Harlene Anderson resume, en forma de pregunta, el “objetivo” de su trabajo con los clientes:

“¿Cómo podremos hacer los ayudantes en esta materia para crear los tipos de relaciones y conversaciones con los clientes de tal manera que todas las partes tengan acceso a sus creatividades y puedan desarrollar posibilidades donde antes no existían?” (Anderson, 2001, p. 20)

A grandes rasgos este sería el cuestionamiento de Anderson. Más que técnicas específicas, se sugieren “formas de ser y de estar” con los clientes, llegando a una postura definida y específica. Tomando en cuenta su postura hermenéutica, la terapia se convierte en la reescritura de la historia autobiográfica de los clientes a través de la conversación mutua y la co creación de nuevas historias (Goolishian & Anderson, 1992). Estas nuevas historias son historias “que no se han contado antes”; y en este sentido el terapeuta no define cuál es esa historia no contada. Es por eso que el terapeuta necesite estar continuamente ajustando su entendimiento de los clientes.

Uno de los instrumentos en los que basa su forma de trabajo es la conversación terapéutica. Esta es una tarea en la cual hay una búsqueda mutua de entendimiento y exploración a través del diálogo acerca de los “problemas”

(Goolishian & Anderson, 1992). El terapeuta, mientras que respeta el ritmo del cliente, también se puede valer de su intuición y curiosidad para invitar al cliente hacia algo en específico. Anderson habla de “entrar y moverse” en un mundo específico. En este mundo se descubren nuevas “rutas” hacia sus intenciones. Muchas veces, sin que el terapeuta quiera “cambiar” al cliente o dirigirlo hacia determinados caminos, el problema puede desistir o disolverse al mismo tiempo que continúa la exploración de este nuevo mundo y estas nuevas rutas (Smith, 1995).

Para poder lograr esto, los terapeutas colaborativos adoptan una postura llamada la “posición de no saber”. Esta posición es donde la actitud general del terapeuta expresa una necesidad de saber más acerca de lo que dice el cliente; es decir, se posiciona de manera tal que siempre está en la postura de ser informado por el paciente. En este sentido, no da más peso a tratar de adaptar la experiencia del cliente con teorías psicológicas que a saber, de manera genuina, sobre su vida. ¿En qué somos expertos? Pareciera ser que nuestra experiencia es en crear estos espacios abiertos al diálogo y a nuevas formas de ser y de estar (Anderson, 1997). Más que postura de no saber, es una de no tener que saber (Anderson, 2000) Así, la terapia desde esta perspectiva no requiere conceptos como estrategia o intervención (Goolishian & Anderson, 1992).

¿Y cómo se lleva todo esto a la terapia? Suena como un gran bagaje que hay que intentar presentar con nuestros clientes de tal manera que nuestro trabajo sea más transparente y más acorde con la filosofía posmoderna (si es que se elige trabajar de esa manera). Basta ver o leer acerca de una sesión conducida por Harlene Anderson para tener un poco más claro a lo que se refiere. En su conversación con el otro, realiza mucho este “chequeo” con el cliente, no presupone nada, y eso la lleva a revisar constantemente si está entendiendo correctamente (Anderson, 1997). La escucha respetuosa y atenta es, para Anderson, una herramienta fundamental en su filosofía y en su forma de ayudar a los clientes.

2.6.2.3. Consideraciones finales

Es importante notar que, aunque el posmodernismo tiene una propuesta de terapia y de vida muy atractiva, no proclama ser mejor ni estar por encima de otras aproximaciones a la realidad; eso lo convertiría precisamente en aquello que critica. Sin embargo, para quienes abracen esta postura, la cual al principio representa un gran choque cultural, las recompensas son muy enriquecedoras: en mi caso personal, puedo acercarme a las personas con las que trabajo de un modo muy distinto al de “terapeuta experto”, el cual desde hace algún tiempo ya no me quedaba.

Muchas de las críticas hacia esta postura van dirigidas al “no saber” terapéutico. Muchos dirían que es imposible no saber. En mi opinión personal, creo que los críticos tienen un punto, pero parece que no han leído lo suficiente acerca de lo que proponen Anderson y Goolishian. Más que no saber, yo me quedo con la

parte de no tener que saber, o no privilegiar mis conocimientos sobre los del cliente. A este respecto, Goolishian creía que el terapeuta no era un pizarrón en blanco; más bien tiene una influencia co-participativa con el cliente mientras se da forma a la conversación. Cualquiera que sean los sesgos o estereotipos del terapeuta, se privilegian aquéllas explicaciones del cliente (Smith, 1995).

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.

En el siguiente cuadro, se describen todos los casos en los que fungí como terapeuta, ya sea de manera individual, o en coterapia con alguno de mis compañeros. Se incluyen datos importantes como el motivo de consulta, si el servicio fue prestado a familia, pareja o individuo, el modelo de intervención, el supervisor del caso, número de sesiones y los resultados obtenidos (tabla 3.1).

	<i>Modalidad</i>	<i>Motivo de consulta</i>	<i>Supervisor</i>	<i>Modelo</i>	<i>Sesiones</i>	<i>Resultados</i>
S.	Familia	Comunicación disfuncional	Raymundo Macías	Estructural	4	Baja por no contar con horarios disponibles.
E.	Familia	Manejo de conflicto	Raymundo Macías	Estructural	2	Baja; dejaron de asistir a las sesiones.
M.C.	Individual (en coterapia con Marina Giangiacomo)	Relación de pareja disfuncional	Ma. Elena Rivera y Mari Blanca Moctezuma	Estratégico y Breve	10	Alta
A.	Pareja e individual	Relación de pareja, infidelidad.	Carolina Díaz Walls y Jacqueline Fortes	Milán y Posmoderno	17	Alta
C.	Familia (en coterapia con Regina López)	Problemas escolares	Noemí Díaz	Breve	5	Después de realizar algunos cambios, decidieron probar la parte médica.
M.	Familia (en coterapia con Regina López)	Violencia	Noemí Díaz	Breve	8	Se lograron algunos cambios; baja por no contar con horarios disponibles y por problemas económicos

Tabla 3.1. Relación de casos atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar.

1.1.1. Familia M

1.1.1.1. Información general.

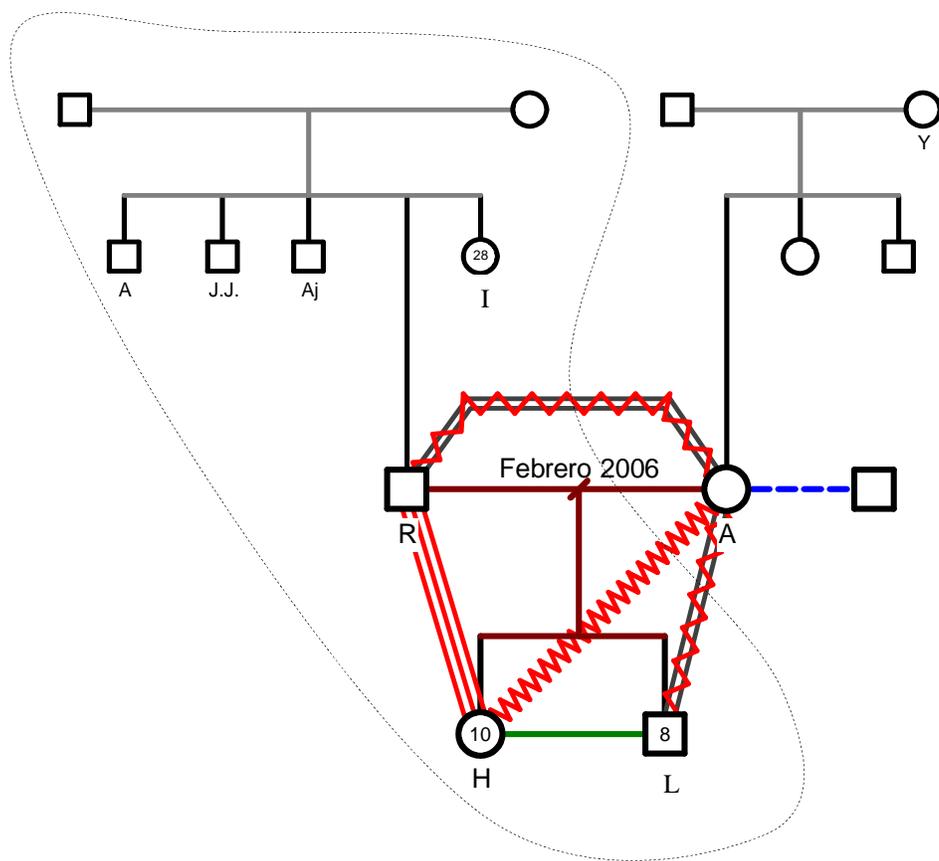
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Ocupación</i>
R.	36	Padre	Contador público
A.	30	Madre	Ama de casa
H.	10	Hija	Estudiante
L.	8	Hijo	Estudiante

Esta familia acude al Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor en el mes de septiembre de 2006 solicitando terapia familiar, fecha en la cual se le coloca en lista de espera. Este caso es entonces asignado a los terapeutas Luis Arturo Sirgo Cruz y Regina Elizabeth López Silva, estudiantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, en el mes de octubre de 2006. La Mtra. Noemí Díaz Marroquín supervisó el caso bajo el modelo de Terapia Breve.

La familia fue vista en el Centro Comunitario por un lapso de ocho sesiones, comprendidas entre el mes de octubre de 2006 y hasta el mes de marzo de 2007. Los dos terapeutas estuvieron presentes en las sesiones terapéuticas; no así los miembros de la familia, los cuales fueron fluctuando de sesión en sesión de acuerdo al proceso y a su disponibilidad. Todas las sesiones fueron realizadas en presencia de por lo menos un miembro del equipo terapéutico (estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar y la supervisora), quien observaba la sesión ya sea a través de la Cámara de Gesell o de un sistema de circuito cerrado de televisión.

Las sesiones fueron videograbadas, con previa autorización de la familia, para efectos de estudio y preparación de las sesiones por parte de los terapeutas. La identidad de los miembros de la familia se mantiene en anonimato por razones de confidencialidad.

1.1.1.2. *Familiograma (en el mes de octubre de 2006)*



La familia presentada en el momento de la primera sesión. Después de la separación de R y A, él y sus hijos se mudan con la abuela paterna, a un terreno en donde toda la familia de R (hermanos, sobrinos) tiene su casa. Los niños conviven con toda la familia paterna.

En el familiograma también se muestran las relaciones en ese momento inicial del proceso. R está muy resentido con A y no quiere ni verla. Los niños también muestran esa aversión hacia su madre, aunque L también manifiesta extrañarla mucho. H, por su parte, se encuentra muy aliada a su padre, a tal grado que “complementa” las historias que cuenta él.

1.1.1.3. Descripción de las sesiones

Sesión 1. Llevada a cabo el 19 de octubre de 2006.

Se presentan a sesión los niños, H y L, acompañados por su tía, I. Después de un breve período de presentaciones, I expresa claramente el motivo de consulta:

“Venimos porque en la familia existe violencia intrafamiliar y maltrato a los niños, principalmente a H, por parte de su mamá. Queremos que los ayuden a superar esto y que nos brinden el apoyo institucional de que están recibiendo terapia. Además de esto, en dos semanas tienen visita de su mamá, a la cual no quieren ver y no sabemos qué hacer”.

Es entonces que I comienza a narrar la historia de la familia conformada por su hermano, R, su cuñada, A, y los hijos de ellos. R y A son una pareja que se casó hace más de 10 años. Al principio vivían con la familia de R, sin embargo, 6 años atrás se van a vivir a una casa ubicada en Chalco. Según lo referido por la hermana de R, la pareja siempre había tenido mucho conflictos y discusiones, sin embargo, las cosas empeoran cuando ellos van a vivir solos.

Los conflictos en la pareja (R y A) eran muy fuertes e incluso, en algunas ocasiones, eran presenciados por los hijos. Los niños sospechaban que su mamá sostenía una relación extramarital. De hecho, H reporta haber visto a un hombre en la casa en varias ocasiones.

La madre maltrataba física y psicológicamente a los niños, especialmente cuando éstos hacían la tarea y ella se disponía a ayudarlos. Normalmente perdía la paciencia y explotaba. Los hermanos coinciden en que con H era más violenta, ya que le pegaba con una regla y le decía que no servía para nada.

En febrero de 2006, H vio a su papá empacando, debido a un altercado que había tenido con A. En ese momento ella irrumpe y la pareja comienza a discutir. La pelea llega a tal punto que A amenaza con quitarse la vida, después amenaza con un cuchillo a R llegando inclusive a lastimarlo en el costado de su abdomen. Los niños presencian toda la escena.

A raíz de esta discusión, por decisión de R, la pareja se separa y los niños van a vivir con el padre. Poco a poco, van revelando los abusos que sufrían por parte de su mamá. Es en ese momento que la familia de R decide tomar cartas en el asunto y actuar de manera legal. En el proceso de separación, A reconoce la violencia ejercida hacia sus hijos y su infidelidad, por lo que ella y R llegan a un acuerdo con respecto al divorcio y R obtiene la custodia y la patria potestad de los niños. Incluso A tomó una actitud de abandono total de lo material; en la demanda de divorcio no pedía nada. “Quédate con la casa y con todo; sólo déjame ver a mis hijos”, era lo que A pedía. El próximo 4 de noviembre, los niños comenzarán a tener visitas de la madre ante lo cual se muestran angustiados y temerosos.

A lo largo de la narración de esta historia, se exploran los sentimientos de los niños, predominando el coraje y el miedo. Toda la familia está preocupada por la reacción que pueden tener los niños ante la inminente visita de A, puesto que ellos no quieren irse con su mamá.

Los terapeutas recalcan la importancia de esta primera visita de la madre. Se exploró de qué manera podía ser este evento lo más satisfactorio posible, tanto para los niños, como para ambas familias (materna y paterna). Se da la consigna de que no dejen a los niños en medio de la situación entre adultos, comentando que son ellos quienes deben hablar y llegar a acuerdos sobre como se llevará a cabo la visita. Se les devuelve la responsabilidad por el bienestar y protección de los niños en esa situación.

Sesión 2. Llevada a cabo el 9 de noviembre de 2006.

Acuden a esta sesión I, junto con sus sobrinos H y L, y por primera vez, R, el padre de los niños. Al comienzo de la sesión, él toma inmediatamente la palabra y empieza a contarnos un poco sobre su relación con A, y el maltrato que él no lograba ver de ella hacia los niños. Fue sólo hasta que se separaron y los niños comenzaron a hablar al respecto que él dio sentido a cosas a las que no les daba antes.

Comenta también sobre la relación extra-marital que su esposa tuvo con otra persona, al principio ella la negaba, pero después aparentemente la aceptó. Incluso R llegó a proponerle que si quería mantener la relación con el amante que así lo hiciera, pero lo que pedía era no darse cuenta. Advierten que esta persona llegaba a la casa familiar a visitarla, incluso los niños manifiestan haberlo visto muchas veces en casa y cuando él estaba allí, la mamá les pedía que se subieran y la dejaran a solas.

R habla también de la ocasión en la que discutieron frente a los niños (antes de separarse) en la cual, según él comenta, ella se alteró mucho, empezó a gritarle, quiso aventarse de las escaleras y comenzó a golpearse contra la pared. Él reaccionó deteniéndola y evitando que ella se hiciera daño. También comenta que ella intentó matarse con un cuchillo, que él logra arrebatarse. Ella toma entonces otro cuchillo e intenta matar a R. Finalmente lo lastima y después de esta situación él decide la separación definitiva.

Se les pide que nos cuenten cómo les fue en la visita con la madre. Comentan que los niños no quisieron salir y les dio mucho miedo irse con su madre. A y su hermano reaccionaron de manera muy agresiva ante esto, y R. cuenta que prefirió retirarse ya que se define como “explosivo”.

Se explora un poco con R. acerca de su agresividad. Incluso menciona que su esposa le hizo creer a él que era un hombre “violento” y que él creyó; hasta este momento del proceso era ella la violenta, y no él. Los niños parecen validar este punto de vista, diciendo que su padre consentía a su mamá y era muy tranquilo.

Hacia el final de la sesión se planea la nueva visita de la madre y se sugieren acciones entre adultos para resolver el problema.

Sesión 3. Llevada a cabo el 16 de noviembre de 2006.

Se presentan a la sesión R con L y H. Nos reportan una muy buena experiencia con A el fin de semana anterior; esta vez los niños sí accedieron a ver a su mamá, platicaron con ella, e incluso la invitaron a ver un partido de fútbol, al cual los había invitado su papá el día anterior. La reacción por parte de los terapeutas fue de sorpresa y agrado, y la pregunta que siguió fue ¿qué hicieron diferente esta vez que les permitió tener estos cambios tan positivos?

R menciona que habló con sus hijos y ellos le comentaron que lo que necesitaban era que él estuviera con ellos. Los terapeutas preguntan si A también hizo algo distinto para relacionarse mejor con sus hijos. R responde afirmativamente y narra que ella le llama y le dice que va a dejar de luchar legalmente y que comprende si los niños no se quieren ir con ella. Además, R se entera que ella ha entrado a tomar clases, a trabajar y al parecer se encuentra en un proceso terapéutico individual. Esto le indica a R que ella está cambiando y está preocupada por sus hijos y por establecer una mejor relación con ellos.

La salida fue descrita como una típica salida familiar al fútbol y luego a cenar. Durante todo el tiempo la pasaron bien, contentos; incluso papá y mamá pasaron un buen rato, bromeando entre ellos. Al final, mamá sugirió si la siguiente semana podrían ir los niños a casa de los abuelos maternos a hacer la tarea y, si es posible, quedarse a dormir. Mientras que los terapeutas felicitaron a la familia por los logros obtenidos, y tras recalcar que todos han hecho algo, incluso mamá, también hablan de “tomárselo con calma” y se preguntan qué tan pronto es como para dormir en casa de los abuelos. Para tal efecto, se trabajó con escalas en cuanto a las metas que a los niños les gustaría obtener.

Después de la intersesión, se compartió a la familia una metáfora acerca del fútbol y del trabajo en equipo. Con esto se trató de incluir a todos (incluso a la mamá) en la creación del “gol”; también se les dijo que en el fútbol a veces se gana y a veces se pierde (para hablar de las posibles recaídas y vaivenes del proceso), pero más que nada se insistió en el trabajo en equipo. La familia respondió en forma alegre a esta metáfora, comprendiendo el mensaje implícito en ella.

Hacia el final de la sesión, R nos mostró un mensaje de celular mandado por A donde le dice que lo ama y le llama “cariño mío”; no se habló de él frente a los niños. El equipo sospecha una posible reconciliación, por lo que les parece importante introducir a la pareja al tema del círculo de la violencia, en particular al período llamado “luna de miel”.

Sesión 4. Llevada a cabo el 30 de noviembre de 2006.

Los integrantes de la familia acuden comentado que las cosas han estado muy bien entre ellos, los niños habían hecho tres de las cosas que les daba miedo hacer con ella: hacer la tarea, ir a una fiesta y quedarse a dormir en su casa (H). Este comentario sorprende a ambos terapeutas ya que en la sesión anterior se había trabajado con los niños el que fueran haciendo todas esas actividades de una manera gradual.

R comenta que se ha estado dando todo esto porque hay un “secreto” que tienen los cuatro, desconocido por las familias de origen. Explica que antes de llegar a la firma del divorcio, R y A se vieron solos y platicaron al respecto de la relación. Además a partir del día que se reunieron por primera vez los cuatro para ir al estadio (11 de noviembre) han seguido saliendo, juntos como familia un par de veces y R y A en pareja han salido solos en dos ocasiones. R comenta que como ya hubo un divorcio oficial, lo que desean es nada más regresar a vivir los cuatro en un departamento alquilado, ya no en la casa que vivían antes.

Comenta también que actualmente se ven a escondidas de la familia, incluso él la está llevando en las mañanas al trabajo, sin que se den cuenta. R comenta que él es muy desesperado y que quiere que las cosas se resuelvan cuanto antes; por lo mismo, han planeado volver a vivir juntos a partir de enero, acordando que pasaran las fiestas de fin de año cada quien con su familia.

Retomando la relación de A con su amante, R responde diciendo que ya terminaron en el mes de junio.

Se indaga si los niños también desean volver a vivir todos juntos; ambos responden afirmativamente. Ellos sienten que su mamá ha cambiado y se ha esforzado por estar con ellos desde otra posición.

Los terapeutas introducen el concepto de “círculo de la violencia” y la posibilidad de la recaída en los actos violentos, y se les deja el cuestionamiento sobre qué pasaría si volviera a pasar algo que hiciera que los niños sintieran miedo de nuevo y que ellos volvieran a pelear como pareja de la misma forma en que lo hacían antes. Los niños inmediatamente responden que no tolerarían regresar a la misma situación de antes y que incluso irían a vivir con su abuela si eso llegara a pasar. R comenta que no quiere pensar en eso, que no quiere pensar de manera negativa porque si no de antemano está complicando las cosas, siente la firme convicción de que todo va a resultar. Comenta que en esta nueva situación no va a haber margen de error y por eso se han dado el tiempo para volverse a conocer.

Se comenta sobre la experiencia de los terapeutas acerca de la recaída, la importancia de afianzar los cambios que ya se han logrado en la familia y la importancia de tomar con calma estas decisiones. Es por eso que proponen una sesión en pareja antes de que se tome la decisión de vivir juntos. Se concreta entonces una cita para A y R a principios de enero para discutir el tema.

Sesión 5. Llevada a cabo el 19 de enero de 2007.

Es esta la primera sesión con A, quien acude con R. La familia nos comparte que ya viven juntos desde hace un par de semanas. Los terapeutas enfatizan que se les pidió una sesión en pareja y se les habló de “tomarlo con calma”. La explicación de R fue que su familia se enteró de las salidas y visitas que tenía con A y lo corrieron de la casa. Es decir, fueron las circunstancias las que los orillaron a apresurar la decisión; sin embargo, R sí manifiesta haber presionado un poco para que sucedieran las cosas, y esa es la impresión que queda en los terapeutas.

De la misma manera, se le da la bienvenida a A al proceso terapéutico y se le da el espacio para escuchar su versión de la historia de esta familia. Es una historia con muchas similitudes a la narrada por R; sin embargo, contiene ciertos elementos previos a la infidelidad de ella que no habían sido traídos a la luz. Un ejemplo es el control que R ejercía sobre toda la familia y, especialmente sobre ella. Por medio del teléfono celular, llamadas, mensajes, revisaba quién le escribía, dónde estaba, a qué hora llegaba a la casa, etc. A confiesa haber sentido mucho miedo en esa etapa. Esto, junto con el dato de que R había sido infiel antes que A, brinda una imagen diferente a la historia. Incluso es el propio R quien reconoce la infidelidad, las tácticas de control (por medio del teléfono y del dinero, entre otras cosas).

A pesar de todas estas revelaciones, es en esta sesión donde se gesta un discurso, el cual se volverá recurrente en las siguientes sesiones: *estamos bien como pareja, el problema son los hijos*. Este discurso viene de R, y la impresión que deja en los terapeutas es de control: sobre la terapia, sobre los terapeutas y sus acciones. A está de acuerdo con R: ella siente que, desde que regresaron a vivir juntos en familia, ella ha perdido autoridad con los niños, y tiene miedo de regañarlos y que sus hijos sientan que se está volviendo a lo mismo. Entonces se llega al acuerdo de trabajar con la demanda actual (los niños), pero al mismo tiempo hablando de la pareja y ver cómo pueden hacer para que esta nueva unión funcione mejor que la pasada.

Sesión 6. Llevada a cabo el 1º de febrero de 2007.

En esta sesión se convoca a toda la familia. Se discute el tema de la “rebeldía” de los niños frente a su madre; después de mucho indagar, los niños reportan sentirse culpables por lo que ha sucedido con sus padres en términos de su relación de pareja: violencia, infidelidad y separaciones. A través de la técnica de la escenificación, se divide a la familia en subsistemas: hijos y padres. Entonces se fomenta un diálogo entre ellos respecto al tema de la culpa, lo cual enfatizan los padres en que no la tienen, y su comportamiento actual. Durante el ejercicio, se mueve de la influencia de los hijos en la relación de los padres, a la responsabilidad de los niños en cuanto a su propia relación como hermanos. De la misma manera, se intentó devolver la jerarquía a la madre, involucrándola en las intervenciones terapéuticas y poniéndola a cargo de sus hijos.

Al final de la sesión, se logra llegar a un acuerdo entre padres e hijos acerca del comportamiento en casa hacia la madre y en cuanto a sus peleas entre hermanos. Los niños se comprometen a poner más de su parte y a disminuir el conflicto en casa. Los padres también se comprometen a no pelear frente a los hijos y a demostrarles que ellos no tienen la culpa de lo que pasa entre ellos como pareja.

Sesión 7. Llevada a cabo el 15 de febrero de 2007.

Antes del inicio de la sesión, recibimos una llamada de R en la que dice que A está desesperada con la conducta de los niños; no se atreve a regañarlos o a gritarles y está desesperada. Es por eso que irían a la sesión con la condición de terminar “con las palabras”, y comenzar “con las acciones” en relación a los hijos. Cuando comienza la sesión, A toma la palabra. Dice que los niños están en una posición retadora. “No me grites, tú no me puedes gritar” es lo que le dicen. Reporta que hacen berrinches con la comida y se rehúsan a comer, a pesar de que ella les prepara lo que ellos quieren. Ella nota esta actitud sobre todo con H. Ella decide pedirle ayuda a R, que se encargue de la disciplina con los niños, para que no pierda el control.

Le preguntamos entonces por las expectativas que tienen ellos de la terapia (debido a la llamada hecha ese mismo día). En eso R toma la palabra y comenta que no ve resultados. Insiste en que quiere “acciones inmediatas con los niños”; la parte de la pareja puede esperar. E incluso comenta que si no ve esas acciones, entonces suspenderían el tratamiento. La conversación se centra en los límites y, específicamente, en quién es el que pone los límites. Se devuelve entonces que ellos, como padres, deben hacer un frente común.

Justo antes de ir con el equipo a la intercesión, R nos hace una revelación sorprendente: aquél evento que nos había platicado en las primeras sesiones, en el que A lo había amenazado con un cuchillo, era mentira. En ese momento A rompe en llanto y R intenta disculparse, diciendo que no se vale que él hubiera dicho mentiras a sus hijos y a su familia. Es por eso que hace esta revelación; para dejar las cosas en claro de una buena vez.

Regresando del equipo, se hace una interpretación (como ellos la pidieron): ¿Los niños saben que es mentira lo del cuchillo?, ¿No será que H en particular quiere castigar a mamá por lo que “hizo” con papá, y le quiere dar su merecido? A entiende que la reacción puede tener que ver por todo lo que los había lastimado en un pasado. Además de esto, el equipo se cuestiona si hay un frente común, y se le devuelve a R que no ven en él cosas diferentes (a diferencia de A, que sí ha hecho) y quieren saber a qué se compromete para elevar la autoridad de mamá y se ponen ejemplos. Al final de la sesión, traemos a los niños y modelamos un poco la autoridad con los padres. Después R toma la palabra y les confiesa a sus hijos lo que nos había confesado minutos antes respecto al evento del cuchillo.

Sesión 8. Llevada a cabo el 1º de marzo de 2007.

En esta sesión se realiza un acto de “confesión” de la mentira de R. Confesión nuevamente de R a sus hijos, a los terapeutas y a los miembros del equipo terapéutico. De la misma manera, se cuestiona la actitud de los hijos, quienes en sesiones anteriores habían confirmado la veracidad del evento del cuchillo. Se habla entonces de una especie de “venganza” hacia A por la historia de violencia a la que fueron sometidos. Pero, igualmente se habla del poder que ejerce R sobre esta familia, decidiendo quién dice qué y cómo; incluso, este poder se ha ejercido con el proceso terapéutico y con los mismos terapeutas.

A la luz de todos estos temas se sugiere un trabajo con esculturas en la sesión. Este trabajo fue muy intenso y todos los miembros de la familia rompieron en llanto en un momento u otro del ejercicio. Quedó de manifiesto el intenso control que sienten tanto los niños como A por parte de R; los terapeutas trataron de hacer claros y evidentes estos sentimientos, los cuales fueron aceptados y escuchados por R.

Hacia el final de la sesión se le entrega un escrito a los padres acerca de los límites en los hijos, haciendo eco de su petición. Sin embargo, se les pidió reflexionar acerca de lo vivido en esa sesión. A pesar de que se concertaron nuevas citas, esa fue la última vez que vimos a la familia. La razón expuesta por el mismo R es que estaba atravesando una dura crisis económica y ya no tenía ninguna razón de ir a un lugar tan retirado de su casa como lo era el Centro Comunitario.

1.1.1.4. Diagnóstico familiar

El proceso terapéutico con la familia M fue de grandes cambios. Se mostró de una manera en las primeras sesiones, y de otra totalmente distinta en las siguientes cinco. El eje motor de tal cambio de percepción fue el papel de R al frente de esta familia. Durante las primeras sesiones se jugaba con una “versión oficial” de la historia de violencia de A: R pintaba a su ex esposa como la “mala de la historia” ante los terapeutas y ante sus propios hijos, incluso valiéndose de mentiras para lograr tal fin.

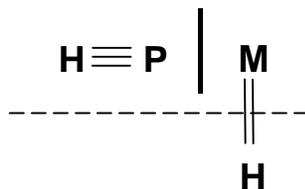
Sin embargo, no fue hasta que se obtuvo la otra versión de la historia, la de A, que se fue revelando una historia diferente; una historia de control y poder masculino, ejercido de una forma muy velada. Una historia en donde, a pesar de los intentos de ambos miembros de la pareja conyugal (R reconociendo, de alguna manera, el control tan grande que ejerce sobre la familia; A, por su parte, intentando subsanar todo el dolor y el sufrimiento que causó a sus hijos a través de su agresión e infidelidad), son incapaces de liberarse de un círculo violento en el que están inmersos.

De esta manera, entonces, se presentan puntos relevantes en el análisis del proceso terapéutico con esta familia: en dos momentos, en un antes y un después,

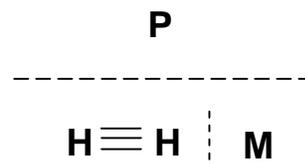
para ilustrar de la manera más clara posible el sentir de los terapeutas y del equipo terapéutico en el trabajo conjunto con la familia M.

Mapa de la interacción familiar

En la primera parte del proceso la interacción familiar se asemejaba al siguiente diagrama:



Sin embargo, mientras pasaron las sesiones, y al poder observar de manera mucho más clara el control que ejercía R en todos los miembros de su familia, el panorama de la interacción familiar se modificó, desmitificando a mamá de su posición de “mala”. Los niños, aliados, se colocan al mismo nivel que la mamá, y R, desde arriba, jala todas las cuerdas:



Subsistemas

- Parental: Formado por R y A. Durante todo el transcurso del proceso terapéutico, R y A mostraron un subsistema parental endeble y contradictorio. Mientras que por un lado, todas las tareas relacionadas al cuidado de los hijos eran encargadas a la madre, su autoridad era minada por R cuando él llegaba a casa. Hacia el final de la terapia, mostraron una gran dificultad para establecer un frente común de autoridad hacia sus hijos: A, por miedo a reincidir en la violencia, y R por no ceder el control de la situación a su esposa.
- Conyugal: Es un subsistema sumamente conflictivo en el que se presenta constantes peleas y discusiones llegando en muchas ocasiones a la violencia física y verbal. Se mueven en un continuo de amor-odio como es frecuente en las parejas en las que se da la violencia.
- Fraternal: H y L se ven unidos e incluso da la impresión de que se llevan bastante bien. Se apoyan mutuamente y comparten puntos de vista similares

acerca del problema. Sin embargo, en la última etapa del tratamiento “descubrieron” que, a través de la agresión podían obtener el poder sobre sus padres, y sobre todo sobre su madre quien, al enfrentarse a la posibilidad de endurecerse para imponer su autoridad, flaqueaba ante el miedo de que al hacerlo regresara a sus tácticas violentas.

Límites

Los límites entre los subsistemas son difusos; los hijos generalmente se interponen en las peleas de los padres, principalmente H quien mantiene una fuerte alianza con el padre. L parece estar más unido con la madre aunque al inicio del proceso terapéutico ambos hijos la rechazaban y mostraban miedo hacia ella. En ese entonces, los límites entre la pareja eran totalmente rígidos, con escasa comunicación entre ellos. Los límites al exterior de la familia también son difusos, diferentes personas los atraviesan constantemente como son el amante, la familia de origen de R, especialmente I y la familia de origen de A, principalmente su hermano J.

En la familia existe un grado alto de resonancia y lo que sucede en un miembro de la familia impacta inmediatamente en todos los demás. Podríamos decir que se fomenta un cierto grado de “amalgama” en la familia, lo cual se puede explicar por el control tan intenso que ejerce R sobre sus miembros, quienes tienen poco margen de movimiento (en varias ocasiones R mencionó que en el caso que se cometiera un error más en su relación con A, la familia se vendría abajo).

Hacia el final de la terapia, se notó una rigidización de los límites, sobre todo en el intento por mantener a la familia unida y por las maniobras desesperadas de los padres por ejercer control y autoridad sobre sus hijos. Es en estos momentos cuando se hacen más evidentes las microviolencias perpetradas por R.

Poder y Jerarquía

Es en este punto en el que los cambios fueron más evidentes. En un principio, los terapeutas “compramos” la versión oficial que nos era presentada por R y su hermana I. Incluso, en las discusiones posteriores a la sesión, una parte del equipo sospechaba de este extremismo con el que se estaba presentando la situación: una A totalmente mala, y un R totalmente bueno.

Poco a poco se fueron revelando otros elementos que entraban en el juego del poder y del dominio en la familia. Miradas, interrupciones, y en general formas muy veladas de ejercer el control abrieron el panorama de los terapeutas, quienes experimentaron de primera mano estas tácticas, ya que R trataba de orientar el curso del proceso terapéutico hacia sus propios intereses. Esto no significa que los extremos hayan cambiado: A se hacía responsable de sus propios errores, y R por su parte se esforzaba por una familia unida y feliz, aunque los medios que utilizaba para este fin no fueran los más adecuados.

Impresión del proceso en los terapeutas.

Esta fue una familia que presentó diversos matices y como tal, el proceso terapéutico también fue de matices. Por una parte, debemos reconocer que el trabajo en equipo fue un factor importante para poder entender de manera mucho más clara lo que sucedía con esta familia. La discusión del caso con el equipo terapéutico resultó ser de mucha ayuda para que pudiéramos discernir que lo que estaba sucediendo en la interacción con la familia, especialmente con R, eran tácticas de control para quitar nuestra capacidad de maniobra como terapeutas.

Por otro lado, es también importante notar que, a pesar del giro tan grande que presentó la familia en términos de poder y violencia, y también a pesar del término abrupto de la terapia por razones tanto externas como internas (jugaron un papel importante tanto el cambio de residencia de la familia como la franca amenaza a la autoridad de R), creemos que en el trabajo conjunto se pudieron llevar cosas de gran utilidad. En primer lugar, sentimos que tanto R como A pudieron llevar a cabo un mejor papel en su rol ejecutivo y se encaminaban a formar un verdadero frente común hacia sus hijos. Por otro lado, también sentimos que fue de gran importancia que se hiciera evidente el control que ejercía R hacia los demás miembros de la familia. En ese sentido, R siempre se mostró cooperador y receptivo y, aunque los cambios se lograrían en dosis muy pequeñas y muy a largo plazo, el haber hecho conscientes a todos los miembros de la familia (sobre todo A) de los actos microviolentos que ocurrían en casa, indicaba un camino hacia la mejoría.

1.1.1.5. Descripción de las técnicas utilizadas

A continuación se realizará una breve descripción de las técnicas utilizadas en las sesiones terapéuticas. Se enumerarán en el orden en que fueron utilizadas y se apuntará si fueron utilizadas con frecuencia o no.

- *Unión y acomodamiento.* Una de las primeras técnicas a utilizar, con el propósito de establecer una buena alianza con la familia, y especialmente con los niños, haciendo gran empatía con sus sentimientos de tristeza y dolor.
- *Cuestionamiento circular.* Técnica utilizada constantemente en el proceso. Generalmente, cuando uno de los miembros de la familia hacía una declaración, ya sea acerca de él mismo o de otro miembro de la familia, se hacía una especie de “chequeo” con los demás miembros “hacer visibles” distintas posiciones y formas de ver el problema. Además, fomenta la comunicación entre los miembros de la familia.
- *Foco e intensidad.* Esta técnica también se realizó en la mayoría de las sesiones, donde centrábamos la conversación terapéutica en aquéllos temas que consideramos importantes de tratar. Entre ellos estaban las reacciones de

explosión de R, el revelamiento del secreto en las últimas dos sesiones y el trabajo con la escultura familiar.

- *Alianzas.* Las alianzas fueron utilizadas en varias sesiones del proceso terapéutico con resultados mixtos. En primera instancia, nos aliamos con R para lograr la continuidad del proceso. En un siguiente momento, nos aliamos con los niños en cuanto a sus sentimientos de tristeza y miedo. Finalmente, nos aliamos de una manera muy específica con A, favoreciendo su rol como madre y como autoridad en la familia. En esta última alianza se revelan distintas tácticas de poder y control ejercidas por R, incluso hacia los terapeutas.
- *Tareas.* Durante el proceso se dejaron tareas a la familia con el fin de llevar la terapia fuera de los límites del espacio terapéutico. Dichas tareas era revisadas en la siguiente sesión. Durante las ocho sesiones la familia participó de manera muy activa en la realización de las tareas que les fueron encomendadas.
- *Consejo especializado.* Utilizado en las primeras sesiones, sobre todo en la forma de manejar el asunto de las visitas de A, pláticas y acuerdos entre adultos, así como lo que conocíamos acerca de la participación del Centro Comunitario en el proceso legal.
- *Trazar metas con la familia.* A través de la metáfora de la “ranita”, ayudamos a los niños sobre todo, a jerarquizar los cambios que se producirían en la relación con su madre. Se estableció la meta ideal para ellos y se trabajó de tal manera que se establecieron también pequeñas metas que los acercarán más a su objetivo.
- *Connotación positiva.* Felicitamos a la familia en su momento por los logros obtenidos. Se recalcó la participación de todos los miembros en ellos, incluyendo a la mamá. Esto se hace para que la familia vea que ellos mismos son los artífices de su propio cambio.
- *Metáforas.* Se trabajó con la metáfora de un partido de fútbol para poder ofrecer a la familia dos reflexiones. Una de ellas fueron los elogios. La otra reflexión es el peligro de una recaída. Algo interesante es que R pudo “traducir” la metáfora y la iba explicando mientras hablábamos de “pases”, de “equipos” y de “goles”.
- *No apresurarse.* Esta estrategia se utilizó en la cuarta sesión, cuando R hablaba de querer cambios “para ayer” y prácticamente fijar una fecha de reunión de la familia cuando los terapeutas pedíamos una sesión en pareja. Lo que comentamos es que lo tomen con calma, que esperen a que se afiancen los cambios por el bien de la relación y de los niños.

- *Esculturas familiares.* Este trabajo de movimiento con la familia fue utilizado en la última sesión con ellos y fue bastante intenso tanto para la familia como para los terapeutas. En el ejercicio, se le pidió a la familia hiciera una escultura que hablara de cómo estaban en ese momento, cómo veían su interacción como familia. Después de hacer ellos su escultura, los terapeutas la “moldearon” y hablaron de cómo veían ellos a la familia. A partir de ahí la escultura fue cambiando de forma de acuerdo a las preguntas de los terapeutas y a lo que quería lograr la familia.

1.1.2. Familia C.

1.1.2.1. Información general

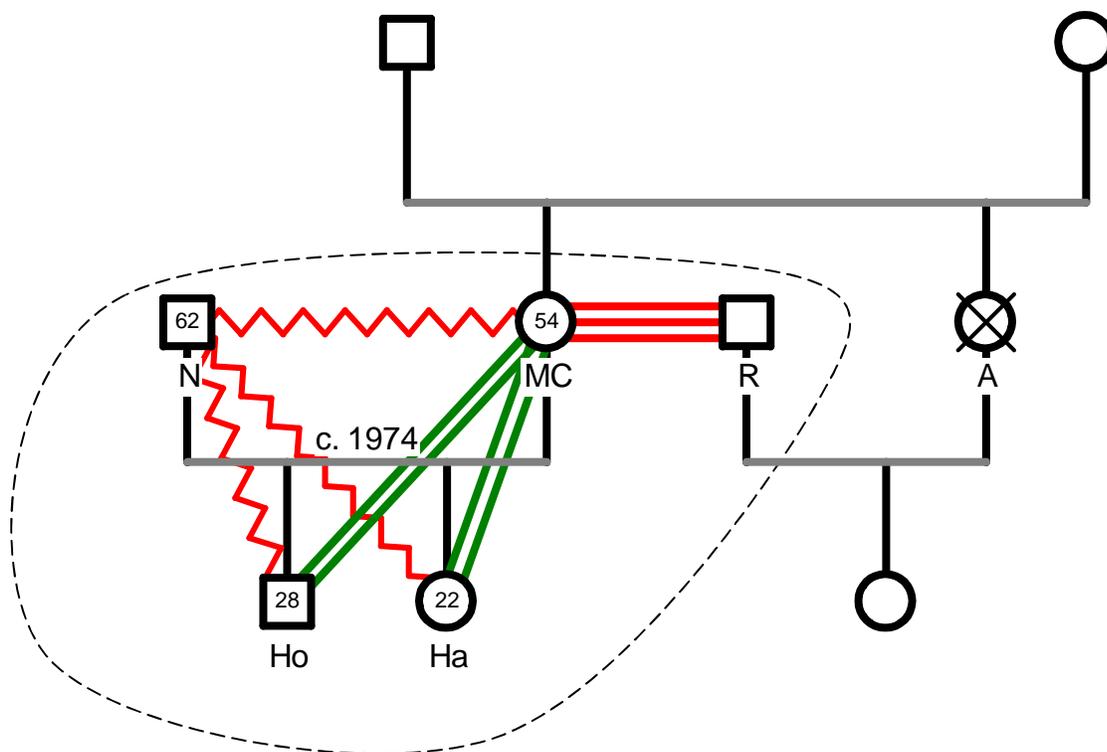
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Ocupación</i>
M.C.	54	Madre	Trabajadora jubilada
N.	62	Padre	Empleado
Ho	28	Hijo	Estudiante
Ha	22	Hija	Estudiante

M.C. acude al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM, en el mes de febrero de 2006 solicitando terapia de pareja, fecha en la cual se le coloca en lista de espera. Este caso es entonces asignado a los terapeutas Luis Arturo Sirgo Cruz y Marina Giangiacomo Bolzán, estudiantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, en el mes de marzo de 2006. La supervisión del caso corrió a cargo, en un primer momento del proceso, de la Dra. María Elena Rivera Heredia, bajo el modelo Estratégico. Posteriormente, el caso fue supervisado por la Dra. Ma. Blanca Moctezuma Yano, bajo el modelo de Terapia Breve.

M.C. fue vista por un lapso de diez sesiones, comprendidas entre el mes de marzo y el mes de noviembre de 2006. Los dos terapeutas estuvieron presentes en las sesiones terapéuticas; por parte de la pareja, sólo en dos ocasiones estuvo presente; al resto de las sesiones acudió M.C. por su cuenta. Todas las sesiones fueron realizadas en presencia de por lo menos un miembro del equipo terapéutico (estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar y la supervisora), quien observaba la sesión a través de la Cámara de Gesell.

Las sesiones fueron videograbadas, con previa autorización de la pareja, para efectos de estudio y preparación de las sesiones por parte de los terapeutas. La identidad de los miembros de la familia se mantiene en anonimato por razones de confidencialidad.

1.1.2.2. Familiograma (en el mes de abril de 2006)



En este familiograma presentamos la configuración e interacción familiar en el mes de abril de 2006, aproximadamente en la tercera sesión. Escogimos esta sesión en particular porque es la que da forma a las interacciones familiares y es significativa para el tratamiento.

M.C. lleva una buena relación con su familia, pero tiene una afinidad principal con su cuñado R., quien llega a vivir a la casa de M.C. debido a una convalecencia. Este hecho viene a empeorar el panorama familiar para N, quien de por sí tiene muy malas relaciones con toda su familia, y ahora tiene que enfrentar sus celos hacia R.

En general, pareciera ser que el ambiente familiar está definido por “una lucha sin cuartel” en contra de N. No puede tener una relación satisfactoria con su esposa (excepto por el terreno sexual), y es percibido como “uno más de los hijos” por parte de M.C.

1.1.2.3. Motivo de consulta

En la sesión de pre consulta y en la entrevista inicial, la paciente resalta su interés por mejorar la relación que mantiene con su esposo desde hace 31 años; relación que describe como distante, con poco involucramiento, comunicación y -en ocasiones- ofensiva e irrespetuosa.

Asimismo, pretende descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida saludable (padece de riñón poliquístico) con menos sensaciones de malestar, mejorando la relación que mantienen ella y su esposo N

1.1.2.4. Descripción de las sesiones

Sesión 1. Llevada a cabo el 13 de marzo de 2006.

Comenzamos explicitando el encuadre (equipo detrás del espejo, sesiones videograbadas, frecuencia de los encuentros) y dando la bienvenida a la paciente. Al preguntar por el motivo de consulta, MC comenzó a narrar diversas historias relacionadas con su matrimonio de 31 años con N. También relata historias relacionadas con su juventud.

Su temprana orfandad la hace pasar estancias no muy felices con diferentes miembros de la familia, hasta que finalmente es acogida por su hermana A (ya difunta) y su cuñado R, a sus 15 años. Es una historia de “salvación” puesto que ambos cambian la perspectiva de la vida de MC, la apoyan en sus estudios y la acompañan afectuosamente en su crecimiento. Son éstos los recuerdos del corazón que la hacen sentir cercana e incondicional a R

Menciona que acude en este momento a terapia por dos motivos principales: (1) las acusaciones de N le están causando mucho dolor y confusión. Y no entiende por qué le afectan tanto y (2) Se ha dado cuenta que los años que siguen serán seguramente sus últimos años, por lo que pretende vivirlos “en armonía”, junto a su esposo.

Después de un corte en la sesión para ir a platicar con el equipo, se le entregó un mensaje recalando los aspectos de fuerza que posee y los recursos con los que cuenta. Asimismo, se hizo mención a la comprensión por parte del equipo acerca de la relación con R. Además se le planteó la posibilidad de que N pudiera asistir a la siguiente sesión, o a una de las sesiones posteriores durante el proceso.

Sesión 2. Llevada a cabo el 27 de marzo de 2006.

De manera inmediata, MC comienza a relatar los sucesos de las dos semanas anteriores. Un evento en el que MC se ve involucrada en una acusación de robo la afecta y la remonta de inmediato a sucesos de su infancia en los que se sintió humillada, discriminada y maltratada por personas significativas. Esto, de acuerdo a ella, ha mermado su autoestima y siente que no sabe “decir que no”. Estas

experiencias le han generado un “resentimiento adentro” que pugna por expresarse. Cualquier situación en la que se ve a sí misma defraudada por otros, o en la que su persona es “puesta en duda”, causa en ella angustia y tristeza. MC no entiende aun por qué le impactan tanto estos sucesos y pretende encontrar formas para controlar sus emociones.

Más adelante, se comenta acerca de su interacción con N (su esposo), y cómo parece ser que están creando “círculos viciosos” entre ambos. Antes de hacer una pausa para hablar con el equipo, se le pregunta qué se podría hacer para romper dichas interacciones sin salida. Al regresar, la paciente comenta haber dado con una idea “clave” para entender qué ocurre: es necesario que aprenda a expresar lo que siente y piensa, en forma abierta y clara. Incluso, enfatiza en la necesidad de expresar los “no” que habitualmente no puede decir, por miedo de perder el amor de las personas significativas que la rodean.

Sesión 3. Llevada a cabo el 17 de abril de 2006.

Por cuestiones prácticas, su cuñado R se mudó a su casa durante las semanas de recuperación de una operación reciente. La paciente relató un cambio significativo en su relación con N, quien dejó de repente de comportarse celoso e irrespetuoso con ella. Explorando un poco más, MC refiere tener sumamente claro que dicho cambio forma parte de un “ciclo” que ambos han compartido a lo largo de su matrimonio, en el cual los momentos de “crisis” parecen ser los más frecuentes, alternándose con momentos de “auge”, o de bienestar en la relación (estos momentos le han permitido conservar el matrimonio durante más de 30 años). Se encuentra viviendo, en este momento, una relación más armónica, con menos estrés. La paciente se muestra vivaz y alegre durante la sesión.

Otro tema importante fue considerar la posibilidad de que N -por características personales y por su historia de vida- pudiera ser incapaz de demostrarle a MC su afecto en forma apropiada, expresándolo muchas veces con agresiones, celos, etc.

Se ponen de manifiesto también las diferentes personalidades de los cónyuges, que parecen alejarlos en su cotidianidad como pareja. No parece existir un “mundo de pareja” entre ambos, como si no compartieran espacios, actividades, intereses, etc. Sin embargo, una de las áreas de acuerdo de la pareja es en el ámbito sexual.

Se le deja de tarea el pensar cómo pueden propiciarse las épocas de “auge”, disminuyendo las prolongadas etapas de crisis.

Sesión 4. Llevada a cabo el 8 de mayo de 2006.

La paciente relata con mucha pesadumbre algunos eventos recientes en los nuevamente se ponen en evidencia los conflictos que existen entre N y sus hijos, N y MC y también entre N y R. Un bautizo familiar los reunió a todos el sábado

anterior a nuestra sesión y los conflictos y malestares estuvieron a la orden del día. Explorando, encontramos la siguiente información en dichas díadas:

- N y sus hijos: Los hijos no ven a N como un padre y lo colocan como hermano menor, con el cual se llevan mal (pelean, se gritan e insultan en forma inapropiada). N, por su parte, no se siente papá de sus hijos y culpa a MC por las opiniones que éstos últimos tienen sobre él. Parece ser que es especialmente Ha, la hija menor, quien expresa contundentemente sus opiniones y sentimientos hacia su papá. MC relata un círculo vicioso en el que han participado todos, intentando solucionar el problema en su relación (padre e hijos se llevaban mal desde el comienzo, MC intentó mantenerlos alejados, para evitar los conflictos y esto, a su vez, contribuyó a que la relación nunca pudiera mejorarse. Así, la solución intentada, concluyó empeorando el vínculo).
- N y MC: los reclamos hacia su esposa parecen ser permanentes, cotidianos y bastante agresivos. MC refiere haber sido llamada, esa misma mañana, “traicionera, hipócrita, burlona” en relación a un episodio ocurrido 30 años atrás. N refiere en ocasiones a su pasado poco feliz, y justifica sus acciones en el presente en base a su historia de vida. Así como sus hijos no han tenido un padre, MC siente no haber tenido un esposo a su lado, que la acompañara y cuidara. Cuando se le pregunta sobre las cualidades de N, dice: “a veces es cariñoso, aunque tosco” y “a veces me platica lo que le pasa, me cuenta sus cosas”.
- N y R: cuando comparten espacios, ambos se sienten incómodos (así como el resto de la familia). Aparece un comentario sumamente interesante de parte de N hacia MC: *“¿Por qué siempre cargamos con R para todos lados?, ¿Por qué no nos vamos juntos, en familia?”*

En algunas ocasiones durante la sesión, MC repite enfáticamente: *“quiero saber por qué he aguantado tantos años, por qué he sido tan necia para sostener esta relación y aguantar tanto”*, como si el hecho de encontrar una respuesta a su pregunta pudiera darle cierto alivio, cierta paz, y le permitiera cambiar el presente. Manifiesta, una vez más, que necesita resolver su situación en esta etapa de su vida, porque sabe que le quedan pocos años “de buena salud”.

Entre las explicaciones plausibles, la paciente esboza una durante la sesión. Su “gran capacidad para amar”, para proteger a los “desvalidos” y su deseo de cambiar a las personas (en este caso, N) la llevaron a escoger una pareja basada, desde el comienzo, en la premisa “yo te voy a cambiar”. Se le devuelve -usando su propia idea- que desde el principio entró a su matrimonio con un hijo a quien cuidar y salvar.

Al finalizar la sesión, aparece información nueva e interesante. Por un lado, MC se muestra espantada con la idea de un divorcio, es un tema tabú en su vida y lo

viviría como un fracaso personal muy fuerte. Por otro lado, plantea tímidamente la posibilidad de separarse de N (vivir en casas separados, pero sin el trámite legal necesario para un divorcio), apoyándose en este espacio terapéutico para tomar la decisión. También deja entrever un esquema de lo que ella espera en un futuro cercano: si lograra cada quien entender lo que le pasa, entonces podrían tomar una decisión apropiada (reconciliarse, tener una relación distinta, ó separarse).

Sesión 5. Llevada a cabo el 29 de mayo de 2006.

Es ésta una sesión conjunta, de pareja, para sorpresa de todos. MC acude acompañada por N, su esposo, y reporta su sorpresa por la súbita decisión de su esposo de acompañarla. N se muestra, en un principio, celoso y desconfiado hacia el espacio terapéutico que se ofrece; hace preguntas respecto a cómo debe llevarse la sesión, pretende saber si se le va a dar “orientación” acerca de las cosas que hace bien o mal y *tips* para resolver sus errores. Al mismo tiempo trata de limitar la terapia a dos o tres sesiones intensivas, en las que se trabaje rápido y profundamente para resolver el problema. Los terapeutas clarifican el modo de llevar las sesiones, explican que los cambios se dan “entre todos” como un equipo, que no se darán consejos acerca de comportamientos “buenos” o “malos” de cada quien y que el tiempo necesario puede ser variable.

N se muestra sumamente interesado en retroceder a su infancia para poder entender de dónde viene todo el problema. Es hijo de una familia de 16 hermanos; cuando era niño mataron a su papá y eso marcó sus años infantiles. Recuerda (con una emoción contenida en sus labios) los problemas por los que atravesó su madre a cargo de la familia. El mismo tuvo que comenzar a trabajar desde muy pequeño. Dos años después de la muerte de su padre, su mamá se vuelve a casar con un hombre que tacha de irresponsable, borracho y agresivo. Al mismo tiempo, fueron tiempos muy difíciles en donde sufría abusos en su ambiente de trabajo también. Sin embargo, salió adelante, tanto por sus propios recursos como por influencias de personas externas (punto que comparte con la historia de la infancia de MC). Para N, esas vivencias provocaron que su carácter se “endureciera”. Comenzó a trabajar y a estudiar gracias al apoyo de su red social; en esa época reporta haber consumido alcohol y marihuana de manera regular. Además de eso, entró a practicar box. Pero también por medio de influencias externas, logró salir de ese camino de “malas compañías”.

En ese punto se interviene para que la historia sea narrada “entre los dos”, se les pone frente a frente para que realicen el ejercicio y comienzan a narrar su “historia común”. N conoció a MC en la escuela, donde él estudiaba la preparatoria y MC trabajaba. N expresa agradecimiento a MC por haberlo ayudado en esa época. Comenzaron a salir y se hicieron novios. En ese entonces, él también salía con otras mujeres, pero al descubrir en MC a una buena persona, decidió dedicarse exclusivamente a ella.

En esa época N comenzó a tener problemas de artritis (aproximadamente en 1972). Reporta que “ahí comenzó su calvario”. Los doctores le dijeron que en 15

años estaría en silla de ruedas; sin embargo en la actualidad todavía puede caminar. En ese entonces, expone a MC su condición de enfermo, y ella, profundamente enamorada, decide continuar con la relación de pareja. Se casan en 1974; ambos llegan a esta etapa con mucha ilusión de ser felices, de tener hijos y de que el matrimonio durara, como en los cuentos, para toda la vida. Sin embargo, los eventos que siguieron no fueron precisamente así de maravillosos. Incluso desde la luna de miel ocurrieron situaciones inusuales, donde N reporta molestia porque su cuñado (R) les pidió que llevaran a su hija con ellos, como chaperona de la pareja recién casada.

Los primeros cinco años de su matrimonio fueron difíciles; N trabaja fuera de la ciudad y, aunque le propuso a MC que se fuera con él, ella prefiere quedarse en la ciudad y vivir con su hermana A y con su esposo R. Se ven sólo los fines de semana, hecho que impacta en los miembros de la pareja en forma distinta. Para MC es un eterno idilio, una relación teñida por el encanto del noviazgo, de la espera ansiosa y de reencuentros intensos. N, en cambio, se siente incómodo, desplazado, insatisfecho con su supuesta nueva vida de casado. Se siente molesto por la compañía permanente de A y R.

Al final de la sesión, aparecen temas difíciles: Un intento de suicidio de MC, algunas intenciones de divorcio por parte de N y una vida de pareja sin un mundo construido de a dos y sin una parentalidad compartida.

Sesión 6. Llevada a cabo el 12 de junio de 2006.

Contrario a nuestras expectativas y deseos, MC acude sola a ésta sesión. La paciente comienza mencionando una idea que ha estado presente desde los primeros encuentros: N y ella necesitan solucionar su problemática personal (lo que ambos traen “atorado”), producto de sus infancias difíciles, y a partir de allí podrán encontrar nuevas formas de estar juntos. Aunado a esta creencia, MC manifiesta su inquietud acerca de la forma en que continuaremos trabajando en éste espacio; no tiene claro si prefiere seguir trabajando sola, o junto a N. Se le reconocen ambos caminos como válidos y se le brinda la opción de escoger cómo quiere continuar.

Se pone en evidencia que los miembros de la pareja perciben las situaciones de manera radicalmente diferente. La perspectiva de uno puede tener poco o nada que ver con la del otro, y a esto se le agrega la comunicación poco eficaz presente en ésta pareja. No han podido expresar sus necesidades y deseos en forma asertiva, en el momento justo y con palabras claras, acumulando rencores y asumiendo que uno debería saber cómo se siente el otro ante determinada situación.

Se retoma nuevamente la idea de que la familia de MC (R, fundamentalmente) constituye una fuente importante de malestar en N, quien reclama a su esposa por el sobreinvolucramiento de ambas familias. MC acepta su parte, tiene claro que

desde el principio se ha acercado mucho a R y su familia, puesto que en ellos encontró una fuente de apoyo incondicional.

Al cuestionarla sobre los orígenes de esta pareja que no pareció pareja desde el principio, MC menciona que al momento de casarse le hubiera gustado observar mayor determinación por parte de N en la toma de decisiones. Por ejemplo, si él hubiera insistido en convivir juntos, ella hubiera aceptado, basándose en su creencia juvenil de que la mujer debía “servir al hombre amado”.

Para el cierre, se trabaja con el equipo reflexivo frente a la paciente; cada quien devuelve sus impresiones, resonancias, comentarios que tiene sobre MC y su situación. Algunos comparten experiencias personales y, especialmente, se le da mucho crédito a su fortaleza en la vida. MC agradece los comentarios y manifiesta tener las cosas poco claras. Sin embargo, se siente cada vez más cercana a la decisión de no querer seguir su vida junto a N. Pide que se le otorgue el privilegio de estar confundida durante algún tiempo.

Cuando volvemos a ser tres en la sala, MC puede contestar la pregunta inicial con firmeza y claridad: Opta por continuar su proceso terapéutico sin la compañía de N.

Sesión 7. Llevada a cabo el 26 de junio de 2006.

MC llega a sesión y se reporta tranquila, al ser cuestionada respecto a los eventos de las últimas dos semanas. Cuenta que ha estado pensando en la idea de la separación y que lo entiende, ya que “no puede pasar toda la vida disculpando” a su esposo, N. De hecho, se pregunta si lo que siente por él es amor o ternura, y reconoce que no toda la culpa es de él, y que ambos son copartícipes de sus problemas.

Se comenta brevemente sobre las creencias y prejuicios basados en el género que MC podría haber acuñado desde su infancia. Se le deja como tarea el reflexionar sobre dichas creencias y su influencia en su vida actual, en sus vínculos, en su realidad cotidiana.

MC menciona que se le hizo más fácil hablar del tema después de lo ocurrido la sesión anterior con el equipo reflexivo. Ante esta aseveración, uno de los terapeutas expresó una preocupación que había tenido en estas últimas semanas, y ésta era que no quisiera que el ejercicio de equipo reflexivo hubiera, de alguna manera, “influenciado” o “sesgado” su visión de la situación con N, llevándola a ver solamente la posibilidad del divorcio, después de los comentarios de los miembros del equipo. Su respuesta a este cuestionamiento fue un rotundo “No”; si se hubiera visto influenciada, ya se habría divorciado hace mucho tiempo, ya que dice que “todo mundo me ha dicho que me divorcie”. Simplemente ahora puede hablarlo con más claridad y verlo como algo más normal.

Después de hablar de este tema, se preguntó qué necesidades tiene ahora MC con respecto a su tratamiento. Ella menciona que, ahora que sus hijos van a irse de la casa (Ho se va a Gran Bretaña con una novia al parecer, Ha está tramitando una beca para irse a estudiar a Francia), necesita más seguridad en sí misma, más confianza, elevar su autoestima. Al final de la sesión, ella misma nos comentó que leería un libro acerca del divorcio para seguir trabajando durante el periodo vacacional de verano.

Sesión 8. Llevada a cabo el 4 de septiembre de 2006.

MC regresa del período vacacional con buen ánimo. Se revisa la tarea con ella acerca de los prejuicios de género. Con mucha facilidad, MC reconoce a su abuela materna -quien la crió de los 2 a 13 años- como la fuente principal de donde surgen los mensajes que colocan a las mujeres en una posición de sumisión ante los hombres. “Los hombres deben ser servidos (por la mujer) con prontitud y esmero” decía la abuelita, dando prioridad a los hombres de la familia en cuestiones como el estudio, privilegios en el hogar, etc.

Con una llamada, el equipo resalta la capacidad de MC para adaptar el guión familiar heredado a sus propias necesidades de vida. Así es como –a pesar de la herencia de la abuela- MC ha logrado obtener una licenciatura, un buen empleo (en donde es reconocida y apreciada) e hijos independientes y autosuficientes. El equipo destaca también la elección de una pareja que escapa al rol tradicional del hombre: N colabora en forma menor al sustento familiar, siendo MC la principal proveedora económica. Asimismo, en lo cotidiano, MC es capaz de elegir cuáles de las costumbres e ideas de la abuela quiere asumir como propias, y cuáles no, por disfuncionales.

En ese momento, entra a la sesión la supervisora, y realiza una fantasía dirigida en la que conduce a MC desde su infancia hasta la actualidad, rescatando los valores familiares, sus propios recursos, su capacidad para cambiar, estableciendo un agradable nexo entre las generaciones anteriores y las actuales (se ancla a la abuela con la nieta, por ejemplo). El trabajo culmina situándola en el aquí y ahora, y preguntándole sobre su futuro conyugal. La paciente declara que pretende vivir sus próximos años en armonía, más feliz, haciendo lo que quiere, sin las agresiones permanentes de su marido. Pretende encontrar formas para que dichas agresiones no le afecten tanto, pero la supervisora le devuelve la propia responsabilidad de establecer límites claros y explícitos hacia N. MC señala que siempre le ha resultado muy difícil establecer límites con las personas.

Sesión 9. Llevada a cabo el 9 de octubre de 2006.

La paciente señala que las cosas en su relación de pareja han mejorado. Se define a si misma como “curada”, y nos regala algunas anécdotas recientes en donde ha sentido que le ha sido posible hacer cosas distintas, que le permitieron sentirse más a gusto con ella misma y al mismo tiempo, que generaron una respuesta diferente en N.

Entre los cambios que ella puede percibir, menciona que ha logrado no “engancharse” en las disputas maritales, haciendo caso omiso a los comentarios o reclamos de su esposo. Asimismo, es importante destacar que MC comenta que ha empezado a comprender más las diferencias entre N y ella, respetando y aceptando puntos de vista diferentes. Ha podido distinguir entre su propia responsabilidad y la de su esposo a la hora de sacar a la pareja adelante. Durante la sesión se le pregunta acerca de sus recursos para establecer límites a N, especialmente en el momento en que éste último comience a agredirla. MC menciona sentirse lo suficientemente fuerte como para señalarle a su esposo aquello que no quiere permitir más en su relación (agresiones verbales, especialmente), así como también ser congruente con las consecuencias que plantee.

En algún momento de la sesión, MC intentó remitirse a sus conflictos de la infancia para explicar su malestar actual. Esto fue interrumpido por los terapeutas, reubicándola en el aquí y ahora de su problemática. Por sugerencia del equipo, se realiza una evaluación diferenciando cómo llegó y cómo se encuentra actualmente. La paciente contesta de inmediato, sin dudarlo: “*llegué en un 1, y estoy en un 8*”. El equipo la felicita y le connotan positivamente sus recursos y su capacidad para perpetuar el cambio, aun sabiendo que es posible tener recaídas de vez en cuando. Para finalizar, se le propone una sesión de seguimiento a un mes.

Sesión 10. Llevada a cabo el 6 de noviembre de 2006.

MC acude a su sesión reportando que los cambios iniciados hace un mes, se han consolidado y ampliado a otras áreas de su vida. Menciona con gusto un episodio ocurrido en el ámbito laboral, en el que logró poner límites con asertividad, de acuerdo a sus necesidades. También reporta haber logrado un balance agradable entre lo que desea N y lo que ella puede ofrecerle, y viceversa. Ha logrado no “engancharse” en las tentativas de pelea de su esposo, escapando a los conflictos que antes la agobiaban. Vuelve a mencionar al “respeto a las diferencias” como la herramienta más útil dentro de este proceso, además de otorgarle un nuevo valor a sus puntos de vista, necesidades, deseos, intereses. Empieza a “escucharse” y puede poner límites de otra manera, congruente con su forma de ser, pero sin dejarse de lado ni menospreciar su posición.

Durante la sesión se realizan preguntas a futuro, con el fin de conocer cómo se percibe la paciente en el corto y mediano plazo. La respuesta es buena, MC considera que los cambios irán creciendo, que su capacidad para estar a gusto consigo misma será cada vez mayor y que su vínculo con N puede, consecuentemente, mejorar. Considera tener las herramientas necesarias para consolidar lo iniciado.

Nos despedimos en forma muy cordial y afectuosa; casi al final, el equipo envía un mensaje de felicitaciones, que conmueve mucho a la paciente. Siente que ha

concluido una etapa importante, como tantas otras cosas que ha logrado cumplir en su vida. Lo significa como un logro importante.

1.1.2.5. Diagnóstico familiar

La paciente refiere sentirse dolida e inquieta por la relación poco satisfactoria que ha mantenido durante 31 años con su esposo. Prácticamente desde el comienzo, MC y N han sostenido una relación lejana, distante, en la que este último ha ocupado un rol periférico respecto a su familia. Las funciones parentales fueron cubiertas por R, cuñado de MC y actual causa de enérgicos conflictos entre la pareja (N se muestra celoso de R y acusa insistentemente a MC de infidelidad). MC se muestra agobiada y confundida por las acusaciones de su esposo. Al mismo tiempo, manifiesta sentir hacia R un agradecimiento eterno e incondicional por el apoyo que éste le brindara en su juventud, considerándolo como parte fundamental de los cimientos que dan cuenta de lo que ella es hoy en día.

En cuanto a los intentos de solución para el caso específico de los celos de N, MC refiere haber probado en un principio mostrarle que sus celos eran injustificados. Ahora opta, simplemente, por no responder a las acusaciones, pero las consecuencias son los sentimientos de tristeza y enojo, sumados a un severo dolor de estómago y presión alta. Observa que, para evitar peleas conyugales, se ha alejado de R ó -en ocasiones- se ha visto tentada a mentirle a su esposo.

Consecuentemente, el subsistema conyugal se encuentra fragmentado, deteriorado; parece no haber una vida compartida, de pareja. MC menciona llevar “31 años divorciada” y reporta tener poco en común con su marido, a excepción del ámbito sexual, donde la relación encuentra un espacio de placer, compartido por ambos. Desde el inicio de la relación, se han presentado eventos particulares, que ponen en duda las intenciones de ésta pareja en términos de compartir una vida juntos. Ambos mencionan haberse casado “para siempre” y “enamorados”, pero en la práctica, la vida de pareja ha sido prácticamente nula desde los primeros momentos que siguieron a su boda.

MC y N se ubican en un contexto socioeconómico de clase media trabajadora, con buen nivel cultural. Sin embargo, N es considerado por la familia como una persona culturalmente inferior a los demás miembros. Probablemente esta creencia lo aleja de ellos, haciendo que la distancia afectiva crezca aun más, en base a las diferencias culturales, intelectuales o, simplemente, de intereses diferentes.

Ambos conforman una pareja de edad media con hijos mayores (28 y 22 años), aun en situación de dependencia de sus padres (especialmente de MC, que es la proveedora económica y afectiva de la casa). Ambos son estudiantes y desconocemos si existen planes de independizarse en el corto plazo. A pesar de percibirlos como dos jóvenes autónomos, con vida propia y proyectos independientes, se aprecia que la relación con su madre es bastante estrecha y

dependiente. La misma MC ha mencionado que ha “consentido” demasiado a sus hijos, probablemente dándoles pocas herramientas para una vida autosuficiente.

En esta pareja se observa fundamentalmente la ausencia de acuerdos en momentos claves de transición entre una etapa del ciclo vital (Haley, 1983) y otra. Por ejemplo, al momento de casarse y, posteriormente, al tener hijos, no pudieron elaborar acuerdos para adaptarse a los cambios, señalando expectativas mutuas, deseos, temores, etc.

El subsistema parental se encuentra formado por MC y por su cuñado R. Éste último ha participado en la crianza de los hijos desde pequeños, y éstos refieren verlo como un “padre”. Aparentemente, N no ha desempeñado funciones ejecutivas relacionadas con su rol paterno y tampoco se ha comprometido con su rol de esposo. Se ha mostrado periférico y distante, involucrándose poco en la dinámica familiar cotidiana. La paciente refiere que la responsabilidad de tal alejamiento ha sido mutua, puesto que, por un lado, N se alejó paulatinamente del círculo familiar; y por otro, para MC fue muy práctico formar el subsistema parental junto a su hermana y cuñado, formando un frente común en la crianza de los hijos de ambas parejas.

Es MC quien asume las funciones ejecutivas en esta familia. Ella cría a los hijos, los acompaña en su crecimiento, maneja la economía familiar (es la principal proveedora económica) y resuelve asuntos prácticos de la vida cotidiana.

La relación entre los hijos, Ha y Ho, es cordial, se llevan bien y comparten salidas juntos. Además de ellos, incluiríamos en el subsistema fraterno a N, el padre. Aparentemente, al no haber cumplido sus funciones de papá, sus hijos mencionan considerarlo como el “hermanito” con el cual se llevan muy mal; discuten, pelean, se gritan y acuden a MC en busca de un árbitro justo que resuelva la situación o que actúe de juez y escucha de sus quejas. En ese sentido, pueden distinguirse jerarquías un tanto confusas, en las que, por ejemplo, el padre ocupa el lugar de hermano de sus propios hijos. Asimismo, existen límites rígidos entre N y el resto de los integrantes de la familia. El contacto entre ambas partes es escaso, poco fluido y, gran parte de las veces, agresivo.

Con respecto a la relación con R (y debido a la historia de acompañamiento y solidaridad compartida por ambas familias) los límites se presentan como difusos, habiendo un sobre involucramiento de las dos familias. En apariencia, el único que queda por fuera del “muégano” familiar es N, quien desde el principio se mostró reacio a lo que él vivencia como “invasiones” a su familia nuclear.

En cuanto a las redes de apoyo de ésta paciente, aparece como figura principal, R, cuñado de MC, que ha fungido como figura protectora desde su adolescencia cuando él y su esposa (ya difunta) se hicieron cargo de MC con el afecto propio de unos padres. Por parte de ésta familia, es difícil encontrar otros apoyos; los padres y hermanos/as de MC fallecieron hace algunos años (debido a los quistes generados por la enfermedad).

Tanto Ha como Ho, hijos de la pareja, parecen funcionar como fuente de apoyo para su madre, especialmente la primera. MC se siente cuidada y protegida por ella, y manifiesta una gran admiración hacia su hija, puesto que ha hecho todo lo que a ella le hubiera gustado hacer.

En cuanto a su sistema de creencias, y por la educación recibida (“a la antigua”), MC ve al matrimonio como una institución para toda la vida, que debe preservarse utilizando todos los medios posibles, sin importar el costo personal que esa decisión conlleve. El divorcio es una palabra tabú, un gran “monstruo” que la espanta y con el que teme enfrentarse. Ella misma no se considera “hecha” para el divorcio (“*El primer hombre es para toda la vida*”. “*Cuando una se casa, abandona todo*”).

Otro aspecto significativo es el alto valor que le otorga a la vida. Es una persona que, por su condición, tiene claro que cada día cuenta, y que merece tener una vida mejor. Cuida su estado de salud (se jubiló hace tres años para preservarse de situaciones estresantes) y presenta una alta disposición para modificar los aspectos que le generan malestar en su relación de pareja.

Una de las premisas que ha marcado su vida desde joven es la de que siempre es posible cambiar las cosas, mejorarlas (por ejemplo, se casa con su esposo con la intención de cambiarlo). Consecuentemente, es una mujer que intenta constantemente ayudar a las demás personas, especialmente si se encuentran en una situación de desvalimiento o enfermedad. Sin embargo, y a pesar de su perspectiva optimista ante los eventos de la vida, piensa fervientemente que aquellas vivencias que residen en ella “atoradas”, producto de su infancia dolorosa, tienen un efecto en el aquí y ahora de su relación con N, que no podrá ser modificado hasta que ambos resuelvan los asuntos individuales que los aquejan.

Por otro lado, manifiesta no tener una gran capacidad para decir directa y verbalmente que “no” por el temor a perder el afecto de las personas significativas.

Por último, forma parte de sus sistema de creencias, la idea de que uno “siempre está aprendiendo” (incluso menciona que ha aprendido mucho de sus hijos), que indica su alta disponibilidad al cambio, su compromiso con el proceso terapéutico y con la vida misma.

Es así como diversos problemas -que tienen una historia de larga data en la relación de pareja de MC y N- encuentran su punto máximo de expresión debido a los fuertes celos que presenta N hacia R. El triángulo formado por MC, N y R (que se ha mantenido durante muchos años) permite “tapar” problemas de relación mas profundos, y evita, por parte del esposo, el sentirse responsable y/o interpelado por ellos.

1.1.2.6. Plan de tratamiento

A partir del diagnóstico familiar se decide llevar a cabo un plan de tratamiento, el cual fue cambiando a lo largo del proceso terapéutico. A continuación presentamos dicho plan en su versión final.

1. Meta general.

Aclaración: el proceso puede dividirse en dos instancias y, por ende, en dos grandes metas planteadas a lo largo del tratamiento. En un comienzo, MC acude con la aparente certeza de querer mejorar la relación con su esposo, para pasar sus últimos años de vida sana en un ambiente más favorable. En ese momento, la meta planteada fue:

“que la paciente logre descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida sana (padece de riñón poliquístico) con menos sensaciones de malestar, mejorando la relación que mantienen ella y su esposo N (vivir “en armonía” con su marido)”

Con la información de las últimas sesiones, la meta general tendría que ser planteada con un leve pero significativo matiz:

“que la paciente logre descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida sana (padece de riñón poliquístico) con menos sensaciones de malestar, optando por una buena separación o una buena unión con su marido”.

2. Problemas encontrados.

- Incapacidad en MC para expresar sentimientos e ideas en forma asertiva (especialmente, no sabe decir “no”) por miedo a perder el afecto de las personas. Aparentemente, este hecho la hace caer en círculos viciosos que le causan malestar, especialmente con N, su esposo.
- Aspecto cíclico de la relación entre MC y su esposo. Viven en estado de “crisis”, que se alternan con breves momentos de calma y armonía.
- Distintas maneras de expresar cariño encontradas en MC y N (Por ej, N expresa su cariño en forma de celos hacia el cuñado de MC), sumado a cierta incompatibilidad de intereses y gustos, que los hacen distanciarse en lo cotidiano. Aparentemente no existe un espacio compartido, una vida de pareja.
- Roles complementarios: N como esposo y padre periférico se encuentra con una MC independiente, sólida y decidida, que ocupa un lugar central en la organización de esta familia (tanto en términos económicos, como logísticos, y emocionales).

3. Objetivos.

- Que la paciente logre romper con los círculos viciosos que funcionan en su pareja, obstaculizando el vínculo entre los esposos (teniendo claro trabajar sobre los aspectos que son exclusivamente responsabilidad de ella).
- Que la pareja logre decidir el rumbo de su relación, ya sea hacia una buena integración o hacia una buena separación.
- Que MC logre encontrar formas apropiadas para expresar sus afectos e ideas como recurso para romper los círculos viciosos. Sería importante que MC encontrara herramientas para controlar las reacciones emocionales extremadamente intensas hacia situaciones que ponen en tela de juicio su integridad como persona. Probablemente si lograra expresar sus sentimientos a tiempo y con la persona indicada, no se producirían dichas reacciones.

4. Tácticas posibles.

- Fomentar, a través de una escucha interesada y respetuosa, la expresión de afecto por parte de MC, que serviría como una especie de catarsis de sus experiencias de vida. (La paciente ha mencionado en varias oportunidades que desea “sacar todo lo que tiene guardado y le hace daño”).
- Ensayar (dentro y fuera de sesión) distintas maneras de expresar sus necesidades, afectos, ideas; especialmente el poder decir que “no” a sus seres significativos, sin temor a la pérdida de su amor, evaluando las consecuencias que tendrán sus negativas.
- Trabajar con metas mínimas y concretas, a corto plazo, pequeños; para que la paciente pueda ver avances en su vida cotidiana.
- Técnicas de reestructuración del sistema: modificación de roles, jerarquía y tipo de interacción entre los miembros de la pareja.
- Trabajar con la confusión de la paciente respecto a su futuro conyugal.

1.1.2.7. Respuesta de la paciente al proceso terapéutico.

La paciente se mostró amable, dispuesta y con alto grado de cooperación y compromiso durante todo el proceso. Fue clara en la exposición de su situación, y sus deseos de cambio. Es una paciente que se emociona y compromete con los relatos de sus experiencias de vida y busca soluciones y alternativas para “ver la vida de otra manera”. Elabora de manera profunda las preguntas que se le realizan y nos da mucho material para continuar trabajando con ella. Tiene muy

buena capacidad de insight, (aunque no sea fundamental en éste modelo, creemos que es un recurso útil de la paciente).

En un inicio, se mostró sumamente interesada en lograr la participación de su marido, involucrándolo en el proceso terapéutico, al menos en algunas sesiones. Después de seis sesiones (una de ellas, compartida con a su esposo) la paciente ha dejado claro su interés en continuar sola en éste espacio.

Al incluir a N en el sistema terapéutico, nos vimos en la necesidad de establecer la alianza terapéutica con él. Al principio fue difícil; nos vimos con poca capacidad de maniobra, ya que N pretendía señalar cómo y en qué tiempo llevar a cabo el proceso. Se hizo necesario entonces, clarificar ciertos puntos acerca de cómo se llevaría el proceso. Durante la sesión empalizamos con él y para el final creemos que se sintió incluido y escuchado.

En el trabajo con el equipo reflexivo en la última sesión, MC se mostró especialmente agradecida y sorprendida por la multiplicidad de miradas hacia su caso.

Asimismo, en forma breve, pero clara, pudo manifestar la utilidad que ha tenido éste espacio para ella, en el camino a clarificar qué quiere para su vida de pareja. El trabajo realizado y la confianza adquirida en el vínculo con la paciente le permitió considerar la idea de una separación.

1.1.2.8. Impresión del proceso en los terapeutas.

Desde el principio, ambos nos sentimos conmovidos con MC y su historia de su vida; nos impactó su fortaleza, sus recursos y la sabiduría con la que afronta la vida. También nos llamó la atención su motivo de consulta: nos resulta asombroso que una mujer de 54 años esté planteando en forma tan clara su deseo de encontrar nuevas formas de vivir sus últimos años, con o sin su esposo. Sentimos mucho dolor e impotencia por la vida de pareja que MC ha llevado durante tantos años, al mismo tiempo que admiración por su fortaleza para cuestionar su actitud durante esos años, pretendiendo cambiar algo de su historia

Creemos que es una paciente con muy buen pronóstico hacia el futuro y con la que hemos establecido una buena alianza de trabajo, no solo los terapeutas, sino todo el equipo.

No tenemos claro si es un caso que podría trabajarse con los aportes específicos del modelo estratégico. En apariencia, se acerca más a una necesidad de la paciente de crecimiento y desarrollo personal, que a la resolución de un síntoma, por ejemplo. Tenemos claro que el problema de pareja podría ser manejable en forma efectiva desde este enfoque, pero no podemos dejar de lado la búsqueda de crecimiento personal que plantea la paciente. Esto nos deja con una pregunta: ¿qué se puede hacer, dentro de la terapia familiar sistémica, para trabajar con esta demanda?

La sesión conjunta ha sido sumamente enriquecedora. Al igual que sucedió en otros casos, fue útil incorporar mirada del otro, distinta y similar al mismo tiempo. Nos dejó mucho material para trabajar y pensamos que, si bien surgieron perspectivas diferentes, nuestras hipótesis acerca de la modalidad vincular de esta pareja fueron -en gran parte- corroboradas.

Por último, fue muy importante para nosotros poder clarificar las intenciones de MC respecto a su pareja, aunque sea en forma tímida y aun confusa. Creemos que nos permitirá abrir nuevos caminos para trabajar con la paciente hacia una meta. Por el momento, una de las tareas cruciales en este proceso terapéutico consiste en la toma de una decisión por parte de la paciente para darle -o no- rumbo a su vida de pareja.

1.1.2.9. Descripción de las técnicas utilizadas

En términos generales, se realizaron a lo largo de las diez sesiones las siguientes intervenciones:

- Nos propusimos seguir los pasos que define Haley (1983) para una *primer entrevista*.
- *Rastreo*. Trabajamos basándonos en la formulación de preguntas, desde una posición de respeto e interés genuino, que actuaron como disparador y nos brindaron mucha información sobre MC, su familia, su problema.
- Se utilizó la técnica estructural de *enfoque*, en la que los terapeutas escogieron parte de la problemática y comenzaron a trabajar sobre ella directamente, dejando un poco de lado otros aspectos de la vida del paciente.
- *Connotación positiva* de las experiencias contadas por la paciente, señalando enfáticamente sus lados fuertes.
- En ocasiones, dimos *respuestas en espejo*, repitiendo lo que MC había dicho, con el objeto de que ella se sintiera comprendida.
- *Redefinición*. Por ejemplo, se redefinió la conducta agresiva de N como una forma equivocada (“torpe, tosca”) de aproximarse a ella, de mostrarle cariño. Contrario a lo pensado por la paciente, sus celos podrían ser una señal de interés y unión.
- *Uso de Metáforas*. 1) Referente a su sensación de desamparo y poca compañía y apoyo en su matrimonio, se la compara con una enfermera que procura por el bienestar de todo mundo, pero a quien nadie cuida cuando ella necesita atenciones. 2) En alusión a su necesidad de saber acerca de su pasado, de eso que tiene “atorado”, se le compara el pasado con una mochila

pesada, de la que uno debe elegir responsablemente con qué quiere quedarse y con qué no, teniendo en cuenta su utilidad. Con este mensaje, intentamos plasmar los efectos de ese pasado en el aquí y ahora, para no quedarnos atorados solamente en las historias pretéritas.

- En la sesión conjunta, se realizó un *ejercicio para fomentar la comunicación* en la pareja.
- *Enseñanza de la complementariedad.* en ocasiones, se destacó la perspectiva de N, señalando las distintas maneras de ver, pensar y sentir sus experiencias de pareja que cada uno posee.
- *Cuestionamiento de su realidad, a través de sus constructos cognitivos.* Se cuestionaron sus creencias basadas en el género, o en su pobre auto-concepto.
- *Intensidad.* Se hizo uso de ésta técnica especialmente durante la última sesión, al hablar sobre las formas diferentes en que N y MC perciben su mundo. MC parecía desviarse del tema o sugerir temas nuevos, a lo que los terapeutas imprimieron intensidad, con el objetivo de que ella pudiera ver las formas tan distintas de ver el mundo en su pareja.
- *Equipo reflexivo.* Valiéndonos de una técnica utilizada en enfoques posmodernos, se utilizó, con un efecto positivo, el equipo reflexivo para que MC obtuviera “otros puntos de vista” acerca de su problema.
- *Tarea.* Se intentó sólo una vez hacer uso de una tarea, y no tuvo buena recepción por parte de MC, por lo que la supervisora sugirió no insistir (teniendo en cuenta que, además, es una paciente que trabajar mucho y en forma comprometida durante su sesión).
- En la sesión número 8, la supervisora entró en la sala con nosotros y realizó una *fantasía dirigida*, cuyo propósito fue conectar las experiencias pasadas con las actuales, y que esas mismas experiencias pasadas le puedan ayudar a enfocarse en lo que quiere del futuro.
- *Preguntas a futuro.* Focalizando en los recursos que la paciente posee para hacerle frente a las situaciones cotidianas que le desagradan.
- *Uso de escalas.* Esta técnica se utilizó en las últimas dos sesiones. Reportó un 1 cuando llegó y un 8 en este momento; se le preguntó más adelante qué podría hacer para mantener este 8 y, de ser posible, subir a 9.
- *Los peligros de una recaída.* También hacia el final del proceso se le dice que pueden existir momentos donde se vuelva a presentar el problema; la diferencia es que ahora ya sabe qué hacer.

- Se contó permanentemente con el apoyo del *equipo terapéutico* detrás del espejo, quienes participaron sugiriendo temas a explorar durante la sesión e ideas para realizar el cierre de las sesiones.

1.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención con las dos familias

1.2.1. Familia M

La familia M representó un reto muy grande en mi proceso de aprendizaje como terapeuta. En primer lugar, el formato elegido para la atención fue el de co-terapia, y eso supuso un estilo de trabajo diferente al que venía haciendo de manera individual. Aunque Regina López y yo tenemos una relación muy cercana de amistad, el hecho de trabajar juntos implicó un tipo de comunicación y una forma de relacionarnos diferente. Uno de los primeros retos fue el ponernos de acuerdo en qué cosas creíamos que eran importantes en el trabajo con la familia, cómo llevar a cabo nuestras intervenciones, cómo distribuir el tiempo de cada uno, cómo no atropellarnos, etc. Afortunadamente, y gracias a la relación tan cercana que mantenemos, las diferencias pudieron ser resueltas de una manera muy constructiva para ambos.

El siguiente reto en este caso fue la misma problemática de la familia, y en especial el trato con R. En un principio, debo admitir, caímos en el juego de R: utilizar el encanto para desviar la atención de ciertos “hechos” que no eran tan ciertos como al principio se pensaba. En el inicio del proceso, consideramos la violencia por parte de A como el eje motor de la problemática de la familia. Sin embargo, con el tiempo y una oportuna supervisión, fuimos viendo las sutilezas de los juegos de control llevados a cabo por R. En este orden de ideas fue que se nos sugirió el trabajo con ideas de violencia (Nogueiras, 2004) y de microviolencias (Bonino, 1999). El haber visto el caso a la luz de estas posturas teóricas nos permitió ver con mucho más claridad el panorama general de lo que estaba sucediendo en la familia en esos momentos. Incluso, nos permitió entender lo que estaba sucediendo en el sistema terapéutico, ya que de manera casi imperceptible sentíamos como R quería controlar lo que podíamos o no podíamos hacer como terapeutas. En el trabajo con la familia, pudimos desmitificar muchos de los comportamientos que eran considerados “normales” en la familia, y que estaban asociados al cariño, preocupación y atención cuando en realidad eran maniobras de control. Sobre todo con A, creemos que el acercamiento terapéutico desde este punto de vista le permitió liberarse de mucha culpa y pudo analizar, desde otro punto de vista, sus alcances y limitaciones como madre, esposa y mujer.

Además del análisis del caso a la luz de las microviolencias, creemos que otro de los acercamientos útiles en la intervención con la familia fue el ver la dinámica familiar desde el modelo estructural (Minuchin, 1974). Los padres, a la luz de lo sucedido en últimos meses, eran incapaces de ejercer su autoridad con los hijos y de establecer límites con ellos. La preocupación era clara, pero la pareja conyugal

no podía ponerse de acuerdo en las reglas que pondrían para con sus hijos. Aquí viví, de primera mano, las bondades del modelo estructural en el trabajo con familias, y con problemáticas como el establecimiento límites. Creo que el consejo y el material proporcionado a la familia en este sentido aligeró la ansiedad, sobre todo en la pareja conyugal, del trato con los hijos, a quienes sentían “fuera de control”.

Creo que, a pesar de que la familia dejó trunco el proceso terapéutico, la dirección el trabajo fue bastante satisfactoria, tanto para la familia como para los terapeutas. De la misma manera, la supervisión fue oportuna y acertada, y eso nos permitió entender mejor la problemática de la familia. Francamente veíamos mejoras visibles, y sentíamos disposición al cambio por parte de todos los miembros. Pudo ser la crisis económica por la que atravesaba la familia, o el miedo a un cambio tan grande en sus actitudes y formas de comportarse lo que los alejó de la terapia. Pero creemos que se llevaron cosas de gran utilidad en su vida diaria.

1.2.2. Familia C

El proceso terapéutico con la familia C tiene un significado especial para mí. En primer lugar, fue el primer caso en el que trabajé en coterapia; además de esto, fue el primer caso de la Residencia en el que se trabajó de manera constante; y por último, fue el primer caso de mi experiencia de Maestría que culminó con un alta y con un gran nivel de satisfacción, tanto por parte del paciente como por parte de los terapeutas.

Todo lo anterior no significa, de ninguna manera, que en el desarrollo del caso no se presentaran retos muy importantes para mi aprendizaje y experiencia en el trabajo terapéutico. El primero, sin duda, fue el de no saber, a ciencia cierta, la dirección del proceso con los pacientes. En un principio, el entrenamiento se basó exclusivamente en el manejo de las primeras sesiones, cómo enganchar a la familia o al paciente para continuar el proceso terapéutico, y cómo identificar los motivos de consulta y describirlos de manera detallada. Sin embargo, la pregunta que surgió fue: ¿qué sigue después de logrado ese paso? A la hora de comenzar con el trabajo propiamente terapéutico, el primer sentimiento que me invadió fue el de incertidumbre. ¿Qué pasos se deben seguir y cómo saber si son los más adecuados? Afortunadamente, es aquí donde se aprecia con claridad el trabajo de supervisión, tanto de los maestros como de los compañeros del grupo, quienes apoyaron las decisiones del equipo de coterapia o sugirieron líneas de tratamiento en momentos en los que nos sentíamos “atorados”.

El segundo reto con el que nos enfrentamos fue a la naturaleza misma del problema y a la visión de M.C. en cuanto a su origen. Para la paciente era muy importante hacer una narración detallada de su pasado; de hecho, para ella era crucial el poder “resolver” o averiguar “qué sucedió” en el allá y entonces más que en el aquí y el ahora. El problema fue que los dos enfoques con los que trabajamos (estratégico y de terapia breve) no otorgan una importancia central a estas cuestiones. La manera en la que pudimos conciliar el deseo de M.C. por hablar de

su pasado y la estrategia de tratamiento fue, en primer lugar, dar un lugar central a la indagación de la historia de M.C. y de N. para, posteriormente, ligar esta historia a la problemática actual, con el objetivo de lograr cambios a futuro. Este procedimiento no resultó del todo fácil; sin embargo, se obtuvieron resultados satisfactorios.

Esto me deja como aprendizaje algo que se menciona desde el principio de la Residencia: los modelos no son totalmente rígidos, y antes de “encajar” a una familia a un modelo de tratamiento específico, más bien hay que intentar relacionar el modelo con la persona o familia.

1.3. Agresiones imperceptibles: la microviolencia y sus efectos.

Dominio y poder en la pareja

En el área de interacción marital, el punto de vista predominante en la sociedad es que un matrimonio que funciona adecuadamente se maneja de forma equitativa más que con un patrón dominante fijo. (Gottman, 1979). Esto es consistente con las teorías de aprendizaje social que ven al dominio como una forma de control coercitivo en vez de la reciprocidad, la cual sugiere simetría. De la misma manera de acuerdo a la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967) se habla de las interacciones “simétricas” como menos disfuncionales que las “complementarias”. En los grupos humanos, el dominio se relaciona con el hecho de que la persona que goza de más poder tiene más libertad de acción, o más permiso de desviarse de la norma. En este sentido, la conducta de la persona poderosa en una relación es más predecible que la conducta de aquella persona que está siendo dominada, creando una asimetría predictiva. Gottman (1979) suponía que un patrón definido de dominio es más característico en las parejas que piden ayuda terapéutica, y que aquellas que muestran un patrón igualitario no asisten a terapia. Relacionándolo con su concepto de “asimetría predictiva”, Gottman llegó a la conclusión de que no toda asimetría predictiva se puede interpretar como dominio (un ejemplo puede ser la interacción entre una madre y un bebé); lo que encontró en su investigación es que este concepto se puede relacionar con las parejas clínicas en dos aspectos: a) el hombre en la pareja tiende a manejar más la expresión de afectos de la mujer que viceversa; y b) el hombre en la relación es menos responsivo emocionalmente que la mujer.

En la cultura mexicana, la obediencia y la abnegación conforman expresiones de poder que van amalgamadas al afecto. La relación de pareja es, entonces, una magnífica oportunidad de hacer y manifestar poder, ya que es la conformación de una relación en la que se establecen reglas y fórmulas de poder, que adquieren un único y común acuerdo. Es un enfrentamiento de afectos, signos, símbolos, estilos y valores que habrán de buscar imponerse a favor del establecimiento del nuevo contrato, definiéndose así el nuevo poder. Rivera y Díaz Loving (2002) hacen una revisión teórica del concepto de poder y llegan a la conclusión de que los estudiosos del tema coinciden en que es *la capacidad de producir efectos intencionados*, la habilidad de una persona para influenciar a los otros, aún en

términos de cambio de conducta. Para los autores, el concepto de poder en la pareja es importante porque permite un mejor conocimiento de la dinámica y funcionamiento de la misma. Entonces, el poder marital es definido como el grado en el cual un miembro de la pareja controla los actos en una relación. Los mexicanos en particular conceptualizan el poder en las relaciones íntimas de distintas maneras: en las mujeres es definido como amor, comunicación, confianza, respeto, comprensión y humor. En el caso de las mujeres casadas aparecen definiciones con carga negativa como autoridad, dominio, dinero y decisión; mientras que en mujeres solteras se utilizan nociones más positivas como fuerza, seguridad y apoyo. En el caso de los hombres solteros el poder es respeto, comprensión, confianza y dominio; mientras que para los casados es comprensión, unión, apoyo y amor. Cabe mencionar que ambos sexos utilizan definiciones negativas como dinero e infidelidad (Rivera & Díaz-Loving, 2002).

El matrimonio es una de las unidades más propensas a la crisis, sobre todo cuando se vuelve inflexible. Existen tres factores que pueden tornar una pareja funcional en un matrimonio en crisis. Las *diferencias sexuales* proporcionan desigualdad; otro problema es el *romance* que hace que las personas esperen demasiado del otro. Además, el casarse enamorado parece ser no tan buena decisión, ya que el romance es pasajero, y el matrimonio es permanente. El último factor de crisis es el *aislamiento*, al parecer artificial, al que se somete la familia una vez que se intenta consolidar; la familia nuclear elimina paulatinamente las redes de apoyo, y no puede cumplir todas las funciones que requieren sus miembros, sobre todo en la actualidad, en que ambos padres trabajan, y de un tren de vida muy ajetreado (Pittman, 1987). ¿Cuál es la razón por la que dos personas que aparentemente deciden unir sus vidas esperando crecer juntos, probablemente formar una familia y vivir en armonía terminen con insultos, golpes y agresiones que jamás imaginaron que sufrirían?

Sobre la violencia y la microviolencia

La familia es un núcleo que, aún en estos tiempos, es considerado privado, es decir, “los trapos sucios se lavan en casa”. Y dentro del ámbito familiar, la díada formada por los miembros de la pareja es un lugar extremadamente íntimo, en donde suceden cosas hermosas, pero también se puede sufrir mucho. El abuso y la violencia son formas de sufrimiento en las que elemento clave es el *poder*, el cual es ejercido generalmente para entrar en una posición superior con respecto al otro. Muchos aluden esto al aprendizaje social al cual somos sometidos desde nuestros primeros años, en donde es generalmente inculcado a un grupo muy específico, los hombres, a obtener y mantener el control de toda actividad que realizan, incluso de sus relaciones, y se enseña al grupo “opuesto”, es decir, las mujeres, a obedecer y acatar las órdenes de su marido.

Toda relación de pareja es una relación de poder (Torres, 2000). Pero ¿de qué manera comienza la violencia en el seno de la pareja? Ravazzola comenta que las ideas que obran más eficazmente para el mantenimiento de los abusos coinciden con las que sustentan los sistemas autoritarios. En los estudios acerca

del sistema de género, queda en evidencia su relación con las afirmaciones descritas como base del sistema patriarcal (Ravazzola, 2003). En el discurso autoritario reinan distintos tipos de propuestas que apuntan a obtener poder y dominio en la relación. Algunas de ellas son las propuestas elitistas, en las que se atribuye alto valor jerárquico a ciertas posiciones, por encima de otras (como por ejemplo ser blanco es “más alto” que ser negro, etc.); oposiciones polares, en las que sólo se puede pertenecer a un lado del espectro o a otro, es decir, si se es racional, no se puede ser emocional; y las descontextualizaciones, en las que una frase intenta acomodarse a todo tipo de realidad y de forma de vida (Ravazzola, 2003). Todo este tipo de maniobras sirven para poder reforzar el circuito violento en un contexto privado como el familiar.

¿Cómo se traduce esto en la práctica? El hombre recurre a muchas de estas tácticas, probablemente sin saberlo, con el fin de obtener una posición superior (aquí usaremos el término “hombre” como el perpetrador de la violencia debido a factores puramente estadísticos; sin embargo no negamos la posibilidad de que existan varias mujeres que, sin necesidad de estar insertas en un ambiente violento, sean las que busquen la posición superior y el control de las relaciones). Y muchas veces las dejamos pasar. Se dicen cosas como: “Tú no sabes de estas cosas, déjame a mí hacerlo”, “Eres una exagerada, no es para tanto”, “todos los hombres son así, y las mujeres también”, “deberías ser más como _____, que se dedica a su familia”, “Yo no sé hacer eso, es cosa de mujeres” y un largo etcétera. Poco a poco este tipo de frases, acompañadas de conductas no verbales como el silencio, la mirada, la ignorancia, van mermando la autoestima de la pareja (generalmente la mujer) a tal grado que se “acostumbra” a la situación.

De hecho, este tipo de conductas y reacciones generan un ciclo de la violencia, en el cual se encuentran las fases de tensión, en donde hay una escalada gradual de tensión que se puede ver en un aumento en los conflictos de la pareja; una fase de agresión, en donde estalla la violencia de cualquier tipo; y una fase de conciliación o “luna de miel”, en donde la persona violenta se arrepiente, pide perdón y hace promesas de cambio; todo esto lleva poco a poco a la fase de nueva tensión y de agresión y una fase más corta de conciliación (Nogueiras, 2004).

La sociedad hace tiempo que está deslegitimizando las graves violencias domésticas. Sin embargo, con las violencias que no son tan “graves” y con las microviolencias, la tolerancia y el desconocimiento son aún enormes, por lo que su anormalización y las acciones contra ellas son casi inexistentes pese a que producen un gran malestar (Bonino, 1999). Las microviolencias o “micromachismos” son pequeños, casi imperceptibles controles y abusos de poder cuasi normalizados que los varones ejecutan permanentemente. Son hábiles artes de dominio, maniobras que, sin ser muy notorias, restringen y violentan el poder personal, la autonomía y el equilibrio psíquico de las mujeres. Son formas de dominación “suave” y probablemente sean las armas más frecuentes que los varones utilizan para ejecutar violencia contra las mujeres. El autor menciona algo importante: este tipo de maniobras son de uso reiterado incluso en los varones

“normales”, aquéllos que desde el discurso social no podrían ser llamados violentos, controladores o machistas (Bonino, 1999). Uno a uno pueden parecer banales e incluso intrascendentes, pero su importancia deriva de su uso combinado reiterativo.

Los micromachismos pueden ser clasificados de la siguiente manera (Bonino, 1999):

1. Micromachismos utilitarios
 - a. *No responsabilización sobre lo doméstico.*
 - b. *Aprovechamiento y abuso de las capacidades “femeninas” de servicio.*
2. Micromachismos encubiertos
 - a. *Creación de falta de intimidad.* En este rubro se incluyen conductas como el silencio, el aislamiento y malhumor manipulativo, la puesta de límites y la inclusión invasiva de terceros.
 - b. *Seudointimidad y seudocomunicación.* Aquí se habla de los engaños y las mentiras, la seudonegociación y la comunicación defensiva ofensiva.
 - c. *Desautorización.* Se niega lo positivo, hay una colisión con terceros, y se descalifica y desvaloriza.
 - d. *Paternalismo*
 - e. *Manipulación emocional.*
 - f. *Inocentizaciones.* Ya sea culpabilizadora o autoindulgente, como hacerse el tonto, el inútil y menospreciar los propios errores.
3. Micromachismos coercitivos
 - a. *Coacciones de la comunicación.*
 - b. *Control del dinero.*
 - c. *Uso expansivo abusivo del espacio y del tiempo para él.*
 - d. *Insistencia abusiva.*
 - e. *Imposición de la intimidad.*
 - f. *Apelación a la “superioridad” de la lógica varonil.*
 - g. *Toma o abandono repentino del mando.*

En la relación de pareja, los efectos de los micromachismos son importantes. Se perpetúan los desbalances en el ejercicio de poderes favoreciendo una relación asimétrica, no igualitaria, antidemocrática y disfuncional, donde la autonomía y desarrollo del varón se realiza a costa de la mujer. De la misma manera, se encarrila la relación en dirección a los intereses del varón, se etiqueta a la mujer como “la culpable” y se enfría y empobrece la relación en general (Bonino, 1999).

Una terapia de pareja con elementos de violencia y microviolencia

En nuestra sociedad la violencia es, en su mayoría, un fenómeno invisible. Generalmente, la consciencia de malestar lleva a la no repetición de este circuito violento (Ravazzola, 2003). ¿Cómo podemos ayudar a que se logre esto? Un concepto que es de vital importancia para entender precisamente cómo es que la interacción violenta se autorregula y parece ser que se promueve es el de *relais*, el cual se entiende como un lugar o una persona intermediaria entre las dos partes violentas. La función del *relais* es la de contener estas interacciones violentas, pero no resuelve nada, sólo “para” las hostilidades para un nuevo comienzo en otra ocasión, quita de responsabilidad a los dos actores de la violencia. Ejemplos típicos de *relais* son uno de los hijos, alguno de los padres, un vecino, o alguien cercano a la familia a quien se le da este rol. El papel del terapeuta, mientras que al principio puede hacer las funciones de *relais*, es la de trascender dicho rol y convertirse en un regulador, hacer que los dos actores adquieran responsabilidad de su propia violencia o de su parte en la interacción (Perrone & Nannini, 1997).

Hacer evidentes las microviolencias en el contexto de la terapia supone varios desafíos. En el caso de la mujer (o la persona sometida a este tipo de control), la inclusión en el trabajo clínico de la detección y comprensión de las microviolencias les permite estar en mejores condiciones de saber sus efectos, de disminuir la culpa motivada por estas conductas, de ampliar su registro perceptivo de los comportamientos masculinos de dominación y de aumentar las posibilidades de crear modos de evitación y resistencia. En el caso de los varones (o los perpetradores de este tipo de maniobras), el reconocer la existencia y frecuencia de sus microviolencias puede ser un estímulo para la posición defensiva, pero también puede ser un camino hacia la apertura igualitaria. Para ello, es necesario lograr que ellos puedan estar dispuestos a una autocrítica sobre el ejercicio cotidiano del poder. En el mismo rubro, Navarro menciona (2000) que el objetivo primordial de una terapia en donde existe algún tipo de violencia es que nadie resulte físicamente herido. Otros objetivos son restablecer la consideración positiva de la otra persona y, si es posible y si así lo decide la pareja, mejorar la relación (Navarro & Pereira, 2000).

Discusión del tema en relación a las dos familias que se reportan

El tema de la violencia se hizo presente en casi todos los casos que observamos durante nuestra Residencia en Terapia Familiar. Sin embargo, creo que el tema de dominio y poder y el de microviolencias fue especialmente notorio en estas dos familias de las cuales yo fui el terapeuta responsable. En ambos casos, las acciones realizadas por los dos hombres de la relación podrían catalogarse de “inofensivas”; sin embargo, resultaban maniobras muy sutiles de ganar poder en la pareja.

En la primera familia, R. se presentó ante nosotros con una fachada que denotaba dulzura, preocupación por sus hijos, y victimización. Poco a poco, sin embargo, se fue revelando otra faceta de él, una mucho más calculadora, y con firmes intenciones: lograr lo que él quería en el momento en que él quería. ¿Cómo era posible para esa familia, e incluso para el propio R., salirse de ese círculo de

maniobras microviolentas para obtener poder y dominio, sobre todo cuando se hacían de una forma tan apacible y por “el bien común” de la familia? Lamentablemente, el poder ejercido y gozado por R., mismo que, poco a poco, intentábamos erosionar en el curso del proceso terapéutico, fue un factor decisivo en que abandonaran la terapia

En el caso de la familia C, las microviolencias se presentaban de una manera muy sutil, y con el paso del tiempo, dichas tácticas se fueron haciendo menos efectivas, hasta que llegó un punto de quiebre durante el tratamiento. Básicamente, N ejercía tácticas de dominio y control de manera verbal, no verbal y a través del manejo del dinero. Existía un poco, si no es que nula responsabilización por lo doméstico, evidenciada por la impresión, tanto de los hijos como de M.C., de que N. era “uno más de los hermanos”. Incluso, si N. llegaba a comprar comida, lo hacía sólo para él; no participaba en labores del hogar, paseos familiares, y ni siquiera aportaba dinero para el mantenimiento de la casa, aludiendo a su enfermedad y a los gastos económicos derivados de la misma.

Sin embargo, y a pesar de la condición de la que potencialmente podría gozar M.C. como sostén económico principal de la casa, N. se encargaba de devaluar a su mujer con acusaciones verbales y no verbales, relacionadas con los celos hacia su cuñado, R. Dichas acusaciones fueron muy sutiles al principio, pero aumentaron de intensidad conforme pasaron los años. Sin embargo, M.C. fue aprendiendo con el tiempo a descartar dichos comentarios, e incluso a retarlos. Poco a poco, la condición privilegiada de N. en la familia, de poca preocupación por el mantenimiento del hogar y con libertad total para expresar acusaciones sin fundamento, fue cuestionada y disminuida. Hacia el final del tratamiento pudimos ver a una M.C. mucho más determinada a cambiar la situación familiar y de pareja.

Como conclusión, el análisis del tema de dominio, poder y microviolencias permite vislumbrar otro panorama acerca de estos casos. Son herramientas conceptuales que podrían ser útiles en los procesos terapéuticos ya que es común que en casos como éstos nos podamos sentir “cerrados” o “atorados”.

1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como terapeuta y parte de los equipos terapéuticos.

De los cuatro semestres que formaron parte de la Residencia en Terapia Familiar, tres de ellos tuvieron una fuerte carga en trabajo clínico, atendiendo a familias, parejas y a pacientes individuales en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Y, aunque en la mayoría de las ocasiones no fui el terapeuta asignado (finalmente, los casos debían repartirse equitativamente entre diez personas), en todas ellas formé parte del equipo terapéutico, contribuyendo ya sea como el terapeuta titular o detrás del espejo.

El equipo terapéutico, conformado por los diez estudiantes de la Residencia, y los supervisores asignados para cada tipo de modelo terapéutico, fue evolucionando y

cambiando conforme a cuatro factores diferentes: el tiempo, las relaciones entre los miembros del equipo, el estilo de supervisión, y los casos en particular.

Siento que existió una diferencia notable en cuanto a las intervenciones de cada miembro del equipo, independientemente de si se encontraba en vivo con el paciente, o detrás del espejo en observación, a través del *tiempo*. El aprendizaje de los diferentes modelos, y la integración de los conocimientos adquiridos fue cambiando también la visión que cada uno de nosotros tenía respecto a los pacientes y a su problemática. Aquéllos comentarios que en un principio se entregaban de manera tímida, insegura y con poca confianza, se fueron convirtiendo poco a poco en intervenciones, si bien no omnisapientes y descaradas, si con mucho más rumbo, propósito y dirección, en beneficio de los pacientes y de las familias que nos visitaban.

De la misma manera, las *relaciones entre los miembros del equipo* fueron moldeando, de alguna manera, el rumbo que tomaban las intervenciones y la interacción del terapeuta con su equipo terapéutico. Más que nada, la confianza generada en el grupo permitió hacer distintos tipos de comentarios en semestres avanzados que no pudieron haberse hecho al principio de la experiencia terapéutica. De la misma manera, los conflictos ocasionales también influyeron en las participaciones terapéuticas, ya que incidían al mismo tiempo en la confianza con el terapeuta. De esta manera, uno no se sentía igualmente cómodo en decir lo que pensaba con un compañero con el que tenía conflicto que con uno con el que sentía entera confianza.

Probablemente uno de los factores que más influyeron en el equipo terapéutico y su experiencia fue el *estilo de supervisión*. Cada uno de los supervisores que compartieron sus experiencias con nosotros tenían estilos terapéuticos y didácticos completamente diferentes: unos más cálidos, otros más autoritarios, unos más abiertos al estilo del terapeuta en cuestión, y otro mucho más apegado a las “normas” del modelo en particular. De alguna u otra manera, estos diferentes estilos moldearon la dinámica del equipo terapéutico total. Como sucede en todos los contextos, cada uno de nosotros tenía un estilo preferido, y por consecuencia, su participación será mucho más activa en el caso en discusión; algunos otros mostraron dificultades para adaptarse a ciertos estilos, tanto porque eran demasiado abiertos y ellos necesitaban dirección y aprendizaje directo, como por ser demasiado “cerrados” y no permitir al terapeuta expresarse libremente.

Finalmente, el factor más importante que influyó en el equipo terapéutico fue la *relación con los pacientes* en cada uno de los casos. Fue más que notorio que ciertos casos en particular generaron mucho más interés que otros. ¿En qué eran diferentes? Probablemente las personas que formaban parte de estos casos tenían más ganas de cambiar su problemática que otras; probablemente su motivo de consulta se relacionaba más directamente con las vivencias y experiencias de los miembros del equipo terapéutico que otro tipo de problemáticas. De cualquier manera, el hecho fue que unos casos cautivaron mucho la atención de los miembros del equipo terapéutico.

En resumen, cada uno de estos cuatro factores se combinaron para crear una experiencia única en el equipo terapéutico con cada caso. Y eso no significa que algunos de los casos fueran “mejores” que otros; al contrario, cada una de las experiencias fueron significativas y muy didácticas, ya que nos permitieron aprender nuestros alcances y limitaciones como personas y como equipo. Pienso que uno de los grandes errores que podemos cometer como terapeutas es creer que podemos con todo tipo de problemática, con todo tipo de pacientes, y que podemos trabajar con todo tipo de personas. Gracias a este tipo de experiencias, en las que se nos permite trabajar con distintos tipo de personas, es que aprendemos que no podemos con todo en el ámbito terapéutico.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

2.1. Reporte de la investigación cuantitativa

Representación social de la prostitución infantil en mujeres de comunidades marginadas del Distrito Federal, México.

Anel Hortensia Gómez San Luis
Marina Giangiacomo Bolzán
Luis Arturo Sirgo Cruz.

2.1.1. Resumen

La prostitución infantil es un acto delictivo considerado como “una forma contemporánea de esclavitud”, cuyas consecuencias para los niños, niñas y adolescentes víctimas van desde la violencia física y psicológica, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos prematuros, hasta la muerte. Son diversos los elementos que se conjugan para poner a un niño, niña o adolescente en riesgo de ser prostituido, sin embargo, uno de los principales factores asociados con esta problemática es la dinámica familiar; es decir, en el mejor de los casos la familia juega un papel preventivo ante la prostitución infantil. A la inversa, los niños, niñas y adolescentes cuyas familias se encuentran en condición de pobreza extrema, violencia, hacinamiento, desintegración, dificultades de comunicación - entre otras problemáticas- suelen estar en mayor riesgo de prostitución infantil.

Desde la teoría de representación social, el cambio de los significados que comparte un grupo social en un contexto determinado determina el cambio en las conductas relacionadas con el fenómeno significativo (prostitución infantil). Con el objetivo de conocer el sistema de significados que comparten las familias cuyos niños, niñas y adolescentes se encuentran en riesgo, se realizó la presente investigación con el supuesto de que conocer la representación social de las madres de dichas jóvenes en riesgo, facilitará el abordaje de esta problemática.

Se realizaron entrevistas a profundidad a veinte madres de chicas adolescentes en riesgo de prostitución en zonas marginales de la Ciudad de México, donde se presenta el fenómeno. Se hizo un análisis de contenido del cual surgieron categorías que posteriormente fueron correlacionadas. Los resultados muestran la representación social distribuida en cuatro dimensiones: información, actitud, percepción de riesgo y conductas de prevención.

Se discuten las implicaciones en relación a la población en riesgo, a la comunidad y otras instancias sociales, señalando los alcances y limitaciones metodológicas del presente estudio.

2.1.2. Antecedentes

De acuerdo con la declaración y agenda para la acción del primer congreso mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los niños (1996), la explotación sexual comercial infantil es una violación fundamental de los derechos de la niñez, constituye una forma de violencia contra ésta y es una forma contemporánea de esclavitud. Una forma específica de explotación sexual comercial de niños es la prostitución infantil, la cual se refiere a “la utilización de niños y niñas para

relaciones sexuales a cambio de dinero, o bienes, normalmente organizada por intermediarios” (OIT, 2003).

La prostitución infantil, a diferencia de la prostitución adulta nunca es voluntaria y va acompañada de una multitud de circunstancias que pueden convertir la existencia de un niño, niña o adolescente en un auténtico infierno (ECPAT, 2001). Además, un niño, niña o adolescente víctima de prostitución infantil, se encuentra envuelto dentro de un círculo de intereses fundamentalmente económicos. Existen 3 actores que definen la dinámica de la prostitución infantil: a) un niño, niña o adolescente que en su calidad de víctima es transformado en un objeto de uso, trato o venta. b) un cliente explotador que motivado por distintos factores y en contextos específicos, da un pago ya sea en dinero o en especie con el propósito de utilizar sexualmente a un niño o niña. Y c) un intermediario explotador o red de explotadores, es decir, personas, que con el objeto de obtener una ganancia económica promueve la trata o venta de un niño, niña o adolescente para que un cliente o varios, le utilicen con fines sexuales. (OIT, 2004).

Representación social y prostitución infantil: una forma de prevención.

Las representaciones sociales se originan en la cultura donde un cierto grupo social se encuentra inserto (Ibáñez, 1988). Moscovici (1961) señala que la noción de representación social remite a una forma de conocimiento corriente, llamado de “sentido común”. Jodelet (1988) define las representaciones sociales como: “Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (p. 472).

De acuerdo con Flores (2001), en una representación social pueden coexistir significados diferentes o hasta opuestos con respecto al mismo objeto de representación elaborados por un grupo homogéneo, lo cual posibilita la diversidad en el marco del consenso de la representación, siempre y cuando la contradicción no ponga definitivamente en causa los elementos centrales, permitiendo así que una representación constituida resista a la diversidad y a cambios que se generan en el marco del discurso y de la práctica social.

Para Ibáñez (1988), las representaciones sociales, determinan la visión de la realidad social y contribuyen a su construcción efectiva. Pero además cumplen con otras funciones como la comunicación social (concordar y disentir compartiendo un mismo significado), integran las novedades, contribuyen a la conformación de las identidades personales y sociales, así como a la configuración de los grupos. Y ayudan a legitimar el orden social, ya que al aceptar la realidad social establecida se legitima el orden social, tanto a nivel simbólico como conductual. Siguiendo a este autor, la estructura de las representaciones sociales está conformada por tres dimensiones: a) información: se refiere a la organización de conocimientos que posee el grupo con respecto a

un objeto social. b) el campo de representación: donde las imágenes se ordenan y jerarquizan, con lo cual se obtiene una visión abstracta del objeto representado. Un elemento importante de esta dimensión es el núcleo figurativo, en torno al cual se organizan los demás elementos del campo de representación. c) actitud: se refiere al juicio positivo o negativo hacia el objeto de representación. Esta es, posiblemente, la primera dimensión que se forma en la representación social.

Se puede decir que un acción de prevención inicia cuando existe una representación social de algún fenómeno o acontecimiento que lo define como peligroso o que se debe evitar (Milanese, Merlo y Laffay, 2001). En el caso de la prostitución infantil, antes de que las acciones de prevención puedan tomar curso, se debe conocer la representación social del fenómeno y es este primer proceso el que determina las acciones del segundo. Estas acciones contribuyen posteriormente a modificar o reforzar las representaciones que las motivaron. De esta forma, se explica el que las acciones de prevención tengan que incidir en los procesos de construcción de las representaciones sociales de fenómenos y conductas, y no sobre fenómenos y conductas que todavía no se han realizado. Si se interviene o se trata de prevenir lo que aún no existe, esto crea una representación y muy probablemente precipite su propia existencia (EDIAC, 2005).

Milanese, Merlo y Laffay (2001) señalan que hay conjuntos de acciones o comportamientos que pueden ser resueltos trabajando sobre las representaciones sociales con las cuales están relacionados, y que el trabajo de prevención se puede plantear como una intervención sobre las representaciones sociales (su estructura y su funcionamiento) más que sobre los comportamientos y las relaciones (Milanese, Merlo y Laffay, 2001).

2.1.3. Metodología

2.1.3.1. *Participantes*

El muestreo que se realizó para este estudio fue no probabilístico de tipo intencional, ya que para ser participante se requirió de las siguientes características específicas:

- Ser mujer adulta.
- Trabajar en lugares donde se observa la prostitución infantil.
- Tener por lo menos una hija adolescente que trabaje en lugares donde se observa la prostitución infantil.
- Trabajar en la misma comunidad donde trabaja(n) su(s) hija(s) adolescente(s).

El número de participantes en la muestra fue de 20 mujeres con las características anteriormente descritas.

2.1.3.2. Instrumento

Ibáñez (1988) menciona que el procedimiento clásico para acceder al contenido de una representación social, consiste en recopilar material discursivo cuya producción puede ser espontánea, o inducida mediante cuestionarios o entrevistas semiestructuradas. Es instrumento que se utilizó para este estudio fue un cuestionario abierto. Se trató específicamente de una guía de entrevista semiestructurada para conocer la representación social de prostitución infantil (ANEXADA) Esta propuesta consta de 21 preguntas abiertas agrupadas en 4 factores:

1. Información (6 preguntas)
2. Actitud (7 preguntas)
3. Percepción de riesgo (5 preguntas)
4. Conductas preventivas (3 preguntas)

El instrumento se diseñó para aplicarse de tal manera que los investigadores pudieron variar el tipo y número de las preguntas en cada entrevista.

En cuanto a la confiabilidad, se intentó la obtención de suficientes mediciones para conseguir una adecuada base de evaluación incrementando el número de individuos medidos en lugar de aumentar el número de medidas de cada individuo (Sellitz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1976).

2.1.3.3 Procedimiento

Las entrevistas se realizaron de forma individual en locales comerciales de los distintos mercados de La Merced, en Tacubaya y en Tepito, Ciudad de México, donde trabajaban las participantes. Los encuentros se efectuaron en los meses comprendidos entre noviembre 2005 y abril 2006. En algunos casos fueron programados previamente junto con la muestra participante en horarios y días pertinentes para ésta; en otros -por el contrario- fue espontáneo y decidido en el mismo día de la visita. Los investigadores acudieron, por motivos de seguridad, todas las veces en parejas, acudiendo cada entrevistador a un local comercial diferente para realizar una entrevista con alguna madre que forme parte de la muestra.

La duración aproximada por cada entrevista fue de 20 a 60 minutos, dependiendo del tiempo que cada entrevistada disponía, considerando sus responsabilidades laborales. En ocasiones, no fue sencillo encontrar los momentos oportunos para distraer la atención de las entrevistadas de su trabajo para participar en la entrevista. Al desarrollarse en su contexto laboral, en ocasiones se tuvo que esperar bastante tiempo para que la persona se desocupara y pudiera disponer de 20 o 30 minutos de su día de trabajo. El ruido de algunos lugares también creó un contexto arduo para la entrevista, teniendo que acercar la pequeña grabadora muy cerca de la cara de las mujeres entrevistadas.

Una a una, se abordaron las preguntas de la guía, pudiendo variar de acuerdo a las respuestas de la participante y al criterio del entrevistador. No existió un límite de duración para cada entrevista; simplemente se tuvo en cuenta el tiempo de la entrevistada, considerando que todas ellas se encontraban en su ámbito laboral.

2.1.4. Resultados

2.1.4.1. Análisis de contenido

Con el material discursivo resultante de las entrevistas, las respuestas de las participantes se agruparon en distintas categorías (*se adjuntan definición de categorías en ANEXO*), se obtuvieron frecuencias y porcentajes que se utilizaron en el análisis de contenido.

A partir de los resultados obtenidos, resulta viable conocer la representación social de prostitución infantil que comparten un grupo de mujeres pertenecientes a zonas marginales de la Ciudad de México. En base a nuestra propuesta inicial, el fenómeno ha sido investigado teniendo en cuenta cuatro dimensiones.

1. Información. Vemos que el fenómeno es percibido como un negocio y se le confunde con el abuso. Los métodos por los que las mujeres son prostituidas están relacionados principalmente con la manipulación y el engaño. Se reconocen diversos indicadores de que alguien está en la prostitución, principalmente relacionados con los cambios físicos y de actitud. Se advierte que la prostitución infantil está presente en todos lados, pero sobre todo en zonas de clase baja. Las entrevistadas relacionan las causas del fenómeno principalmente a factores familiares y a la pobreza. Las consecuencias incluyen daños tanto a nivel individual (adicciones) como destrucción familiar.

2. Actitud. Está enfocada hacia cuatro categorías. Hacia el fenómeno de la prostitución infantil existe un rechazo; hacia la víctima se expresa aceptación, empatía e intención de ayuda. Del proxeneta se piensa que es un delincuente que se aprovecha de la situación; y del cliente se piensa generalmente que es un enfermo que no tiene control de sus impulsos sexuales.

3. Percepción de riesgo. Se cree que las personas que están en un peligro mayor son las adolescentes que provienen de entornos de pobreza y que se rodean de influencias negativas. La percepción de riesgo en la comunidad es muy alta, sin embargo, la auto percepción de riesgo es baja.

4. Conductas de prevención. Se observa el papel que juega por un lado la familia, a través del cuidado, la provisión de bienes necesarios y la comunicación; y por otro las acciones primordialmente personales para combatir el fenómeno.

2.1.4.2. Correlación

Se correlacionaron todas las subcategorías para observar alguna vinculación entre las mismas que se hubiera omitido en el análisis de contenido; es decir, se realizó el procedimiento para obtener información nueva o para confirmar -o en su caso refutar- la información existente.

Para tal efecto, se recurrió a la creación de una Matriz de Correlaciones. Dicha matriz fue de tipo diagonal superior, ya que la información inferior representa el “espejo” de la anterior, por lo que se repetirían datos. Se estableció un nivel de significación de +/- 0.6. Los resultados significativos fueron los siguientes (tabla 3.2):

Categoría 1	Categoría 2	Coeficiente
Definición de Prostitución Infantil – abuso	Definición de Prostitución Infantil – retribución económica.	-0.7035
Definición de Prostitución Infantil – retribución económica.	Indicadores de PI – cambio físico	0.6124
Indicadores de PI – adicciones	Causas de la PI - dios	1.000
Indicadores de PI – cambio físico	Actitud frente al fenómeno PI – rechazo	0.6124
Métodos de reclutamiento – obligación	Actitud hacia la víctima – rechazo/indiferencia	0.6847
Consecuencias de la PI – destrucción del contexto	Actitud hacia la víctima – apoyo/consejo	-0.6078
Lugares donde se da la PI – zonas clase alta	Actitud hacia el proxeneta – aprovechador	0.6005
Consecuencias de la PI – destrucción familiar	Actitud hacia el proxeneta – aprovechador	0.6162
Actitud frente al fenómeno PI – resignación	Actitud hacia el cliente – necesidad afectiva	0.6667
Percepción de riesgo en la comunidad – presencia	Percepción de riesgo en la comunidad – ausencia	-0.6882
Actitud hacia el cliente – enfermo	Auto percepción de riesgo – presencia	-0.6634
Auto percepción de riesgo – presencia	Auto percepción de riesgo – ausencia	-0.8921
Actitud hacia el cliente – necesidad afectiva	Formas de prevención adoptadas – provisión de bienes necesarios	0.6882
Formas de prevención adoptadas – comunicación familiar	Formas de prevención adoptadas – cambio de contexto	-0.6882
Consecuencias de la PI – violencia	Formas de prevención adoptadas – armonía familiar/presencia	-0.6637
Lugares donde se da la PI – zonas clase alta	Acciones para combatir la PI – políticas	0.6005
Consecuencias de la PI – destrucción familiar	Acciones para combatir la PI – políticas	0.6162

Tabla 3.2. Correlaciones significativas.

La mayoría de las correlaciones significativas refuerzan el análisis de contenido. Sin embargo, trae a la luz información nueva que ilustra conexiones que no podían verse. Por ejemplo, la categoría de indicador de PI como **cambio físico** se relaciona positivamente tanto con la definición de PI como **retribución económica** como con una actitud de **rechazo** hacia el fenómeno. Esto nos hace pensar que probablemente el cambio físico (el estar vestida diferente, usar maquillaje) le evoca a las entrevistadas una sensación de que **la prostitución se ve “mal”**.

Otro resultado que llamó nuestra atención tiene que ver con dos categorías que correlacionan positivamente: Actitud hacia el fenómeno de PI de **resignación** y actitud hacia el cliente de que tiene **necesidades afectivas**. Esto nos podría indicar que las entrevistadas que proporcionan este tipo de información hacen una **justificación** tanto del fenómeno como de aquéllos que lo utilizan. “Ni modo, la prostitución existe”, “pobrecitos los clientes, necesitan cariño” podrían ser ejemplos de cómo se puede poner una persona “fuera” del problema, pero sin ningún tipo de compromiso emocional.

2.1.5. Discusión

Queda claro que la prostitución infantil es un fenómeno con múltiples causas y consecuencias, cuya representación social contiene una variedad de elementos que se gestan en la riqueza de las interacciones sociales y se reflejan en múltiples discursos.

Sin embargo, dentro de los elementos que conforman el núcleo central de la representación social de prostitución infantil, es sumamente destacable la importancia que la comunidad otorga a la familia, como fuente de protección y defensa contra la prostitución infantil. La satisfacción de las necesidades materiales es necesaria, pero no suficiente, para garantizar ese ambiente familiar integral y saludable. Un entorno familiar con padres involucrados en la vida cotidiana de sus hijos, con papeles claramente definidos y equilibrados y con un alto grado de comunicación entre sus miembros, se configura como un contexto ideal para la prevención de problemas serios, como la prostitución.

Por el contrario, se vincula la prostitución infantil con la desintegración familiar. Familias con miembros aislados, con escasa comunicación afectiva y con poco interés de los padres hacia la vida de sus hijos, establecen un ambiente riesgoso, en el que las jóvenes quedan expuestas a entrar al “negocio” de explotación de la prostitución infantil.

Otro de los elementos centrales de la representación social de prostitución infantil en esta comunidad, refiere a la actitud de rechazo hacia el fenómeno y hacia los adultos involucrados y a su contraparte: la actitud de aceptación hacia las jóvenes prostitutas. A través de su discurso, las mujeres entrevistadas manifiestan tener plena conciencia sobre la gravedad del problema, y acentúan la necesidad de iniciar acciones, tanto personales como sociales, que permitan generar propuestas dirigidas hacia el cambio.

La actitud hacia el proxeneta es de rechazo absoluto; se lo percibe como una persona mercantilista que comete un delito en provecho propio y que forma parte de las mafias de la prostitución infantil. Al usuario o cliente de la prostitución se lo asocia principalmente con un enfermo, cuyas acciones remiten a un desorden de tipo mental o emocional.

Congruentemente, se encuentran actitudes empáticas hacia la niña o adolescente prostituida; se mencionan sentimientos y pensamientos de compasión y aceptación, así como la intención de realizar acciones concretas para apoyarlas.

La presente investigación es un aporte al estudio de fenómenos sociales complejos que por su carácter ilícito son de difícil acceso y por la magnitud de sus consecuencias a nivel mundial (especialmente para la infancia) requieren una pronta atención. Si bien los resultados presentados no son generalizables a otras poblaciones, la información obtenida constituye un material sumamente rico para diseñar programas de prevención e incidir en la problemática desde un enfoque que retome las características específicas de la población estudiada.

Lo anterior significa que entre los principales alcances o aportaciones de este estudio es destacable que se trata de un acercamiento a profundidad con poblaciones marginales y oprimidas, cuyas voces han sido históricamente ignoradas. En este sentido, se retoma el papel de la infancia como elemento prioritario en la construcción del presente y futuro de nuestro mundo. De ahí la importancia de realizar este estudio, que además es una denuncia ante la existencia del gran número de niños, niñas y adolescentes que están siendo prostituidos o que se encuentran en riesgo.

Otro aspecto importante de esta investigación, es que nos permite acceder al complejo entramado social donde se gestan los significados que dan lugar a la problemática de la prostitución infantil, a partir del cual será posible diseñar metodologías de investigación y modelos que nos permitan intervenir en la comunidad sin que esta intervención represente una amenaza y sea rechazada por la comunidad, por el contrario, conocer el sistema de significados socialmente compartidos, nos da la posibilidad de intervenir exitosamente.

En este sentido, una sugerencia para futuras investigaciones es que el número de entrevistas, así como la variedad de actores sociales entrevistados se incremente, ya que hasta ahora hemos conocido la representación social de un grupo de mujeres, es importante conocer cuáles son los elementos de esa representación que son compartidos por otros actores sociales y cuáles son distintos.

2.2. Reporte de la investigación cualitativa

Familias y Estilos de Manejo de Conflicto

Marina Giangiacomo Bolzán
Regina Elizabeth López Silva
Luis Arturo Sirgo Cruz

2.2.1. Resumen

De una u otra manera, todas las familias se encuentran con distintos conflictos a lo largo de su ciclo vital. Incluso, algunos autores (Strauss, 1979; Thibault, 1972) aluden al conflicto como una parte ineludible de cualquier asociación humana. Los conflictos pueden surgir por distintos motivos y ser manejados de diferentes formas; lo cierto es que –en general- son vividos con un gran pesar por parte de las familias. Todas las familias tienen diferencias, discusiones, conflictos o confrontaciones; algunas las enfrentan, otras les rehuyen, algunas los resuelven, otras los retrasan, unas incluso los agrandan y empeoran, pero todas aprenden a vivir o sobrevivir con ellos. ¿A qué se debe esta variedad?, ¿qué es lo que impulsa a unas familias a encontrar formas efectivas de solucionar sus diferencias y conflictos, y poder convertir su espacio en un lugar de diálogo y cooperación? Y ¿qué es lo que permite a otras quedar eternamente enfrascadas en situaciones sin sentido que terminan siendo un largo y tortuoso sufrimiento para cada uno de sus integrantes? Cada familia es única y, por lo tanto, las variantes son infinitas, cada familia aporta a su construcción diferencias ilimitadas que ayudan a volver inmensamente complejo el entendimiento y su comprensión.

Según García (2,002) un mal manejo de los conflictos puede conllevar repercusiones como: enfermedades psicológicas (depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, violencia, etc.), enfermedades físicas (trastornos cardíacos, cáncer, enfermedades inmunológicas, dolores crónicos, etc.) y la ruptura de la pareja (abandono, separación o divorcio). La desintegración de las parejas y familias por cualquiera de estas vías conlleva repercusiones como: depresión, reacciones de ansiedad, dolor, humillación, sentimientos de culpa y/o pérdida, sufrimiento, etc. Asimismo, afecta particularmente a los hijos, ya que además de los sentimientos de tristeza y pérdida pueden presentar problemas de conducta, depresión, rechazo, soledad, sentimientos de no valer nada, culpa, etc. (Wallerstein, 1990)

Por las repercusiones tan complejas que tiene el mal manejo de conflictos, el presente estudio se propone conocer de forma específica las maneras en que distintas familias manejan sus problemáticas, ya que consideramos que las familias cuentan con ciertos recursos que les permiten de una u otra manera manejar las diferencias y conflictos que presentan. Al conocer estos recursos de una manera más clara y específica, éstos podrían utilizarse como estrategias dentro de la terapia. Incluso, una de las herramientas que podría co-construirse en el proceso terapéutico tiene que ver con dicha capacidad para resolver los conflictos.

En esta investigación, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a dos familias mexicanas, tomando en cuenta un elemento clave a la hora de seleccionarl as: una de las familias asistía al Centro de Servicios Psicológicos, la otra fue recomendada por el psicólogo de una institución, por considerar que habían mostrado una adecuada habilidad para resolver conflictos por los que habían atravesado. Se analizan ambas familias tomando en cuenta su estructura familiar, los conflictos que presentan y el estilo o estilos que utilizan para resolver sus conflictos.

Se realiza un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría. En dicho análisis, se resume lo dicho en las entrevistas y, con base al marco teórico, se infieren cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc., con el objetivo de comprender el mundo tal y como los propios participantes lo construyen. Finalmente, se discuten las implicaciones en relación a la población estudiada, señalando los alcances y limitaciones de la teoría existente, y realizando una propuesta original que podría ser retomada en un siguiente estudio.

2.2.2. Antecedentes

2.2.2.1. *Conflicto*

Para Thibault (1972) el conflicto “es una de las realidades existentes del hombre, la base de las estructuras de sus relaciones con los demás”, por lo que el conflicto será siempre fundamento de la pareja y factor necesario para su vida y crecimiento. Strauss (1979) comenta que el conflicto es una parte ineludible de cualquier asociación humana y que supone la divergencia de intereses que se debe inevitablemente a las diferencias personales. Sin embargo, para Thomas (1976), el conflicto es un proceso que comienza cuando una parte percibe que el otro ha frustrado algunos intereses propios. Por su parte, Fitzpatrick (1988) opina que el conflicto surge de la interacción de personas independientes que perciben fines o metas incompatibles, las cuales interfieren en el logro de las propias metas. Ambas partes buscan un resultado que creen que el otro no está dispuesto a dar. De manera similar, Cahn (1990) considera que el conflicto surge de la interacción entre personas que expresan intereses, puntos de vista y opiniones opuestas, muy parecido a lo que piensa Souza (1996) al inferir que el conflicto es la diferencia de intereses u opiniones entre una o más partes sobre determinada situación o tema que involucra pensamiento y acción de los involucrados.

Por un lado el conflicto puede darse cuando las personas buscan diferentes niveles de autonomía e independencia y por otro lado buscan cercanía e independencia (Christensen y Shenk, 1991), por lo que el conflicto incluye acciones, objetivos, planes y aspiraciones de la persona que se perciben como intereses divergentes con el otro y se tiene la creencia de que las aspiraciones de ambas partes no pueden ser alcanzadas de forma simultánea. (Rubin, Pruitt y Kim 1994). Refiriéndose específicamente a la familia, Turner y West (2002), explican que el conflicto es un proceso en el cual los miembros de ésta perciben desacuerdos acerca de los fines, metas, reglas, roles y/o patrones de comunicación entre ellos. Algunos de los factores que ocasionan el conflicto pueden ser:

1. La economía, finanzas o presupuesto.
2. El comportamiento de los niños, la disciplina, las peleas entre hermanos.
3. Tiempo insuficiente para compartir con la pareja e hijos.
4. Carencia de distribución de las responsabilidades dentro de la familia.
5. La mala o falta de comunicación con los hijos
6. Insuficiente tiempo personal

7. La relación con la pareja (amistad, sexo)

Independientemente de la causa por la que sean provocados los conflictos, éstos son un proceso difícil para la pareja y para los hijos, ya que todos pagan las consecuencias de su inadecuada solución o la falta de solución de los mismos.

2.2.2.2. Estilos de manejo de conflicto

A pesar de que el conflicto puede darse por una serie de situaciones éste puede ser constructivo o destructivo, dependiendo del estilo de manejo de conflicto que se utilice más frecuentemente. Para Cusinato (1992) el conflicto puede ser destructivo si los involucrados no se encuentran satisfechos con las consecuencias y puede ser constructivo si los involucrados están contentos con sus resultados y representa una ganancia para todos. Existen muchos autores que han intentado agrupar los distintos estilos de manejo de conflicto en categorías, como inicialmente lo hicieron Killman y Thomas (1975) quienes, basados en la teoría de Jung, reinterpretaron el esquema de Blake y Mouton que clasificaba cinco categorías para el manejo de un conflicto. Levinger y Pietromonaco (1989 en Díaz-Loving y Sánchez, 2002) basándose en este modelo, diseñaron el inventario de estilos de manejo de conflictos. Y mejoraron el modelo proponiendo que las estrategias de los individuos están determinadas por dos ejes que son:

- Preocupación por los beneficios propios
- Preocupación por los beneficios del otro(a)

De los dos ejes surgen las cinco estrategias (figura 3.1):

- *Evitación.* Involucra baja preocupación simultáneamente por el yo y por el otro. En este estilo el individuo evitante permite que dicha situación se deje sin resolver o permite que la otra persona tome la responsabilidad para resolver el problema. Algunos de los evitadores tienden a manejar el conflicto diplomáticamente retirando su atención sobre el tópico, postergando su solución o simplemente retirándose de la situación.
- *Acomodación.* Es un estilo alto en preocupación por el otro y baja preocupación por el yo. Implica el sacrificar las propias metas para satisfacer las necesidades del otro y protege las relaciones mediante el dar al otro, quien alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda.
- *Competencia.* Estilo alto en la preocupación por el yo pero bajo en la preocupación por el otro. En este estilo la gente procura maximizar sus beneficios, mientras que esto provoca altos costos para el otro. Es una aproximación orientada al poder, en la cual la gente trata de usar cualquier medio que le permita defender o ganar una posición que se considera benéfica.
- *Colaboración.* Táctica en la que ambas partes resultan beneficiadas, al centrar su atención en la preocupación por el yo y en la preocupación por el

otro. Una vez que se ha reconocido una situación por enfrentar, el colaborador tratará de integrar las necesidades mutuas en una solución que maximizará los intereses de los interlocutores.

- *Acuerdo o Compromiso*. Se refiere al estilo en el cual se colabora con la otra persona llegando a un acuerdo mutuo de una forma creativa, es decir, no sólo cediendo el 50 por ciento, sino creando una solución novedosa y conjunta.

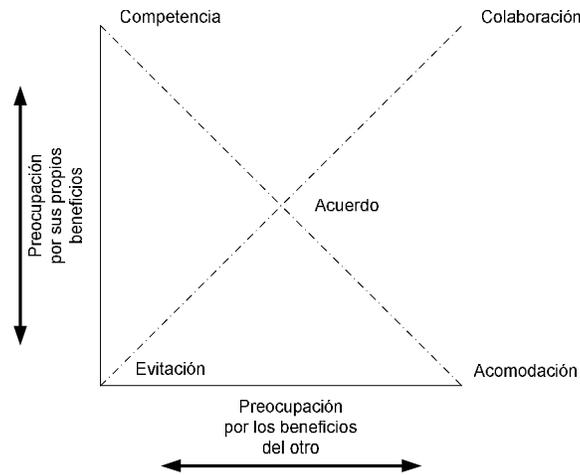


Figura 3.1. Estrategias de manejo de conflictos.

Existen otros autores que han intentado clasificar la respuesta de las personas y de las familias al conflicto. Por ejemplo, Strauss (1979) en su escala de tácticas de conflicto enfatizó tres técnicas principales que pueden usar las familias para resolver los conflictos, las cuales son *razonamiento*, *agresión verbal* y *violencia*. Por su parte, Turner y West (2002) encontraron tres dimensiones básicas de los estilos y tácticas de conflicto que son *no confrontación*, *orientación a la solución* y *control*.

2.2.3. Metodología

Esta investigación se realizó siguiendo la metodología cualitativa. Esto nos permite acceder a hechos incuantificables de las personas observadas (por ejemplo, sus emociones); nos conecta directamente con la complejidad del ser humano en toda su expresión (Strauss y Corbin, 1990; en Sugiyama y Vargas, 2005). Taylor y Bodgan (1992) caracterizan este tipo de investigación diciendo que: a) Es inductiva, b) Considera una perspectiva holística, c) Toma en cuenta el efecto del investigador sobre las personas que estudia, respetando su marco de referencia y d) Es un arte, producto de la creación personal, en el que no hay protocolo fijo preestablecido, sino lineamientos orientadores. Los resultados en esta aproximación se pueden obtener a través de variadas fuentes: la vida de las personas, sus historias, entrevistas, observaciones, entre otros. En gran parte de las ocasiones, la complejidad (pero también la riqueza) radica en que el

investigador entra en contacto directo con las personas con las cuales va a dialogar para generar la información objeto de su estudio.

El diseño de investigación, entonces, puede ser dividido en las siguientes etapas:

2.2.3.1. Fase de reflexión. Trabajamos primero en una intensa fase de reflexión, tanto individual como grupal. Cada uno de nosotros reunió sus ideas en un cuaderno de campo; ideas que luego fueron puestas en común y discutidas en los espacios de intercambio grupal.

2.2.3.2. Selección de la muestra. En la muestra elegida, creímos importante dar relevancia a la composición de los grupos, más que a la cantidad de familias. Siguiendo a Hudelson (1994; citado en Sugiyama y Vargas, 2005) pensamos que un pequeño número de informantes especialmente elegidos, puede arrojar información válida y, en cierto sentido, generalizable. Consecuentemente, las familias seleccionadas poseen las características que consideramos relevantes para nuestro estudio (ver ANEXO III DESCRIPCION DE LA MUESTRA).

2.2.3.3. Creación del instrumento de medición. Se pensó desde el comienzo en la creación de una entrevista semi estructurada, que focalizara alrededor de nuestro tema central, pero que brindara la suficiente libertad para conocer lo que los miembros de la familia piensan y sienten acerca de su mundo vincular. Se tomaron en cuenta cuatro elementos para guiar la conversación con las familias: 1. Datos generales, 2. Exploración de las relaciones familiares, 3. Conflicto y 4. Estilo de manejo de conflictos (ver ANEXO IV "GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA").

2.2.3.4. Salida al campo. Los entrevistadores acudimos a las entrevistas en parejas, con el fin de que uno guiará la entrevista y el otro pudiera tomar notas, especialmente de las observaciones sobre el lenguaje no verbal de la familia. El material usado consistió en una grabadora y papel y pluma para tomar notas. El escenario para las entrevistas fue, en ambos casos, el departamento de cada una de las familias, en el horario con ellas acordado, y durante el tiempo pactado.

2.2.3.5. Análisis. Esta fase puede dividirse en dos etapas. Al finalizar la primera ronda de entrevistas, se realizaron las transcripciones correspondientes e iniciamos un análisis preliminar, tentativo, a través de varias sesiones de discusiones en el grupo. Se evaluó el instrumento, a la luz de las respuestas obtenidas, para ver si era necesario modificarlo para que funcionara mejor. Este primer paso nos sugirió primeras líneas de análisis y le dio cierto orden a nuestro universo de datos. Realizamos un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría. En dicho análisis, se resumió lo dicho en las entrevistas y, con base al marco teórico, se pretendió inferir cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc., con el objetivo de comprender el mundo tal y como los propios participantes lo construyen.

2.2.4. Resultados

La información arrojada por las entrevistas a las dos familias fue analizada de la misma manera:

a) Estructura Familiar:

1. Subsistemas
2. Jerarquías
3. Alianzas y coaliciones
4. Límites
5. Roles

b) Conflicto

c) Estilos de manejo de conflicto

Con esta información pudimos realizar un análisis comparativo de las dos familias, contrastándolo con las teorías existentes.

Actualmente, ambas familias se encuentran en la misma etapa del ciclo vital que según Haley (1983) se denomina “Dificultades matrimoniales del período intermedio”, mientras que Estrada (1997) la mencionaría como “La adolescencia”. Sin embargo, a lo que ambos autores se refieren es a un período de crisis en el que se ejerce una lucha por la dependencia-independencia de los hijos, quienes dejan de ser niños sin llegar a ser adultos. Por ende, las reglas deben ir cambiando de tal manera que se acomoden a la necesidad de independencia de los adolescentes. Lo que parece ser diferente aquí entre la familia R y la familia G es que ambas manejan de manera sumamente distinta esta etapa de transición. La primera familia permite un poco más de independencia y espacio a los hijos, aunque a la madre parece dificultársele más que a los otros miembros. A pesar de que la participación de los hijos es mayor en este momento -principalmente en el manejo del conflicto- los padres siguen conservando una mayor jerarquía que los hijos, siendo ellos quienes toman las decisiones finales en el momento en que no se puede llegar a un acuerdo. Por otro lado, en la familia G la dependencia e independencia es mucho más relativa. A pesar que se intenta darles mayores espacios de independencia, en otros momentos se les exige dependencia. Asimismo, al tratar de hacer frente a esta nueva etapa los padres toman la decisión de incluir a las hijas en el manejo de los conflictos, pero de una manera distinta a la otra familia, pues en este intento los padres pierden su jerarquía y autoridad, cediéndola, tal vez sin querer, a las hijas, lo que provoca mucha confusión y sobre todo falta de claridad en el momento en que no se llega a un acuerdo. En estos casos, no se sabe quien tomará la decisión, por lo que algunas veces lo hacen las hijas y otras el padre y la madre de manera separada, tomando cada quien una opción distinta como manera de resolver el conflicto. Esto provoca muchas veces nuevos conflictos y que el conflicto inicial no sea manejado, ni resuelto de una manera satisfactoria.

Con respecto a las razones, motivos o causas del conflicto, la familia G parece ajustarse un poco más a la teoría poniéndose de manifiesto el factor económico, la educación de los hijos, la falta de acuerdo acerca de los fines, metas, reglas y roles en el hogar, la mala comunicación y el tiempo compartido en familia como las principales causas. Al igual que en la familia G, en la familia R el tiempo compartido con la familia y las reglas familiares suelen ser los principales factores, sin embargo, a diferencia de lo que sucede en la mayoría de las familias con el factor económico, para esta familia éste no representa un conflicto; si bien fue un problema que en determinado momento de la vida familiar debieron enfrentar y resolver, la economía familiar no llegó a ser motivo de conflicto.

Un factor que no vislumbramos en la teoría pero que se nos hace de suma importancia mencionar es la diferencia de los miembros de la familia con respecto al manejo del conflicto, en algún momento los autores mencionan como causas del conflicto las diferencias de personalidad, valores y creencias con respecto al problema, por lo que no se logra llegar a un acuerdo. Aquí, sin embargo, nos referimos no a las diferencias personales en cuanto al problema, sino a las diferencias en cuanto a cómo manejarlo y resolverlo. Estas diferencias con respecto a la forma o estilo de manejar y resolver el conflicto se convierte muchas veces en nuevos conflictos, o en un conflicto permanente sobre cómo manejarlos.

2.2.5. Discusión

Revisando los estilos de manejo mencionados por los distintos autores, consideramos que algunos de ellos como Killman y Thomas (1975), Fitzpatrick (1988) y Levinger y Pietromonaco (1989 en Díaz-Loving y Sánchez, 2000) clasifican los estilos tomando en cuenta la satisfacción de los propios objetivos o de los objetivos del otro y los estilos surgen de una mezcla de la búsqueda de esta satisfacción. Por otro lado, se encuentran otros (Strauss, 1979) que clasifican los estilos tomando en cuenta principalmente las acciones específicas que llevan a cabo los implicados en el conflicto. Por lo mismo, ambas formas de clasificación nos resultan insuficientes para explicar el manejo de conflictos en la familia, puesto que en éstos participan muchas personas. Por este motivo, resulta necesario tomarse en cuenta los objetivos de cada uno de los implicados, a la vez que las acciones específicas que cada miembro realiza son diferentes en muchas ocasiones.

Pensamos que una buena forma de poder analizar y definir los estilos de manejo de conflictos de la familia podría ser la unión de estas dos formas utilizando la forma de clasificación de los primeros autores como estilos y haciendo uso de la forma de los segundos para diferenciar los sub-estilos de manejo de conflicto dependiendo de las acciones concretas que se utilizan.

Nuestra propuesta a este respecto sería realizar una unión de la siguiente manera (figura 3.2):

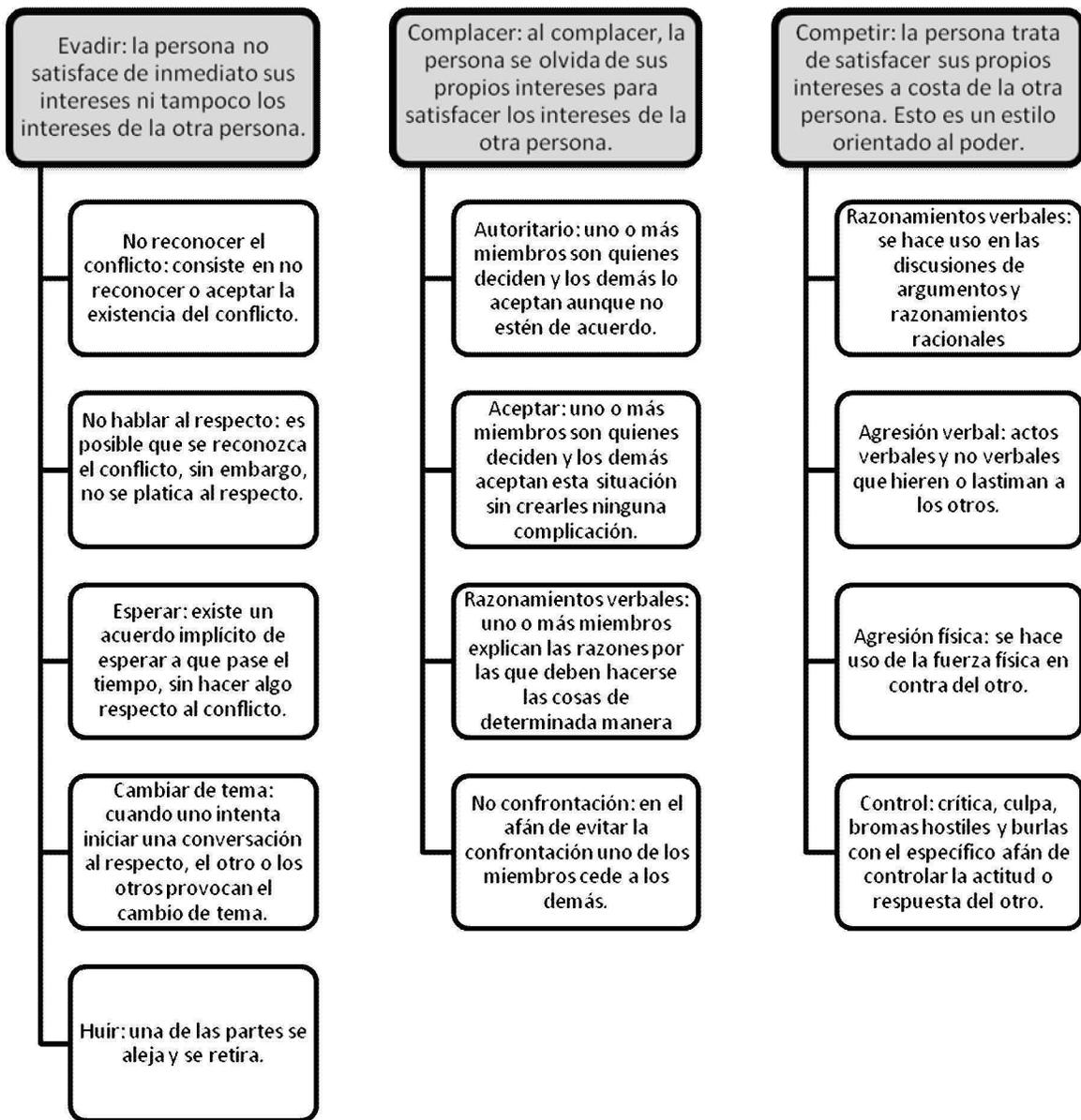


Figura 3.2. Propuesta de estilos de manejo de conflicto.

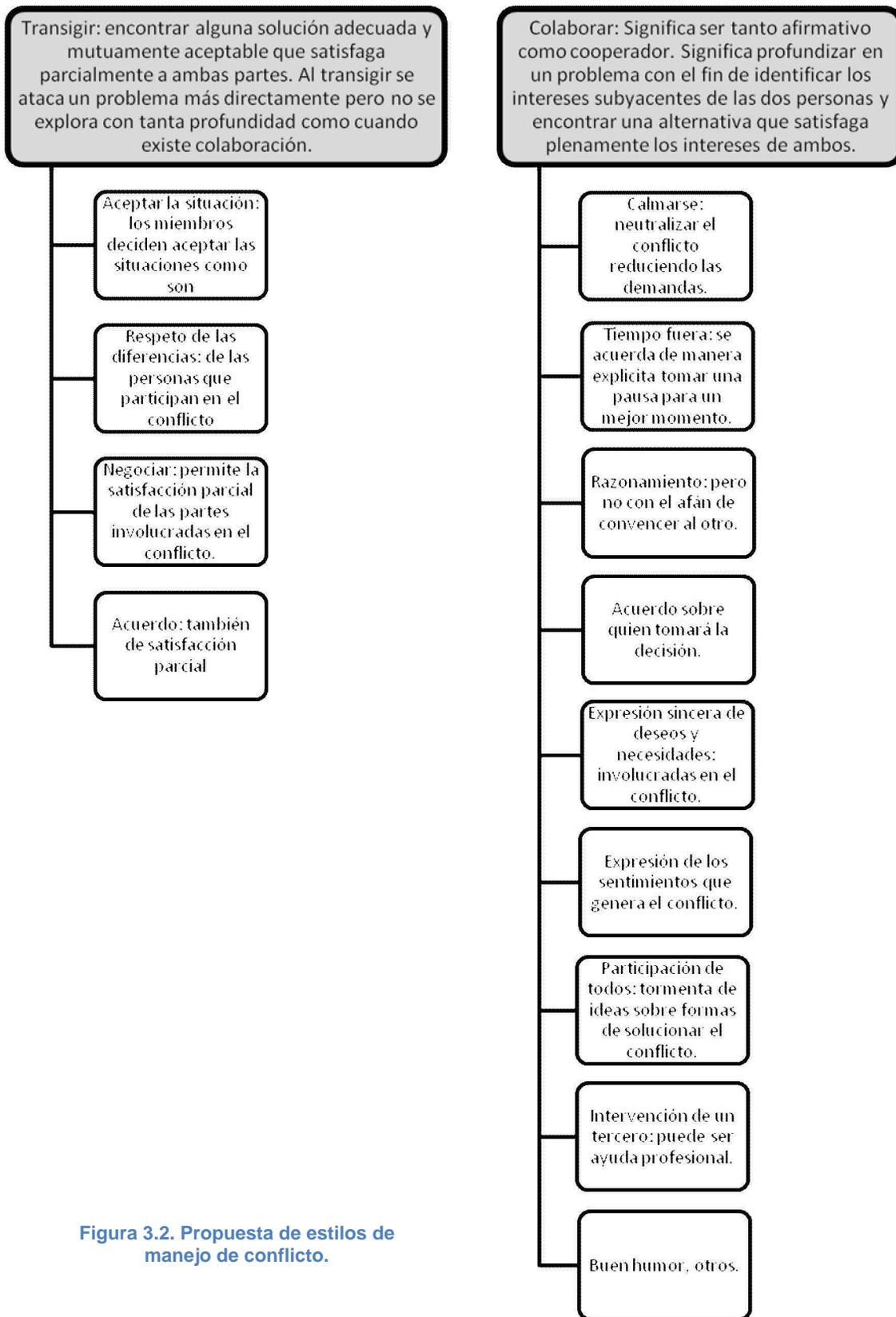


Figura 3.2. Propuesta de estilos de manejo de conflicto.

Aunque estas categorías son sólo una propuesta inicial de la forma en que podrían estar subdivididos los estilos, consideramos que de esta manera sería más fácil identificar los estilos y acciones que utilizan cada uno de los miembros en el manejo de los conflictos, así como lograr la diferenciación de una evasión del conflicto por la ausencia de reconocimiento del mismo, por la búsqueda de posponerlo hasta un momento más adecuado o por simplemente retirarse de una situación amenazadora. Ya que son estilos y razones diferentes que ameritan en terapia acciones distintas. Asimismo, sería importante conocer dentro de un estilo de manejo, los sub-estilos utilizados por la familia, ya que dentro éste estilo que utiliza la familia, podrían explorarse en terapia otro tipo de acciones que les den mejor resultado. Nos queda claro además que las mismas familias utilizan diferentes estilos dependiendo de la situación, el momento, el problema y quienes están involucrados, por lo que asumimos que gran parte del reto terapéutico sería, como lo proponen las terapias enfocadas en los recursos, encontrar esos estilos que ya les están dando resultado y fortalecerlos.

Una de las cosas que más nos sorprende de lo que encontramos en la presente investigación es el uso del humor que hace una de las familias. Consideramos que a diferencia de la otra, esta es una acción que les permite afrontar de manera más positiva y eficaz los conflictos que se les presentan. Sin embargo, como toda buena investigación, más que darnos respuestas nos deja con nuevas preguntas que en un futuro nos gustaría poder contestar, por ejemplo: ¿cómo poder utilizar el humor en la terapia? ¿es ésta una verdadera forma de manejar el conflicto? o ¿es más bien una forma de evadirlo?

3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.

3.1. Productos tecnológicos

3.1.1. Curso para utilizar el programa GENOPRO

a) Justificación

En el campo de la Terapia Familiar es indispensable el uso de genogramas; los reportes de caso y casi todo el material relacionado contiene uno y es una herramienta de trabajo básica, sobre todo para el terapeuta en formación. Sin embargo, muchas veces no se cuenta con un software útil y flexible para la realización de los mismos, por lo que se termina utilizando la herramienta de dibujo de Word o Power Point, las cuales no son tan eficientes como uno desearía. Y cuando sí hay un software disponible, a veces es complicado entenderlo y utilizarlo de tal manera que los genogramas queden como uno esperaría.

Es por eso que surge la necesidad de crear un pequeño curso para la utilización del programa GENOPRO en su versión beta: para que el que necesite hacer un genograma tenga la herramienta adecuada y sepa su funcionamiento.

b) Población

Este producto se dirige a todo profesional de la salud interesado en la terapia familiar y, en general, a todo aquel que tenga la necesidad de realizar genogramas de una manera rápida, eficiente y limpia, con una presentación excelente e integrada en los reportes hechos en la computadora.

c) Resumen

- El producto tecnológico se realizó con el software **Microsoft Power Point 2003**.
- El software explicado es GENPRO beta, el cual puede ser encontrado en su versión de prueba en el siguiente sitio de Internet: <http://www.genopro.com/beta/>. La última actualización del software es la versión *Beta 20e*

La presentación contiene 23 diapositivas, en las cuales se explica de manera detallada y con ayuda de las mismas pantallas del software GENOPRO beta, capturadas en su uso, el procedimiento a seguir para poder crear un genograma básico, y de acuerdo a las especificaciones que normalmente se exigen en la Residencia en Terapia Familiar del programa de Maestría de la UNAM. Se siguen paso a paso los siguientes temas:

- Introducción
- Capturar datos
- Seleccionar y modificar
- Agregar nuevos miembros y organizar el espacio
- Relaciones emocionales
- Cambio de estilo del genograma
- Conclusiones

Es importante notar que en el curso se exponen dos maneras diferentes de realizar genogramas. Esto es debido a que algunos docentes piden la realización del mismo de una manera un poco diferente. El software es capaz de realizar genogramas adaptados a ese estilo y eso es algo que los que utilizan el software no saben en su mayoría.

d) Resultados

Fui invitado por la Mtra. Silvia Vite San Pedro el día 22 de octubre de 2007 para presentar este curso como marco de las actividades de la Residencia en Terapia Familiar. El curso fue dirigido a alumnos de primer semestre de la Residencia y se realizó con resultados muy positivos, tanto a nivel técnico como a nivel didáctico.

3.1.2. Traducción y presentación del video educativo “Unfolding the Laundry” (“Desdoblado la ropa”) de Salvador Minuchin

a) Justificación

La Biblioteca de la Facultad de Psicología cuenta con muchísimos recursos para los terapeutas en formación; los Terapeutas Familiares tienen a su disposición un gran acervo de libros, revistas y material multimedia. En el último de los rubros se cuenta con videos en donde uno de los grandes maestros de la Terapia Familiar realiza una sesión terapéutica, generalmente en el contexto de algún congreso.

Mientras que estos videos son de gran ayuda para poder visualizar de una mejor manera las técnicas y el estilo terapéutico descrito en los libros, muchas veces la naturaleza de los mismos impiden un óptimo aprendizaje. Debido a que la mayoría de estas sesiones terapéuticas son en inglés, y a que los videos son grabados de forma amateur y por lo general tienen más de diez años de antigüedad, no contienen subtítulos. Esto representa una gran desventaja para aquellos estudiantes que no dominen el idioma inglés, e incluso para los que lo hablan con cierta fluidez y cuentan con conocimientos, ya que el sonido no es el más adecuado, y las grabaciones no ayudan mucho a resolver el problema.

Ante esta situación decidí convertir uno de estos viejos videos de formato VHS a formato DVD, e incluir una especie de “guía” en idioma español, traduciendo todas las partes importantes y señalando el minuto específico en el que ocurren, de tal

manera que los estudiantes tengan un mejor entendimiento de lo que está sucediendo en el video.

b) Población

Este trabajo está dirigido inicialmente a los estudiantes de la Residencia de Terapia Familiar del Programa de Maestría en la Facultad de Psicología de la UNAM, quienes lo utilizan para su formación. De ser requerido, el video puede extenderse a toda la población de la Facultad o a la comunidad Universitaria.

c) Resumen

El formato elegido para la presentación de este producto tecnológico es el de manual y disco DVD. El DVD contiene el video titulado “Unfolding the Laundry” (“Desdoblado la ropa”). El DVD es un formato mucho más amigable que el VHS, sobre todo con los avances tecnológicos de hoy, en donde una videocasetera es mucho más difícil de encontrar que un reproductor de DVD.

El manual se divide en tres partes:

- *Discusión del caso.* Esta es la parte más importante para el entendimiento posterior de lo que se realiza Minuchin en su sesión terapéutica. Valery, la terapeuta encargada del caso, hace un pequeño resumen de lo que ha estado viendo con la familia hasta el punto del Congreso. En esta parte se siguió una traducción casi textual, ya que los contenidos eran de suma importancia para entender el caso.
- *La consulta familiar.* El manual en esta parte incluye una representación gráfica de la posición geográfica de cada miembro de la familia y de los terapeutas en la sesión. Después de esto, se anexa un cuadro con el minuto (del DVD, no de la sesión) en el que sucede algo importante, acompañado de una descripción de lo que está sucediendo. Es importante notar que una traducción textual sería irrelevante y excesivamente larga, de tal manera que no cumpliría con los objetivos didácticos del video. De esta manera, los alumnos pueden hacer una revisión de lo que está sucediendo para después ver el vídeo y captar comportamiento no verbal, actitudes, etc.
- *Revisión del caso.* En este apartado, Minuchin se sienta con la audiencia y discute lo que hizo con esta familia, al mismo tiempo que acepta preguntas del público. En el manual se redactan los puntos más importantes de lo que dijo; una traducción textual sería innecesaria ya que se repiten muchas cosas y se hacen muchas pausas.

d) Resultados

El video queda en el acervo de la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Por ese medio, el

material también queda a disposición de todo aquél alumno interesado en revisar de manera un poco más profunda las sesiones de Salvador Minuchin.

El objetivo es utilizar este video en las clases de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar, sobre todo en Teoría y Técnica de la Entrevista Clínica y Modelo Estructural. De esta manera los estudiantes pueden aprovechar los recursos didácticos con los que cuenta la Biblioteca, aunque éstos estén en el idioma inglés.

3.2. Programa de intervención comunitaria

El trabajo de intervención comunitaria fue realizado junto con Susana Araceli López Espinosa. Desarrollamos el siguiente taller bajo la supervisión de la Mtra. Silvia Vite San Pedro. El tema elegido fue el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Se escogió este tema debido a que la escuela tenía una necesidad de que se capacitara tanto a maestros como a padres de familia en cuanto al mismo. Utilizamos conceptos relacionados con la residencia en terapia familiar como la dinámica familiar en los niños con TDAH, y la construcción social del trastorno y sus consecuencias. A continuación se hará una breve presentación del taller y una descripción de la experiencia:

1. *Nombre del taller.* “¿Hiperactivo? Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Diagnósticos y Etiquetas”.

2. *Lugar.* Escuela Primaria “General Felipe Ángeles”. Av. John F. Kennedy no. 1, colonia Isidro Fabela, Tlalpan, D.F., C.P. 14030.

3. *Duración.* El taller constó de cuatro sesiones, trabajando en tres de ellas con padres de familia cuyos hijos asisten a la escuela “General Felipe Ángeles”, y en una ocasión con maestros de dicha escuela y de la Escuela Primaria “Cuicuilco”, quienes fueron invitados a compartir la junta de maestros mensual con el objetivo de unirse al taller. Las fechas y horarios fueron los siguientes:

- Miércoles 9 de mayo de 2007, de 8:00 a 10:30 A.M.
- Miércoles 16 de mayo de 2007, de 8:00 a 10:30 A.M.
- Miércoles 23 de mayo de 2007, de 8:00 a 10:30 A.M.
- Viernes 25 de mayo de 2007 (sesión con maestros), de 8:00 a 10:30 A.M.

4. *Participantes.* La asistencia al taller se conformó de la siguiente manera (en base a la lista de asistencia):

- Primera sesión: 42 padres de familia, 5 hombres y 37 mujeres.
- Segunda sesión: 16 padres de familia, 4 hombres y 12 mujeres.
- Tercera sesión: 23 padres de familia, 2 hombres y 21 mujeres.
- Cuarta sesión: 33 maestros, 3 hombres y 30 mujeres.

5. *Objetivos:*

- Tener acceso a toda la información relevante al TDA (H).
- Visualizar el TDA (H) como un fenómeno donde participan médicos, terapeutas, la familia y el ambiente escolar.
- Observar la inmensa influencia que tiene la sociedad acerca de lo que es “correcto” e “incorrecto”, y cómo esos valores pueden afectar a un niño.
- Poder diferenciar entre TDA y desarrollo normal.
- Construir, junto con el grupo, una “guía de acción” para poder convivir de una mejor manera con sus hijos, independientemente de si tienen TDA o no.

6. *Contenidos.* A partir del material incluido en el Marco Teórico, decidimos organizar el taller en base a los siguientes temas:

- a) ¿Qué es el TDAH?
 - Descripción general
 - TDA con “H” y sin “H”
 - Etiología y prevalencia
- b) Diagnóstico y tratamiento
 - Médico
 - Psicológico
- c) Variables sociales
 - ¿TDAH? Como el problema “de moda”
 - Etiquetas y saturación del diagnóstico
- d) ¿Qué hacer?
 - Guía para padres
 - Guía para maestros

7. *Material de apoyo.* A lo largo del taller contamos con los siguientes materiales, los cuales fueron proporcionados tanto por la escuela como por los facilitadores:

- Un salón amplio donde toman clase los niños de un grupo de primaria. El salón cuenta con aproximadamente 20 bancas dobles, donde los participantes podían sentarse.
- Sillas.
- Salón “Enciclomedia”, el cual contiene un pizarrón que funciona como pantalla, un proyector y una computadora.
- Presentación en Power Point.
- Manual del Participante.
- Hojas blancas y plumas o lápices.
- Pelota.
- Hojas de Evaluación.

8. *Contacto inicial.* Con respecto a como se hizo el enlace con esta escuela, esto fue porque Arturo conocía a la Mtra. Yoxana Chavarría Zaldivar, quien trabaja en

el sistema USAER de la escuela General Felipe Ángeles y al comentarle que preparábamos un taller sobre TDAH para padres y profesores, se mostró muy interesada. Ella nos contactó con la Directora de la escuela, en una primera visita que hicimos al plantel y se acordaron días, horas y lugar. En relación a los profesores, la Directora de la Escuela Felipe Ángeles, considerando que el tema a tratar era importante para los profesores, se contactó con la Directora de la primaria Cuicuilco e invitó a su plantilla de profesores. La Directora en cuestión, gustosa aceptó. Ambas directoras convocaron asimismo a la supervisora de la zona escolar en cuestión, quien también estuvo presente en nuestra sesión.

9. Promoción. Para llevar a cabo la promoción del taller, el personal de la escuela, por cuestiones institucionales, repartió citatorios a los padres de familia que ellos pensaban podrían estar interesados en el tema. Asimismo, presentamos un tríptico el cual fue repartido a la hora de la salida unos días antes de la realización de la primera sesión.

10. Resultados. En la primera sesión se inició el taller con algunas dificultades: el proyector no funcionaba adecuadamente y las dinámicas de presentación tuvieron que ser omitidas, ya que muchos de los asistentes ya habían llegado y la escuela se encargó de la organización del espacio. Fue en esta sesión en la que más se echó mano de la improvisación en cuanto al plan sugerido para la misma. El tema de esta sesión fue el TDAH en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. En esta primera sesión, los padres de familia se mostraron muy interesados con el tema e hicieron preguntas y comentarios pertinentes. Incluso uno de ellos se ofreció a llevar un libro que le había servido mucho en la convivencia con su hijo, quien padece de TDAH.

En la segunda sesión hablamos de la construcción social del TDAH y del uso de etiquetas, el cual lleva en muchas ocasiones a una sobre explotación del diagnóstico del TDAH. Esta sesión fue mucho más dinámica que la primera, con movimiento y actividades para los asistentes, quienes reflexionaron profundamente sobre la utilización del término “TDAH”. Además, lograron observar la importancia de las etiquetas en la forma en como nos relacionamos con los demás. Esta sesión representó un bonito cambio de ritmo, de las especificaciones técnicas a la reflexión y participación; además, complementó muy bien con el primer tema y se logró obtener una visión mucho más global del problema.

En la tercera sesión se habló de lo que se puede hacer con los niños “inquietos”, independientemente de si es o no “oficialmente” TDAH. Se logró complementar el material que llevamos con las opiniones e inquietudes de los padres de familia. En general, nos sentimos muy a gusto con estas tres sesiones, y fuimos bien evaluados por los padres, quienes pidieron más actividades como esta.

Para finalizar, hicimos una cuarta sesión con los maestros, la cual fue muy divertida y llena de actividades; intentamos comprimir el material de tres sesiones en una sola, pero de manear más dinámica y participativa. Como conclusión, nos sentimos muy a gusto trabajando juntos, y complementamos de manera muy

interesante nuestros intereses y puntos de vista respecto al TDAH, ya que logramos conjuntar lo médico con la construcción social, lo más tradicional con lo más posmoderno. Fue una experiencia muy enriquecedora para nosotros, que era nuestro primer taller, y para los padres y maestros, quienes reportaron estar satisfechos con el material impartido.

3.3. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.

Ponencia en congreso.

Participé en el *V Congreso Nacional de Psicología de la Asociación Guatemalteca de Psicología. Desafíos frente al desarrollo integral: una perspectiva psicológica.*

El nombre de la ponencia fue *Terapia sistémica en familias con una hija o hijo enfermo*. Participé en la exposición de un caso visto en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Las terapeutas fueron Regina López Silva y Fania Delgado Coronado. Ellas expusieron la parte terapéutica. Como miembro del equipo terapéutico, yo expuse esa visión que tiene el equipo y cómo aportan para el proceso. Además también se habló de los principios básicos de la terapia sistémica y de los modelos Estructural y estratégico. A continuación presento el resumen de la ponencia, tal como fue enviada al congreso:

Durante años el trabajo en la clínica se ha centrado en detectar la patología del individuo e intervenir de forma directa en la persona que presenta los síntomas. En contraste, el enfoque sistémico propone el acento en las interacciones, reconociendo la responsabilidad que cada uno de los miembros de la familia tiene en la problemática.

Las familias con un enfermo adoptan una organización específica que dificulta el desarrollo de sus miembros y en particular el del “enfermo” pues éste cumple una función dentro del sistema. La terapia individual muchas veces contribuye a que el paciente “mejore”; sin embargo, estudios demuestran que en muchas ocasiones la evolución del paciente es temporal debido a que no se ha dado una reestructuración de la organización familiar, provocando la recaída del paciente; en otros casos un nuevo integrante es quien presenta sintomatología.

La conferencia pretende cubrir dos objetivos, explicar las diferencias específicas entre la terapia familiar sistémica y otros enfoques tradicionales y demostrar de forma práctica su aplicación presentando los logros obtenidos en el caso de una familia multi-problemática que gira alrededor de un miembro con diagnóstico de epilepsia, partiendo del enfoque terapéutico utilizado en las clínicas de la UNAM.

El resultado de la ponencia fue más que positivo. Fuimos entrevistados por el periódico *Prensa libre* y nuestros comentarios fueron publicados el día 7 de noviembre de 2006 en un suplemento llamado *Buena Vida*. El título del artículo es *Desafío de tamaño familiar* (anexado). Además de esto hemos recibido varios correos electrónicos felicitándonos por nuestra ponencia e incluso pidiéndonos consejo especializado en el área familiar, la cual no está muy desarrollada en Guatemala (ver Anexo V).

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas

Al ingresar a este programa de Posgrado, me di cuenta de que las nociones de ética son esenciales, sobre todo en un campo tan especializado como lo es el trabajo terapéutico. Pareciera ser que “no pasa nada”; sin embargo., hay tantas cosas de las cuales debemos estar al pendiente, que resulta entonces de extrema importancia el saber con mucho más claridad cuáles son nuestros límites en el trabajo profesional. En el campo de la Terapia Familiar esto se vuelve específicamente importante. ¿Cómo manejamos un secreto familiar?, ¿qué sucede en los casos en que uno de nuestros pacientes quiera decirnos algo sólo a nosotros?, ¿Y si nos revela intenciones que son desconocidas para otro miembro familiar, y que ponen en peligro su integridad?

Al principio del trabajo con pacientes en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad fue donde viví, de primera mano, este tipo de interrogantes. Desde el primer punto a tratar, el encuadre, se presentaban situaciones que ponían en riesgo, de alguna manera, la confidencialidad de los pacientes. Además de eso, me preguntaba hasta qué punto es propio interrumpir a uno de los miembros de la familia para darle voz a otro, cuándo poder decir lo que pienso, qué sucede con mis experiencias personales, de qué manera puedo presentar los casos, además de las preguntas que me hice en el párrafo anterior. Afortunadamente, contamos con un grupo de supervisores y profesores que estaban especialmente sensibilizados a los temas de ética profesional y de ética del terapeuta familiar. De hecho, el Dr. Raymundo Macías nos hablaba constantemente de estos tópicos, e insistía en la necesidad de crear una especie de Colegio, que regule las acciones y deberes de un Terapeuta Familiar.

En este contexto, entonces, es importante notar que el mismo Dr. Macías formó parte activa de la creación del *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar* (1997), en el cual se demarcan los campos de acción del terapeuta familiar, sus obligaciones para con los pacientes, supervisores y supervisados, y sus limitaciones en el campo de trabajo. Hago mención de los puntos que considero más importantes de dicho código:

1. *Responsabilidad con los pacientes.* Menciona que el terapeuta debe procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada. Cubre puntos importantes como la discriminación, la influencia que se tiene sobre los pacientes, y la prohibición de la utilización de la relación terapéutica con fines personales. Un punto que me parece importante es que el código menciona que el terapeuta debe respetar los derechos de toma de decisión de los pacientes; deben ayudarlos a entender las consecuencias de dichas decisiones. Esto ocurre muy a menudo en el campo profesional, en donde quisiéramos que los pacientes tomaran las decisiones que nosotros pensamos “son las más adecuadas”.

Creo que este apartado es el más importante e ilustrativo, ya que incluso toca el tema de las videograbaciones y de la recomendación a otro terapeuta cuando el problema rebasa la capacidad de uno. Otro punto que me gustaría discutir es aquél en el que menciona que la terapia se prolongará mientras sea claro que el paciente se está beneficiando de la relación terapéutica. Muchas veces ocurre que no queremos “dejar” a nuestros pacientes, ya sea por razones emocionales, o incluso peor, razones económicas. Es por esto que considero a la Terapia Familiar y sus modelos de trabajo como muy apegados a las nociones éticas: los procesos son generalmente cortos, dan mucho poder de toma de decisiones al paciente, y terminan, por lo general, cuando el problema por el que la persona fue a terapia, está resuelto o tiene un avance significativo.

2. *Confidencialidad.* Este punto es de vital importancia, sobre todo en lo que se refiere a hacer declaraciones en relación a las confidencias de los pacientes. El terapeuta puede hacerlo cuando así lo determine la ley, para prevenir el daño de una o varias personas, o si así lo ha permitido el mismo paciente. Este es un punto muy delicado, sobre todo en terapia familiar. A veces, por el formato mismo de la terapia, donde varias personas conviven en un mismo espacio terapéutico, se da la situación en la que uno de los miembros de la familia tiene “un secreto” o “confesión” que hacer al terapeuta. En algunas ocasiones involucra a otro miembro de la familia o a la pareja; por ejemplo, una pareja solicita el servicio para salvar su relación, pero uno de ellos confiesa al terapeuta que él sabe que quiere terminarla, y obtendría algún tipo de beneficio al mantener dicho secreto. En tales casos, aprendí que un buen encuadre es vital para evitar malos entendidos.

3. *Capacidad e integridad profesional.* Este apartado habla de un terapeuta siempre actualizado, que busca ayuda profesional en la resolución de sus conflictos, y que por ningún motivo incurre en delitos con sus pacientes, sobre todo de índole sexual. También toca un punto muy interesante, que es el de no dar tratamiento cuando algún problema esté fuera de su competencia. En este punto es en el que, como grupo, debemos trabajar. Ante la escasez de casos, nos tomábamos la libertad de atender todos los que podíamos, aún cuando claramente la complejidad del caso rebasaba nuestra competencia. Esto fue especialmente cierto en un caso de violencia sexual.

4. *Responsabilidad a la profesión.* En este apartado me parece importante mencionar que un terapeuta familiar debe participar en actividades que contribuyan a mejorar a la sociedad y a la comunidad. Pienso que fomentar este tipo de actividades es crucial para el desarrollo integral del terapeuta familiar. La experiencia del consultorio es muy enriquecedora y se nos entrena para ella, pero queda corta sin las actividades comunitarias, que es donde entramos en un contacto más íntimo con la forma de vida, las creencias, las tradiciones y el punto de vista de nuestro campo psicosocial.

5. *Arreglos financieros.* Aunque parezca superficial, es importante cubrir esto en un código ético. Los pacientes tienen derecho a conocer el encuadre en el que se

trabajar; finalmente, la terapia representa un servicio por el cual existe una transacción, comúnmente financiera. La discusión acerca del encuadre nos lleva al siguiente punto, que creo que muchos de nosotros, prestadores de servicios de salud mental, omitimos.

6. Publicidad. Este rubro del código hace notar que el terapeuta tiene la *obligación* de mostrar con exactitud su educación, preparación y experiencia en el campo en el que se está publicitando, ya sea a través de tarjetas de presentación, directorios, o cualquier tipo de anuncio. Además, incurre en una falta ética el proporcionar información no veraz, vaga e inclusive fraudulenta respecto al servicio que ofrece. Esto toca puntos que, desde mi incipiente experiencia en el campo de la terapia, no se han acabado de resolver. ¿Cómo saber, como contratante de un servicio terapéutico, qué tipo de terapia voy a recibir?

Hoy en día el campo de trabajo de la terapia se encuentra en una gran competencia. Además de la competencia, también existen una variedad de opciones bastante amplia. Y, aunque muchos de nosotros, que trabajamos en esto, podemos “más o menos” establecer las diferencias entre los enfoques, me da la impresión de que esa información no es transmitida a los contratantes de estos servicios, quienes en muchos casos ignoran por completo el tipo de terapia que van a recibir, y la preparación y las credenciales de su terapeuta. Pienso que una evolución de la postura ética del terapeuta sea precisamente esto, que la información proporcionada respecto al enfoque terapéutico y a la educación del profesional sea lo más clara y precisa posible. Eso no significa que se le explique al paciente con lujo de detalle en qué consiste el proceso, cuáles son las técnicas específicas, etc.; pero si considero esencial que, durante el encuadre, se le proporcione al paciente un panorama general de los estudios realizados y de los objetivos generales de la terapia. Eso, en parte, podría ayudar a “desmitificar” lo que las personas piensan de la terapia, sus expectativas, los cambios que esperan obtener, y cuánto creen participar en ese proceso.

Como podemos ver, el código ofrece una guía muy completa, y muy necesaria, acerca del marco de referencia del terapeuta familiar. ¿Qué le hace falta? No sabría decirlo con exactitud. De cualquier manera, con o sin código, van a existir situaciones no contempladas o increíblemente específicas. Creo que lo que nos puede sacar a flote en dichas situaciones es la preparación y la información con la que contamos, la cual nos permite llegar a soluciones adecuadas para situaciones extraordinarias.

En México, como mencioné anteriormente, no se ha tomado mucho en cuenta la ética del psicólogo hasta hace unos cuantos años. Pienso que los esfuerzos en esta área han permitido una mayor profesionalización de nuestro trabajo. Probablemente no llevemos a cabo técnicas místicas y enigmáticas, probablemente no logremos actos de magia. Pero es mucho mejor ser claros, transparentes y honestos con nuestros alcances y limitaciones, que querer abarcar todo el espectro del cambio humano.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Al término de las actividades curriculares de la Residencia en Terapia Familiar, es evidente que el aprendizaje de habilidades y competencias profesionales es razonable. A continuación describiré las principales competencias y habilidades obtenidas y que, a mi juicio, resultarán de gran utilidad en el mundo profesional:

1.1. Habilidades teórico conceptuales.

Una de las grandes oportunidades de esta Residencia fue la de obtener un conocimiento profundo y específico de la epistemología de la Terapia Familiar y, posteriormente, el salto a la epistemología Posmoderna. Creo que el aprendizaje obtenido permite comprender el Campo de la Terapia Familiar de una manera más integral, además de permitir situarme en una postura en la cual me sienta más cómodo trabajando al servicio de los clientes.

Además de analizar los distintos modelos desde la parte conceptual y epistemológica, el grupo fue capaz de generar una crítica constructiva de dichos modelos y discutir la viabilidad y la utilidad de éstos en la clínica y en el contexto en el que trabajamos. En un ejemplo muy claro. Brindamos atención a una familia en la que una de las hijas había sido víctima de abuso sexual, razón por la cual fue internada en un hospital psiquiátrico. Ese caso en particular nos hizo pensar en qué modelo sería el más apropiado, ya que parecía que algunos de los que aprendimos en clase no encajarían de la manera más oportuna con las necesidades de la familia.

Yo creo que el modelo que uno escoge para trabajar con un cliente o familia determinada depende en gran medida del contexto. Es decir, es una combinación de la experiencia y la comodidad que sienta el terapeuta con dicho modelo, y las necesidades de la familia o cliente. Debemos recordar que trabajamos para ellos y por esa razón es importante estar al tanto de sus demandas terapéuticas. Afortunadamente, el campo de la Terapia Familiar brinda muchas alternativas de atención para distintos tipos de necesidades.

1.2. Habilidades clínicas, detección, evaluación y tratamiento.

La competencia profesional más importante desde mi punto de vista. La oportunidad brindada por la Universidad de realizar nuestras primeras sesiones de Terapia Familiar bajo la supervisión tanto de un profesional en la materia como de todo el grupo en calidad de equipo terapéutico nos fue brindando más experiencia, más confianza y, sobre todo, mucha más soltura en el trato con los clientes. Aquellos conocimientos que fueron adquiridos de una manera más bien mecánica en los libros, se fueron entremezclando con nuestras aptitudes, fortalezas y peculiaridades.

Dentro del desarrollo de competencias clínicas y de tratamiento, se comprenden diversas habilidades adquiridas a lo largo de la residencia. Podemos dividir estas habilidades de acuerdo al momento del proceso terapéutico en el que son requeridas. En un momento inicial, se necesitan habilidades para crear una alianza inicial con el o los clientes, establecer un encuadre terapéutico adecuado, generar un ambiente de confianza en el espacio terapéutico, ser capaz de obtener el motivo inicial de consulta y crear, junto con el o los clientes, objetivos y expectativas iniciales acerca del servicio que están solicitando. En un momento intermedio, aprendemos habilidades relacionadas con la generación y la aplicación de la metodología derivada de los diferentes modelos, puestos al servicio de las necesidades de aquéllas personas que nos consultan. Para esto también es pertinente saber con claridad la demanda de nuestros clientes, ya que es en eso en lo que se basan nuestras decisiones de intervención. Finalmente, fue necesario desarrollar habilidades de evaluación de resultados y de cierre de tratamiento.

1.3. Habilidades de investigación y enseñanza.

Una de las primeras – y más importantes – habilidades que obtuve fue la de investigación. El sólo hecho de aprender a buscar fuentes confiables y recientes de las distintas temáticas del campo de la Terapia Familiar ha sido de gran utilidad en mi vida tanto académica como profesional. Además de esto, las investigaciones realizadas arrojaron una cantidad de experiencias muy valiosas para la práctica profesional. Definitivamente, es imposible vislumbrar un programa de maestría sin el cúmulo de aprendizaje y experiencia que se obtiene a través de la investigación.

Dentro de las habilidades de investigación que fui desarrollando a lo largo del trabajo de residencia, puedo nombrar el ser capaz de diseñar aplicar e implementar proyectos de investigación, el seguimiento de una metodología tanto cualitativa como cuantitativa, y la capacidad de utilizar los conocimientos adquiridos en pro de la comunidad estudiada. Finalmente, creo que es importante la difusión de dichos conocimientos para así ampliar el cúmulo de experiencias en el campo de la Terapia Familiar.

1.4. Habilidades de prevención

A través de la elaboración de programas de intervención comunitaria y el desarrollo de productos tecnológicos, llevamos nuestro aprendizaje más allá de la simple intervención terapéutica. Es decir, no sólo nos quedamos esperando a que nuestros clientes presenten una problemática que no puedan resolver para brindarles la atención que necesitan, sino que generamos también información útil que les pueda servir para impedir que una problemática determinada se presente o aumente de gravedad.

Como parte de las habilidades que hacen posible este tipo de actitudes profesionales, está la capacidad para diseñar y ejecutar talleres y proyectos de salud comunitaria, identificar las necesidades grupales más pertinentes para este tipo de intervenciones, y lograr comunicar las ideas de una manera clara y

llamativa, al mismo tiempo coordinando esfuerzos con otras instituciones para poder lograr los objetivos deseados.

1.5. Ética y compromiso social

La experiencia de la maestría trae consigo, inherentemente, un desarrollo muy importante en la sensibilización hacia las problemáticas más importantes de la población con la que trabajamos, y un marcado compromiso social a que, mediante el trabajo terapéutico, contribuyamos en cierta medida a subsanarlas. Los factores que contribuyeron al desarrollo de esta competencia fueron el trabajo en las diferentes sedes, los trabajos de investigación y la implementación de talleres de intervención comunitaria, en los cuales se dio la oportunidad de entrar en contacto con la población y compartir sus inquietudes y problemáticas principales. Esto da como resultado un profesional capaz de comprender y de empatizar con la población con la que trabaja, con un elevado sentido de ética y de compromiso social con el trabajo que realiza.

2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

El trabajo terapéutico a lo largo de estos dos años resultó muy satisfactorio y enriquecedor, tanto para los terapeutas en formación, como para las familias e individuos con los que trabajaron. Después de haber realizado el trabajo en las sedes, se derivan dos problemáticas principales de la población que acudió y solicitó nuestros servicios:

2.1. Problemas de pareja.

Esta resultó ser una de las razones más comunes por las que se solicitaba el servicio, en donde las personas presentaban dificultades en una variedad de situaciones alusivas a la vida en pareja: relaciones de noviazgo, separaciones, divorcios, custodia de los hijos, dificultades sexuales, violencia en la pareja, reencuentro de la pareja ante la inminente llegada del “nido vacío”, etc.

En este respecto, el trabajo realizado por el equipo terapéutico fue muy bueno y provechoso para las parejas que venían en busca de nuestra ayuda. Se trabajó exitosamente en la mayoría de los casos en procesos de duelo, reencuentro de parejas, pero sobre todo en poder realizar las separaciones de una manera menos dolorosa y conflictiva. Además del trabajo clínico, también se realizaron diversos productos tecnológicos y talleres comunitarios con temáticas de pareja, cubriendo aspectos como conflicto, divorcio y comunicación.

2.2. Violencia

Un gran porcentaje de los casos atendidos durante la Residencia giraban alrededor de la violencia. Esto, aunado con una gran sensibilización por parte del grupo de terapeutas en formación hacia dicho tema, resultó en un gran interés por proporcionar herramientas a la comunidad para afrontar este tipo de situaciones.

La gran mayoría de los talleres comunitarios, entonces, estaban enfocados al tema de la violencia, el trabajo terapéutico fue especialmente puntual en esta temática, y se realizaron grandes esfuerzos por sensibilizar a la población a este tópico tan difícil de tocar.

En el caso personal, fungí como terapeuta en dos procesos en donde la violencia era el principal motor de la problemática de la familia o la pareja. Creo que, en ambos casos, se lograron ver avances de los pacientes en términos del manejo de la violencia y de sus efectos. Además de esto, trabajé activamente como miembro del equipo terapéutico en varios casos más relacionados con violencia. Finalmente, realicé, en conjunto con Regina López, una conferencia en donde discutimos el caso de la familia M. Dicha conferencia fue llevada a cabo en el Centro Comunitario Julián MacGregor y contó con la asistencia del personal del Centro y algunas personas de la comunidad.

3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

La experiencia de la Residencia puede dividirse en tres etapas. En la primera existió una especie de *acomodo*: diez personas que estaban en el proceso de conocerse debían convivir, trabajar y pasar la mayor parte del tiempo juntos. Esto, en un principio, trajo consigo un poco de tensión y de adaptación a los estilos de cada quien, a su forma de trabajo, a su personalidad, etc. Además de esto, muchos miembros del grupo venían de ámbitos laborales, los cuales debieron abandonar para integrarse a la formación. Esto también produjo un poco de estrés, ya que, incluso en el ámbito económico, las cosas cambiaron un poco. En mi caso, tenía ya un tiempo que no me dedicaba a cuestiones académicas, entonces un reto extra para mí fue lograr adaptarme al ritmo de trabajo, a las exigencias de cada una de las materias., comprometerme con lecturas, desvelarme haciendo trabajos, etc. Sin embargo, creo que el grupo fue bastante protector en estos aspectos y supo contener y absorber el estrés y la tensión inicial creando una unión de grupo muy bonita. Rápidamente nos convertimos en amigos e incluso convivíamos fuera del ámbito académico.

Una etapa media fue de intenso *trabajo*. Ya adaptados al grupo y al ritmo de trabajo comenzó el trabajo terapéutico. Durante el segundo y el tercer semestre fue que aprendimos las diferentes técnicas, nos enfrentamos a nuestras propias limitaciones, tanto en el trabajo individual como en equipo, y adquirimos mucha experiencia. A nivel grupal, esto ocasionó inevitables fricciones. Poco a poco se comenzaron a formar “grupitos” basados en afinidades, convivencia, cercanía y gustos. Sin embargo, el trabajo del grupo siguió siendo muy favorable y enriquecedor. La mayor parte de las discusiones y energías grupales estaban centradas en los casos. En esta etapa aprendí mucho de mis compañeros, quienes me aconsejaron en mi estilo terapéutico y me ofrecieron su punto de vista acerca de las personas con las que trabajaba en el momento, generando en mí un panorama mucho más global de la situación.

Una etapa final fue la que se vivió durante el último semestre, que podría ser de *desapego*. Ante la inminente terminación de la Residencia, la mayor parte del grupo, que se sentía de alguna manera protegido por la Institución, tanto profesional como económicamente, comenzó a moverse hacia afuera. Ahora, la mayor parte de las conversaciones giraban en torno a qué hacer cuando se terminara, qué tipo de actividad profesional se desarrollaría, cuándo titularse y, en general, cómo sería nuestra vida cuando terminara la formación. La interacción entre los miembros del grupo, tanto dentro como fuera del ámbito académico, disminuyó considerablemente en este último semestre.

En este momento – el año 2008 – podría decirse que se está gestando una nueva etapa, el *reencuentro*, en donde, después de un tiempo de separación, algunos miembros del grupo han restablecido poco a poco la comunicación.

4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONAL Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

La experiencia representó para mí, sin temor a exagerar, un giro importante en mi vida. Después de graduarme de la licenciatura, en el año 2001, dediqué los primeros años de mi vida profesional desarrollarme en áreas ajenas a la psicología y, sobre todo, ajenas a la clínica. En un principio me sentía cómodo en lo que hacía, y gozaba de cierta estabilidad. A mediados del año 2004, entre en una especie de crisis profesional y personal, lo cual me llevó a cuestionarme muchas de las actividades que realizaba en aquel momento. Decidí, entre otras cosas, retomar el camino de mi carrera profesional y buscar una preparación como terapeuta. De la misma manera, busqué el acercamiento con una Institución con la que no había tenido la oportunidad, hasta ese momento, de formar parte: la UNAM.

Tuve la suerte de formar parte del Programa de Maestría y de la Residencia en Terapia Familiar, la cual desde tiempo atrás me atraía como técnica terapéutica. El Programa representó varias cosas. En primer lugar fue una experiencia, a nivel personal, muy satisfactoria, por varias razones. Una de ellas es que retomé un camino que había dejado trunco: mi carrera profesional, y además lo hice con algo que me gusta mucho, la clínica. Además, encontré un grupo de amigos con el que convivo de manera regular, y he encontrado mucha afinidad; esto significa para mí una ganancia extraordinaria. Es también interesante notar que uno de los grandes giros, a nivel grupal, fue el acercamiento que tuvimos con la filosofía posmoderna. En mi caso, no fue tanto así, ya que es una postura que me ha apasionado durante varios años. Más bien el giro en mí consistió en realmente poner en práctica (y no en todos los ámbitos de mi vida) este tipo de posturas, comenzando por aceptar que hay personas a quienes no les gusta y no consideran que sea su punto de referencia para ver la vida.

En el ámbito profesional, aprendí mucho de la relación con el otro; es decir, el entrenamiento me hizo ver que en varias ocasiones, perdido en la “técnica”, dejaba de lado a la(s) persona(s) son las que trabajaba. Uno de los mayores

aprendizajes que obtuve de la maestría fue una vez, en el último semestre, que leí y comenté con una supervisora, que la relación terapéutica es el principal motor del cambio. Por otra parte, descubrí que la postura que más queda con mi estilo terapéutico y de persona, es la Narrativa. He tratado de utilizar lo que aprendí en mi incipiente práctica privada, y me doy cuenta de que en algunas ocasiones da resultados y en otras no. Esto último se debe principalmente a que las familias, parejas o individuos acuden a terapia con otro tipo de expectativas. En esos casos, he descubierto que, aunque la Narrativa sea mi eje principal de intervención, también puedo echar mano de otras visiones terapéuticas, las cuales son igual de valiosas, y con las que también he obtenido resultados. Creo que esa es otra de las grandes bondades del programa: nos permite ver una amplia gama de posturas terapéuticas, lo cual finalmente nos entrena de manera muy completa y diversa.

Finalmente, el haber formado parte de este programa me ha abierto un abanico amplio de opciones en el campo de trabajo. Al momento de escribir estas líneas (diciembre 2007) me encuentro laborando en una Institución de Educación Superior, brindando apoyo psicológico y organizando campañas de prevención para la comunidad estudiantil. En este tipo de trabajo he puesto en práctica varias cosas que aprendí en el posgrado. Por ejemplo, creo que la implementación de un modelo de Terapia Breve proporcionó un encaje perfecto con las necesidades de los alumnos y las posibilidades de la Institución. Además, he aplicado ideas provenientes del posmodernismo en eventos, publicaciones y en la forma de dirigirme a los alumnos en las campañas de prevención. Además de esto, estoy comenzando a dar terapia de manera privada, y una de mis metas a mediano plazo, es poder ampliar mi consulta. Sin embargo, existen otras cosas que me llaman la atención. Una de ellas es la docencia; una de mis metas es también el poder formar parte del cuerpo docente de alguna universidad.

Creo que el campo de trabajo para el terapeuta familiar está creciendo día con día. Además de los ámbitos que mencioné, también puede desempeñarse en ambientes laborales, comunitarios y de investigación. Esto es gracias a una amplia variedad de conceptos y a un enfoque práctico y empírico que ha sabido combatir las inclemencias del tiempo y ha logrado adaptarse a los cambios paradigmáticos. Siento que el campo seguirá evolucionando y me emociona saber cómo será nuestra profesión cuando el mundo cambie, incluso de manera más vertiginosa que hoy.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta dialogue in clinical work. *Family Process* (26), 415-428.
- Anderson, H. (2000). Becoming a postmodern collaborative therapist. a clinical and theoretical journey part I. *Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy* , 5 (1).
- Anderson, H. (2001). Becoming a postmodern collaborative therapist: a clinical and theoretical journey. Part II. *Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy* , 6 (1).
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1997). Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Disponible en internet en http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico. Descargado el 10 de diciembre de 2007.
- Bateson, G. (1979) *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonino, L. (1999). Las microviolencias y sus efectos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (VIII), 221-233.
- Cade, B. Y O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cahn, D. (1990) Intimates in Conflict: A research view. En D.Cahn (Ed) *Intimates in conflict: A communication perspective*. 1-22. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Christensen, A. y Shenk, J. (1991). Communication conflict and psychological distance in nondistressed, clinic and divorcing couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (3), 458-463.

- Colotla, Víctor y Urra, Marcelo (2006). Semblanzas bibliográficas de los fundadores de la sociedad Interamericana de Psicología. *Revista Interamericana de Psicología*. 40 (3), pp. 377-384.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- De Shazer S. y Berg, I. (1992). Haciendo terapia: una revisión post-estructural. Año 8 # 2 agosto 1992
- De Shazer S. (1998). Have you heard the latest rumor about.... Solution Focused Therapy as a Rumor, en *Family Process* Vol. 37, Num. 3. Otoño 1998.
- Declaración y agenda para la acción del primer congreso mundial contra la explotación sexual comercial de los niños*. Estocolmo, Suecia. 27 a 31 de Agosto de 1996.
- Díaz-Loving, R y Sánchez, R. (2002). *Psicología del Amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (2005). DIF México. Disponible en internet en <http://www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67>. Descargado el 7 de febrero de 2007.
- Espacios de Desarrollo Integral A.C. (2005). *Prostitución no con nuestros niños. La acción comunitaria como estrategia de prevención de prostitución infantil*. México: Plaza y Valdés, EDIAC, ECPAT y ONLUS NOVA.
- End Child Prostitution, Child Pornography and the Trafficking of Children for Sexual Purposes. (2001). *Algunas preguntas sobre la explotación sexual comercial de la niñez, y sus respuestas*. ECPAT International.
- Epston, D. (1998). *Catching up with David Epston*. Dulwich Centre Publication.
- Estrada, L. (1997). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Grijalbo
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1982). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- Fischman, H. Y Rosman, B.L. (1990) *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Fitzpatrick, M. (1988). *Between husband and wives: communication in marriage*. USA: Sage Publication.

- Flores, F. (2001). *Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social*. México: UNAM.
- Furman, B. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones, en *Sistemas Familiares*.
- García, J. (2002). Los conflictos en la pareja. Recuperado el 10 de septiembre de 2005, de: <http://www.cop.es/coleriados/M-00451/Pareja.htm>
- González, C. El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: Eguiluz, L. comp. (2004) *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- Goolishian, H., & Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: a matter of theory? *Journal of marital and family therapy* , 18 (1).
- Gottman, J. (1979). *Marital Interaction. Experimental Investigations*. New York: Academic Press.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas..* Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1989) *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. Y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica
- Hoffman, L. (1993). *Exchanging voices: a collaborative approach to family therapy*. London: Karnac Books.
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez (comp.) *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- INEGI (2006). *Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres. Datos nacionales*. Recuperado el 12 de abril de 2007 de

<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2020/violencia06.pdf>

Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.

Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Argentina: Paidós.

Killman, R. y Thomas, K. (1975). Interpersonal conflict handling behavior as reflections of Jungian personality dimensions. *Psychological Reports*, 37, 971-980.

Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Milanese, E., Merlo, R. y Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de la farmacodependencia. Una propuesta comunitaria*. México: CAFAC, Plaza y Valdés.

Minuchin, S. (1991). El desarrollo de la terapia familiar: una parábola. En Falicov, C. (comp.) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa

Minuchin, S. y Fishman, C. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.

Navarro, J., & Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.

Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. En C. Ruiz, & P. Blanco, *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos.

Nichols, P. y Schwartz, R. (1995). *Family Therapy. Concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon.

Numeralia de la Familia en México. En *Diagnósticos de la Familia Mexicana* (2005). DIF México. Disponible en internet en <http://www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67>. Descargado el 7 de febrero de 2007.

- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993) *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Explotación sexual comercial infantil. Paquete básico*. México, Procuraduría general de la república, Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia y Secretaría del trabajo y previsión social.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. México: OIT, IPEC, PGR, DIF y STPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2003) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protocolo para un modelo integral de atención Integral de la Violencia Intrafamiliar contra las mujeres*. OPS.
- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *En Family Process*. 21-3. pp. 267-280.
- Penn, P. (1991). Letters to ourselves. *Networker*.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y Abusos sexuales en la Familia*. México: Paidós.
- Pittman, F. (1987). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. México: Paidós.
- Ravazzola, M. C. (2003). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Rivera, S., & Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Porrúa.
- Rubin, J., Pruitt, D. y Kim, S. (1994). *Social conflict: escalation, stalemate and settlement*. New York: McGraw Hill
- Salvador Minuchin. Biography. Recuperado el 2 de noviembre de 2005 de <http://www.abacon.com/famtherapy/minuchin.html>
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Secretaría de Salud (s. f.). Servicios de Atención Psiquiátrica. Recuperado el 27 de mayo de 2007, de <http://sap.salud.gob.mx/>

Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. y Cook, S. (1976). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.

Selvini, M., Boscoso, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hypothesizing – circularity – neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *En Family Process*. 19-1. pp. 3-12.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.

Smith, C. (1995). One way of incorporating two different narrative approaches: collaborative language systems and deconstructive externalizing. *Narrative ideas and therapeutic practice. 3rd annual international conference*. Vancouver.

Souza, M. (1996). *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México: Manual Moderno.

Strauss, M. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-89.

Sugiyama, M. Vargas, B. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Porrúa.

Taylor, S., Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Thibault, O. (1972). *La Pareja*. Madrid: Ediciones Guadamarra.

Thomas, E. (1976). *Marital Communication and decision making*. USA: The Free Press.

Torres, M. (2000). *Violencia contra las mujeres y derechos humanos*. México: CNDH.

- Turner, L. y West, R. (2002). *Perspectives on Family Communication*. USA: McGraw Hill.
- Wallerstein, J. y Blakeslee, S. (1990). *Padres e hijos después del divorcio*. Buenos Aires, México: Javier Vergara
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder
- White, M. (2002). *Reescribiendo la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

ANEXO I

Guía de entrevista para conocer la representación social de prostitución infantil

Instrucciones

A continuación le voy a hacer una serie de preguntas, trate de contestar sinceramente, no hay respuestas correctas o equivocadas, la información obtenida será utilizada para un estudio acerca de la prostitución infantil y sus respuestas serán anónimas.

Datos generales

Edad _____ Ocupación _____

Información

1. ¿Para usted qué es la prostitución infantil?
2. ¿Cómo se imagina que llegan las niñas o las adolescentes a ser prostitutas?
3. ¿Cómo podría darse cuenta cuando una niña o adolescente está siendo prostituida?
4. ¿Usted sabe en qué lugares existe la prostitución infantil?
5. ¿Cuáles son las causas de la Prostitución infantil?
6. ¿Cuáles cree que son las consecuencias de la prostitución infantil?

Actitud

7. ¿Que piensa de la prostitución infantil?
8. ¿Desde su punto de vista, por qué hay adolescentes que están siendo prostitutas?
9. Si una adolescente que esta siendo prostituida le pidiera ayuda, ¿usted qué haría?
10. Si una adolescente que está siendo prostituida quisiera ser amiga de su hija, que también es adolescente, ¿Usted qué haría?
11. ¿Qué siente cuando ve o sabe que una adolescente esta siendo prostituida?
12. ¿Qué piensa acerca de las personas que están prostituyendo a las adolescentes?
13. ¿Qué piensa de los clientes de la prostitución infantil?

Percepción de riesgo

14. ¿Qué tipo de adolescentes están en mayores posibilidades de caer en la prostitución?
15. ¿Para usted qué tan posible es que las adolescentes que andan por aquí sean prostitutas?
16. ¿Qué tan posible es que su hija pueda llegar a ser prostituida?
17. ¿Qué actividades realiza su hija en donde trabaja?
18. ¿Cree que alguna de estas actividades la pone en peligro de prostitución?

Conductas de prevención

19. ¿Ha platicado con su hija sobre prostitución infantil?, ¿qué han comentado?
20. ¿Qué se puede hacer para proteger a las adolescentes de la prostitución?
21. ¿Qué hace con su hija para protegerla de la prostitución?

Se le preguntara a la participante: *¿Hay algo mas que quiera decir?*, su comentario se integrará a la entrevista dentro de alguna de las áreas existentes o en una nueva de ser necesario. Para despedirse de la persona entrevistada se le dirá: le agradezco mucho su participación.

ANEXO II

DEFINICIÓN DE CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS

1. Definición de prostitución infantil

Se refiere al concepto que las mujeres entrevistadas tienen de la prostitución infantil, este concepto hace referencia a un conocimiento socialmente construido y compartido, de “sentido común”.

a. abuso: se considera a la prostitución infantil como una forma de abuso (sexual) que un adulto comete en contra de un niño, niña o adolescente, enfatizando la relación de poder que se establece por la diferencia en edad, sexo u otras características.

b. relación sexual adulto-niño: únicamente se hace referencia a un coito entre un adulto y un niño, niña o adolescente. La persona entrevistada no emite juicios de valor.

c. retribución económica: se conceptualiza a la prostitución infantil como una actividad comercial, de préstamo de servicios o de intercambio, donde un niño, niña o adolescente ofrece un servicio que es retribuido económicamente.

2. Métodos de reclutamiento

Se refiere a las diversas formas en que las redes de prostitución infantil u otros actores (familia, pareja, amigos) se organizan para iniciar a niños, niñas y adolescentes en la prostitución infantil.

a. engaño/manipulación: es el engaño y/o manipulación (verbal y/o físico) ejercido por parte de un adulto hacia un niño, niña o adolescente, con la cual pretende insertar a éste(a) en prostitución infantil. Se incluyen aquí situaciones en donde el proxeneta crea o fomenta una adicción a sustancias psicoactivas por parte del niño, niña o adolescente, a través de la cual logra insertarlos en la prostitución, en una dinámica que podría entenderse como “prostitución infantil al servicio de las adicciones”.

b. obligación: se refiere a situaciones en que las adolescentes aceptan estar en prostitución por que se sienten obligadas (moralmente) a ayudar a sus familias y/o mantener a sus hijos.

3. Indicadores de prostitución infantil

Se refiere a las “señales” subjetivas que las mujeres entrevistadas detectan y que les permiten reconocer cuando un niño, niña o adolescente está siendo prostituido.

a. económico: identificar que un niño, niña o adolescente tiene más dinero que lo usual, o bien, que esta adquiriendo objetos que dada su condición económica habitual, no podría adquirir.

b. actitud (retraimiento emocional): son observados una serie de comportamientos identificados como timidez, miedo, nerviosismo, introversión, vergüenza, desconfianza, irritabilidad y aislamiento.

c. actitud (libertinaje): comportamiento en el que se describe que el niño, niña o adolescente es seductor, es rebelde (no obedece a sus padres), dice mentiras, no acata reglas ni límites, se comporta como si fuera mayor (llega tarde, fuma, ingiere bebidas alcohólicas), convive con personas mayores que él (ella) y muestra curiosidad excesiva por temas relacionados con la sexualidad.

d. adicciones: el niño, niña o adolescente tiene adicción hacia alguna sustancia psicoactiva, por lo que acepta ser prostituido(a), a cambio de droga y con la única intención de obtener esta ganancia.

e. cambio físico: se observa un cambio en la apariencia física del niño, niña o adolescente: usa ropa atrevida, se viste a la moda y se maquilla.

4. Lugares donde existe la prostitución infantil

Se refiere a los espacios identificados por las mujeres entrevistadas, donde reconocen que está presente la prostitución infantil.

a. zona clase baja: países, barrios, comunidades, calles, avenidas y colonias con nivel socioeconómico bajo, a las cuales se les puede considerar como subdesarrolladas o marginales.

b. zona clase alta: países, barrios, comunidades, calles, avenidas y colonias con nivel socioeconómico alto.

c. lugares públicos: espacios abiertos al público en general: bares, cantinas, antros, cocinas económicas, restaurantes, hoteles, salones de masajes, baños públicos, escuelas, entre otros.

d. lugares privados: espacios restringidos a unas cuantas personas: bodegas comerciales y domicilios particulares entre otros.

5. Causas de la prostitución infantil

Se refiere a los factores (hechos o acontecimientos) que ocasionan la prostitución infantil.

a. económicas: se atribuye la existencia de la prostitución infantil a la pobreza y necesidad económica de las familias, debido a la cual los niños, niñas y adolescentes se ven obligados a trabajar para aportar al gasto familiar.

b. adicciones (vicios): se considera causa de la prostitución infantil a la drogadicción: “la prostitución al servicio de las adicciones”.

c. familia: se considera que la familia ocasiona que sus niños, niñas y adolescentes sean prostituidos, al no proporcionar a éstos seguridad, vigilancia o monitoreo, cariño, educación, vivienda, y artículos de primera necesidad.

d. contexto sociocultural: se entiende por contexto sociocultural, la situación económica y política, las tradiciones, costumbres y normas morales, del país y de la comunidad específica donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes. A la decadencia de “valores” y al deterioro de la sociedad se le considera la causa de la prostitución infantil.

e. dios: se atribuye la existencia de prostitución infantil a un ser supremo: dios, quien la “envía” a manera de castigo o prueba para la humanidad.

f. despertar sexual: la prostitución infantil es considerada como una manifestación del despertar sexual acorde a las etapas preadolescente y adolescente.

g. características personales: la prostitución infantil existe por que hay adolescentes que libremente deciden dedicarse a esta actividad, la cual es considerada como un trabajo fácil, ideal para mujeres flojas a quienes no les gusta trabajar.

6. Consecuencias de la prostitución infantil

Esta categoría hace referencia a los efectos negativos de la prostitución infantil en la adolescente prostituida, los cuales se desencadenan a partir de su inserción en prostitución y le ocasionan daños de índole físico, psicológico y moral.

a. adicciones: la adolescente desarrolla adicción a alguna(s) sustancia(s) psicoactiva(s) como resultado de su inserción en la prostitución, y como parte del deterioro físico y psicológico que las entrevistadas perciben en las adolescentes prostituidas.

b. enfermedades: se refiere a toda clase de enfermedades físicas: respiratorias, dermatológicas y gastrointestinales, entre otras; que son el resultado de las condiciones de vida insalubres en que se encuentran las adolescentes prostituidas: vivienda sucia, mala alimentación, exposición a cambios bruscos de temperatura y a temperaturas extremas con poca ropa o vestimenta ligera, nulo o escaso chequeo médico, etc. Además de las frecuentes enfermedades de

transmisión sexual que contraen las adolescentes como resultado de las prácticas sexuales de riesgo a las que constantemente son expuestas (sexo sin protección).

c. destrucción familiar: hace referencia a la dinámica familiar que se desencadena a partir de la inserción de la adolescente en la prostitución, a partir de la cual, la familia se siente ofendida, juzga negativamente a la adolescente y la rechaza, iniciándose así un proceso de desintegración familiar, en el cual, la adolescente es expulsada de su hogar, o bien rompe todo vínculo (físico, aunque no necesariamente afectivo) con los miembros de su familia: padres, hermanos, hijos, pareja, etc.

d. daño psicológico: incluye los sentimientos y pensamientos que denotan resentimiento por parte de la adolescente prostituida, no solo hacia el proxeneta y el cliente, sino hacia su propia familia, las autoridades y la sociedad en general, provocado por la explotación, sufrimiento, violencia y sometimiento de los cuales son víctimas las adolescentes prostituidas. Esta categoría incluye aspectos como baja autoestima, temor, aislamiento y depresión.

e. destrucción contexto: indica un desligamiento o separación de la adolescente en diversas actividades o esferas de su vida, como la escolar, social, laboral, etc. Lo cual indica un aislamiento por parte de la adolescente, quien al ser prostituida modifica radicalmente su estilo de vida y no puede estar inserta en otras actividades.

f. embarazos: indica embarazos adolescentes que no son planeados ni deseados y que son producto de la explotación sexual de la que son víctimas estas jóvenes.

g. violencia: incluye toda clase de agresiones y los diversos tipos de violencia: sexual, económica, psicológica, física y verbal, que reciben las adolescentes prostituidas. Estas vejaciones ocasionan a las adolescentes, desde lesiones o heridas leves, hasta las que requieren hospitalización, dejan secuelas transitorias o permanentes e incluso ocasionan la muerte.

7. Actitud hacia la prostitución infantil

Incluye los pensamientos, sentimientos y actos hipotéticos que las entrevistadas reportan en relación al fenómeno de la prostitución infantil.

a. daño psicológico y moral: las entrevistadas señalan que la prostitución infantil es una actividad que acarrea consecuencias negativas para la víctima, entre estas consecuencias se enfatiza el daño psicológico, al reconocer la prostitución infantil como un evento que ocasiona traumas a las víctimas, además del perjuicio o atentado a la dignidad y moral de las adolescentes, en su calidad de mujeres.

b. resignación: se reconoce que la prostitución infantil es un fenómeno nocivo, no sólo para las víctimas sino para la sociedad en general. Sin embargo, se asume una postura de impotencia donde se señala que nadie puede hacer nada para

solucionar el problema y que por lo tanto solo queda aceptarlo y conformarse con su existencia.

c. mal necesario: el fenómeno de la prostitución infantil es juzgado negativamente y se reconoce su carácter dañino o perjudicial; sin embargo, su existencia es considerada como un factor que regula otros fenómenos como las violaciones, las infidelidades frecuentes, ayuda a los “locos” o depravados a descargar sus instintos, etc.

d. rechazo (juicio de valor negativo): el fenómeno de la prostitución infantil es considerado como un problema que va desde la esfera individual hasta la social. Este problema acarrea consecuencias negativas a diferentes niveles y es un acto reprochable.

8. Actitud hacia la víctima

Incluye los pensamientos, sentimientos y actos hipotéticos que las entrevistadas reportan en relación a las adolescentes prostituidas.

a. aceptación/empatía: se mencionan sentimientos y pensamientos de condolencia y aceptación, así como la intención de realizar acciones concretas para ayudar a las víctimas de la prostitución infantil.

b. rechazo/indiferencia: incluye sentimientos, pensamientos y acciones hipotéticas que denotan un juicio de valor negativo hacia las adolescentes prostituidas, delegando en ellas la absoluta responsabilidad de su situación, o bien; atribuyéndoles características personales negativas: flojas, irresponsables, libertinas, etc. En algunos casos, las mujeres entrevistadas no mostraron rechazo, sino simple desinterés por las adolescentes prostituidas.

c. apoyo/consejo: las mujeres entrevistadas reportan actos reales o hipotéticos en los cuales, proporcionan ayuda a las adolescentes prostituidas, mediante recomendaciones y propuestas centradas en la forma de mejorar sus condiciones de vida e incluso salir de la prostitución

9. Actitud hacia el proxeneta

Incluye los pensamientos, sentimientos y acciones supuestas que las entrevistadas reportan en relación al proxeneta (regenteador, padrote, chulo).

a. mercantilismo: las entrevistadas perciben al proxeneta como un comerciante (de sexo), un vendedor de adolescentes prostituidas.

b. delincuencia: el proxeneta es una persona que comete un delito, que se mantiene al margen de la ley y que forma parte de las redes del crimen organizado y las mafias de prostitución infantil

c. enfermo: se considera al proxeneta como una persona carente de salud mental, cuyas acciones son el producto de su desequilibrio mental.

d. aprovechador: el proxeneta es percibido como un sujeto que de forma consciente explota sexualmente a las adolescentes, sin tener consideraciones en relación al daño físico y psicológico que les ocasiona.

10. Actitud hacia el cliente

Se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones supuestas que las entrevistadas reportan en relación al cliente-explotador.

a. necesidad sexual: se considera que los clientes de la prostitución infantil, hacen uso de esta, debido a una necesidad fisiológica de índole sexual, la cual les impide tener control sobre sus “instintos”.

b. necesidad afectiva: se percibe a los clientes de la prostitución infantil como sujetos carentes de afecto, que acuden a los servicios de la prostitución infantil en busca de éste, es decir, que desean cubrir una insuficiencia emotiva.

c. aprovechador: el cliente es considerado como una persona frívola, que utiliza su poder y mayor nivel jerárquico (de adulto) para someter y violentar a las adolescentes prostituidas.

d. enfermo: se considera al cliente como una persona desequilibrada mentalmente, cuyos actos son el resultado de su patología mental.

11. Características de la infancia en riesgo

Incluye las características contextuales, físicas y comportamentales de las adolescentes que están en peligro de iniciar un proceso de prostitución infantil.

a. edad: incluye elementos asociados a la infancia y juventud, los cuales van desde percibirlos como indefensas, inocentes y puras, hasta evidenciar sus atributos físicos, como un cuerpo atractivo y presumiblemente sano.

b. familia: se considera que las adolescentes en riesgo de prostitución, se desarrollan en familias en las cuales sufren abandono físico y emocional; así como carencias en relación a sus necesidades básicas (alimento, casa, vestido). Son víctimas de múltiples formas de maltrato y explotación, así como de negligencia generalizada por parte de sus padres o de algunos familiares cercanos (tíos, abuelos, hermanos mayores, etc.).

c. contexto social: se considera que las adolescentes en riesgo se encuentran insertas en ambientes comunitarios y sociales que promueven o facilitan factores que las ponen en peligro de prostitución, los cuales se sustentan en situaciones adversas en cuanto a educación, empleo y desarrollo económico, presencia de

delincuencia, violencia generalizada hacia las mujeres y los niños e incluso algunas practicas culturales que les impiden un sano desarrollo psicofísico a las niñas y jóvenes.

d. necesidad económica: indica la inclusión de las adolescentes en redes de prostitución a causa de una carencia económica y una necesidad moral por parte de éstas, que las obliga a insertarse en la prostitución como medio de supervivencia y de ayuda económica a sus familias (padres, hermanos e hijos).

12. Percepción de riesgo en su comunidad

a. presencia: negación de la posibilidad de que las adolescentes que viven en su comunidad sean prostituidas.

b. ausencia: negación de la posibilidad de que las adolescentes que viven en su comunidad sean prostituidas.

13. Autopercepción de riesgo

a. presencia: aceptación de la posibilidad de que su(s) hija(s) adolescente(s) sea(n) prostituida(s).

b. ausencia: negación de la posibilidad de que su(s) hija(s) adolescente(s) sea(n) prostituida(s).

14. Formas de prevención adoptadas

a. comunicación familiar: se reporta la comunicación familiar, descrita como pláticas y consejos entre madre-hija, como factor preventivo de prostitución infantil.

b. provisión de bienes necesarios: se señala un abastecimiento adecuado de las necesidades materiales básicas (casa, alimento, vestido), como elemento utilizado para prevenir la prostitución infantil.

c. educación: se indica que facilitar y promover la educación (preparación académica), ha sido una estrategia empleada para evitar que las adolescentes sean prostituidas.

d. cambio contexto: se menciona que el alejar a la adolescente de las zonas donde existe la prostitución, a través de un cambio de vivienda, es una forma en que se previene la prostitución infantil.

e. armonía familiar: procurar un ambiente armónico en la familia, que permita la libre expresión de afecto entre todos los miembros, es un método para prevenir la prostitución infantil.

15. Acciones para combatir la prostitución infantil

a. Políticas: apelan a la participación de las autoridades locales y del gobierno, así como a la modificación y aplicación de las leyes en contra de la prostitución infantil.

b. comunitarias: considera las acciones grupales emprendidas por personas que cohabitan en un mismo barrio y que se enfocan a combatir la prostitución infantil en una comunidad específica.

c. personales: incluye los comportamientos personales que un individuo realiza para evitar o luchar en contra de la prostitución infantil.

ANEXO III

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Familia R

La familia R nos fue referida por medio de una escuela en donde laboró anteriormente uno de los miembros del equipo. El colegio en cuestión se ubica en la zona poniente de la ciudad de México, cerca del área de Santa Fe. Es un colegio privado y mixto donde estudian personas de nivel socioeconómico medio y la enseñanza es bilingüe, es decir, se imparten clases totalmente en inglés. La escuela también nos pidió mantener su nombre en el anonimato. En el área psicológica, cuentan con un psicólogo que brinda atención a los alumnos; además realizan estudios de aptitudes escolares y de ambiente familiar, ya que entrevistan a los padres antes de hacer una admisión.

Nuestro compañero acudió a la escuela a principios del mes de agosto, solicitando una familia para realizar nuestro estudio y que se acercara más a una manera efectiva de manejar y resolver el conflicto. Fue así como nos contactaron, entre tres familias más, a la familia R. El psicólogo escolar nos comentó que la familia R ha sido parte de la comunidad escolar por más de diez años, ya que cada uno de los hermanos ha asistido allí en diferentes momentos.

La familia está compuesta por madre, padre y tres hermanos. M, la madre, tiene 50 años y se dedica al hogar. El padre se llama V, tiene 55 años y es Ingeniero; trabaja en una universidad. Ellos tienen tres hijos varones: Vh, el más grande, tiene 22 años y acaba de terminar su carrera universitaria, la cual desconocemos al momento. L, tiene 20 años y es estudiante de Derecho en una universidad privada. Finalmente, J tiene 17 años y está cursando el último año de Preparatoria; él es quien está estudiando actualmente en el colegio antes mencionado.

Por lo que nos comenta el psicólogo, la familia R siempre ha sido valorada y respetada por la comunidad escolar; esto se debe a las excelentes calificaciones de los tres hermanos, quienes han sido “estudiantes ejemplares” desde que Vh ingresó a la escuela, hace más de diez años. Además de esto, nos comenta que conoce directamente a los padres, y ha sostenido varias entrevistas con ellos. De acuerdo al psicólogo, los padres son descritos como “una pareja funcional”, que llevan una relación cordial.

Sin embargo, una de las razones (de acuerdo al psicólogo) por las que nos recomienda a esta familia, es la solución a una crisis familiar muy grande generada por la pérdida de empleo de V. Él hace más de 20 años trabajaba en una empresa; sin embargo, por razones corporativas, fue cesado de sus labores repentinamente y pasó casi dos años sin empleo. Esto sucedió hace aproximadamente cinco años. Durante este tiempo, la familia R acudió a la escuela para poder negociar una forma en la cual sus hijos pudieran seguir

asistiendo a la escuela, aunque no pudieran pagar por el momento. El psicólogo considera que la familia ha salido “bien librada” de la situación y han manejado la crisis económica muy bien. Es por esta razón por la que supone serían una excelente familia para nuestro estudio.

Familia G

La Familia G se presenta en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM en el mes de Marzo con el objetivo de recibir atención psicológica para resolver ciertos problemas que han presentado en la relación con sus hijas.

Esta familia se compone de 4 integrantes: M, la mamá, P, el papá, y las dos hijas: S, de 15 años, y Ma, de 22 años. Según lo que llenan en la ficha de inscripción del centro y las preguntas de la pre-consulta, comentan que P es taxista, M trabaja en una escuela como maestra, Ma se queda en casa y asiste a clases de danza y S se encuentra estudiando la preparatoria.

S, la paciente identificada, ha robado dinero, repetido el año escolar y muestra ciertas actitudes de rebeldía ante las reglas del hogar, especialmente en lo concerniente a cumplir horarios y responsabilidades en la casa.

Por su parte, Ma, una joven diagnosticada desde los 7 meses de vida con un retraso mental leve y actualmente considerada como una joven limítrofe, no se encuentra estudiando, solamente toma clases de danza por la tarde, y son frecuentes las disputas entre padres e hija en relación al incumplimiento de hábitos básicos (como tomar su medicina, lavarse los dientes, etc.) y responsabilidades en la casa.

Ambos padres se muestran sumamente preocupados y perciben que el área principalmente afectada ha sido la familiar. Comentan que una de las situaciones que últimamente ha generado mucho conflicto en la familia es que regresaron a vivir con la mamá de M.

A través del Centro y debido a las distintas dificultades y conflictos que presentan se contacta a esta familia, quien después de explicársele el motivo de la investigación decide participar en ella.

ANEXO IV

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para la presente investigación se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada, que se presenta a continuación.

GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

El instrumento que se utilizará para este estudio fue un cuestionario abierto. Se trata específicamente de una guía de entrevista semiestructurada para conocer el estilo de manejo de conflictos en las dos familias estudiadas.

Esta propuesta consta de 31 preguntas abiertas agrupadas en 4 factores:

1. Datos generales de la familia (4 preguntas)
2. Exploración de relaciones familiares (5 preguntas)
3. Conflicto (8 preguntas)
4. Estilo de manejo de conflictos (14 preguntas)

El instrumento está diseñado para aplicarse en forma de entrevista semiestructurada, por lo que los investigadores podrán variar el tipo y número de las preguntas en cada entrevista.

Instrucciones

A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas, trate de contestar sinceramente, no hay respuestas correctas o equivocadas, la información obtenida será utilizada para un estudio acerca de los tipos de conflictos en las familias mexicanas y sus respuestas serán anónimas. Muchas gracias por participar.

A. DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

1. Nos gustaría que uno/a de ustedes presentara a los demás miembros de la familia y a sí mismo/a, proporcionándonos nombre, edad, ocupación y cualquier otro dato o característica que considere importante de esa persona.
2. ¿Dónde viven? ¿Quiénes viven bajo el mismo techo? ¿Cómo están distribuidos en el hogar? Es decir, cuántos cuartos hay en casa, quién comparte cuarto con quién, cómo se distribuyen geográficamente.
3. ¿De qué hora a qué hora trabajas/estudias? (se realizará a cada uno de los miembros de la familia)
4. ¿Qué actividades realizas el fin de semana? (se realizará a cada uno de los miembros de la familia)

B. EXPLORACION DE RELACIONES FAMILIARES.

5. ¿Qué tan seguido comen todos juntos en familia?, cuando lo hacen, ¿sobre qué temas platican?

6. ¿Tienen alguna actividad compartida durante la semana? (por ejemplo, algunas familias tienen el acuerdo de salir a misa todos juntos el domingo por la mañana).

Las siguientes preguntas se dirigirán, a cada uno de los miembros de la familia:

7. ¿Qué porcentaje de tu tiempo dedicas a tu familia, amigos, pareja o solo? Por ejemplo, 40% a la familia, 40% a amigos, 10% pareja y 10% solo, igual a 100%. ¿Cómo te sientes con ese tiempo de dedicación? ¿Te gustaría cambiar algo?

8. ¿Quién consideras que es la persona con la que más te llevas en la familia?, ¿Y con la que menos te llevas? ¿Por qué?

9. ¿Quién es la persona más alegre de la familia?, ¿la mas enojona?, ¿la más apegada?, ¿la más alejada?

C. CONFLICTO

10. ¿Con qué frecuencia se presentan conflictos en esta familia? (si es necesario, se puede brindar una escala del 1 al 5, siendo 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: Frecuentemente, 4: Muy frecuentemente y 5: Siempre).

11. ¿Cuáles son las áreas o los temas que ocasionan mayor conflicto en esta familia?

12. ¿Cuáles son las áreas o los temas que ocasionan menor conflicto en esta familia?

13. ¿Quiénes participan habitualmente en los conflictos?

14. ¿De qué manera contribuye cada uno de ustedes para hacer que el conflicto surja o incluso, crezca?

15. ¿Con quién sueles tener mayor conflicto habitualmente? (se dirigirá a cada uno de los miembros de la familia)

16. ¿Con quién sueles tener menor conflicto habitualmente? (se dirigirá a cada uno de los miembros de la familia)

17. ¿Cómo se siente cada uno cuando aparecen conflictos en esta familia?

D. MANEJO DE CONFLICTOS

18. Descríbannos ¿cómo consideran ustedes que manejan los problemas que se les presentan como familia? (cada miembro deberá contestar).

19. ¿De qué forma participa cada uno en la toma de decisiones para la resolución de los conflictos?

20. ¿Quiénes participan en la toma de decisiones para la resolución de los conflictos?

Si hay discrepancias en la visión de cada uno de los miembros se aclararan las diferentes visiones

21. ¿Cuál es la manera más usual de enfrentar los problemas?

22. ¿Cuál es la manera menos usual?

23. ¿Cuándo un problema o conflicto no se resuelve en el primer intento, qué otras cosas hacen?

24. ¿Cuál consideran que es o son las formas que mejor resultado les dan para manejar los conflictos?

25. ¿Cuál consideran que es o son las formas que peor resultado les dan?

26. ¿A quién recurre cuando tienes un conflicto con algún miembro de tu familia?

27. ¿Quién de ustedes podría relatarnos el último conflicto que haya tenido la familia?

28. ¿De qué forma consideran que enfrentaron la situación?

29. ¿Cómo la manejaron y cuál fue el resultado final?

30. ¿Cómo ve cada uno de los hijos que manejan el conflicto cada uno de los padres y entre ellos?

31. ¿Cómo ve cada uno de los padres que manejan el conflicto cada uno de los hijos y entre ellos?

BUENA VIDA

Editor: Gustavo Adolfo Montenegro • Edición Gráfica: Mario Arévalo/Pablo Juárez • Tel.: 2230-5096/Fax: 2230-1379

Desafío tamaño **familiar**

POR LUCY CALDERÓN

Esteban* tiene 47 años, perdió su empleo como contador y en la actualidad labora en un campo que no es el suyo. Se siente presionado por la obligación de mantener económicamente su hogar, en donde además, le hace falta aprender a negociar y establecer límites.

Su esposa, Ángela* de 42 años, dejó de trabajar cuando a su hija Irene* de 12 le diagnosticaron epilepsia. Ahora ella vende productos por catálogo, pero indica estar sobrecargada con los quehaceres domésticos y tratando de solucionar los conflictos en casa.

Mariano* de 15 años, cursa el bachillerato, tiene buenas notas escolares y es atleta. Sin embargo, está cansado de las frecuentes peleas con su hermana, a quien tiene que cuidar, como si él fuera el padre.

Irene padece de fobia escolar y hace tres meses que no va a estudiar. Cuando sus parientes no hacen lo que ella desea, se abstiene de comer hasta por tres días y además de las constantes discusiones con Mariano, ha intentado suicidarse.

La versión oficial que maneja esta familia sobre su condición es: desacuerdos y problemas neurológicos en uno de los integrantes. Ellos justifican sus actitudes y comportamientos por lo que a la niña le ocurre.

No obstante, aunque el síntoma lo presenta Irene, todos interactúan de manera disfuncional y agravan la enfermedad de la menor.

El problema es de todos

Los psicólogos mexicanos Arturo Sirgo y Fania Delgado, acompañados por la guatemalteca Regina López, expusieron la historia citada, durante la conferencia *Terapia sistémica en familias con un enfermo*, en el marco del Quinto Congreso Nacional de Psicología.

Los profesionales explicaron que tal situación ocurre cuando se le otorga demasiada significancia a la persona que manifiesta los síntomas de una dinámica familiar alterada.

En este caso, Irene ocupa el 90% del espacio de interacción y tiene

más poder que sus padres. En su casa hay alianzas entre ella y su papá, su mamá y hermano, con el fin de sabotearse unos a otros; sus crisis terminan convirtiéndose en explosiones de todos, en lugar de que cada quien tenga su propio espacio y refuerce las cosas que sí funcionan. Esto es debido a que los adultos necesitan establecer límites, mejorar la comunicación entre ellos y hacer cumplir las reglas, añaden los conocedores en salud mental.

La familia manda

El psicólogo guatemalteco Sergio Argüello Reyes, enfatiza que las familias funcionan como

La Terapia Sistémica mejora la convivencia en el hogar

atendido casos de adolescentes que expresan: "en esta casa todos estaríamos bien si no fuera por vos papa, o vos mamá". Pero si los padres tomaran las riendas y dijeran "qué hijos tan malcriados", a quienes considerarían culpables de romper la sana convivencia, sería a los jóvenes. No obstante, esta actitud también es un síntoma. Lo correcto sería que cada uno acepte su responsabilidad y trate de mejorar la situación.

Temor al cambio

Los padres creyendo tener amplio criterio acuden al terapeuta y dicen: "aquí se los traigo (refiriéndose a sus hijos y esposa)" y se van, porque no consideran ser parte del problema. Argüello indica que los varones son más reacios a comunicarse, a aceptar que tienen un conflicto y que necesitan la intervención y orientación de un tercero para conservar a su familia.

Por otra parte, cuando alguien empieza a cambiar de actitud, quienes le rodean tienden a experimentar temor. Todos tratarán de tener de nuevo el síntoma.

El deseo de forzar a que las cosas sigan igual, sucede porque de alguna manera la situación aunque incorrecta, los ha mantenido unidos. "Se requiere valentía para descubrir durante la terapia si luego de eliminar el síntoma podrán seguir juntos", enfatiza Argüello.

Sin embargo, López considera que si se toma en cuenta la posición que el paciente ocupa en su contexto hogareño, puede ayudarse a los parientes, a pesar de la resistencia que muestren.

"Los cambios se generan individualmente, pero al reinsertar al más afectado a su ambiente, los demás de verán influidos", opina Sirgo.

un sistema de comunicaciones.

Cada integrante desempeña un papel de carácter social: madre-esposa, padre-esposo, hijos e hijas, con sus respectivas implicaciones emocionales, las cuales inciden en la armonía o desavenencia del grupo.

De ahí que mucha de la problemática que una persona pueda manifestar a lo largo de su vida sea producto de la relación en la que estuvo inmerso en el hogar.

A estos individuos se les conoce también como "pacientes designados", porque en ellos sus parientes descargan su propia patología y responsabilidad.

Por ejemplo, él ha



VIENE DE LA PÁG. 51

¿Siempre es igual?

Delgado expresa que no en todos los casos hay necesariamente un enfermo estático, ni siempre se trata de un padecimiento físico. Hay ciertas similitudes, pero cada historia es particular.

Lo importante es vencer los prejuicios y buscar ayuda multidisciplinaria para mantener un ambiente de armonía.

En cuanto a los terapeutas "nos hace falta enfocarnos también a la prevención. Si nos acercáramos a la gente por ese lado de la salud mental, habría mayor confianza de consultarnos, sería algo tan normal como acudir al dentista", señala Delgado.

Mientras tanto, luego de varios años de terapia, la familia citada ha logrado avanzar. Las sesiones individuales a las que acudían madre e hija han fina-

PRESTE ATENCIÓN

- **Las sociedades** que promulgan el individualismo como lo máximo en la vida, ponen en riesgo la consistencia familiar.
- **La unidad** se fomenta trabajando y reforzando las actitudes y acciones positivas, para incrementarlas.
- **Durante** las sesiones los terapeutas le hacen ver a sus pacientes que al mejorar su conducta es probable que encuentren resistencia de sus parientes, pero deben seguir adelante.
- **Los profesionales** mexicanos consultados trabajan en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México, UNAM.

lizado. Irene regresó a la escuela y ya no hace que sus padres la arropen y le lean un cuento antes de dormir, como si fuera una bebé.

Los adultos ya establecen límites y ahora sólo les queda descubrir si desean permanecer unidos, comentaron los terapeutas.

Como reza un dicho chapín: "En Guatemala todos tenemos nuestro loco o bolo, y en algunos casos

ambos", por eso hay que buscar ayuda profesional cuando exista un conflicto, ya que tarde o temprano se refleja en todos los integrantes de la familia, afirma Argüello.

SICÓLOGOS DE LA UNAM:
FANIA DELGADO: ALOE-
HXX@NETIMAIL.CYB; REGINA
LÓPEZ: REGISLS@YAHOO.COM
ARTURO SERGIO: ARSIR-
GO@HOTMAIL.COM
GUATEMALTECO SERGIO AR-
GÜELLO: 5561-8821