



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

LA CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA ESTRUCTURAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

YOLANDA SUASNAVAR LIMA

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE
MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA
MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2009



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudios, a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, instituciones que hicieron posible este nuevo logro profesional.

A mi tutora, Mtra. Carmen Susana González Montoya, por su gran apoyo, sus consejos, su disposición para escuchar y su atinada guía, que me acompañaron en todo momento e hicieron fácil lo difícil.

A mi revisora, Mtra Ofelia Desatnik, por todas sus contribuciones a este reporte y los conocimientos compartidos a lo largo de la maestría.

A todas mis profesoras: Rosario, Luz de Lourdes, Xóchitl, Mar, Lupita, Carolina, Laura y Diana, que me compartieron su gran experiencia y conocimientos, abriendo nuevas posibilidades para el ejercicio profesional.

A mi adorado esposo y mis lindos pequeños hijos, por todo su amor, apoyo, alegría, comprensión, ternura, por su compañía siempre reconfortante, por entender y compartir mis aspiraciones, por estar siempre conmigo y ser mi gran motivación para el logro de metas. Por hacerme sentir lo maravilloso de cada día simplemente con su presencia.

A mis padres por todas sus lindas y atinadas enseñanzas, que guiaron desde un inicio el curso de mi vida, en especial a mi mamá, por todo lo que supo darme y por estar conmigo aún en la ausencia.

A mi suegra y cuñado por todo el apoyo brindado con mis hijos durante el transcurso de la maestría, por su presencia y convivencia que me permitió combinar el rol de mamá y estudiante de manera más fácil.

A la familia Ruiz Ramírez por su disposición y apoyo incondicional, además de su gran dedicación y compromiso.

INDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	1
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	1
1.1 Características del campo psicosocial	1
1.2 Principales problemas que presentan las familias	4
1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	8
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	12
2.1 Descripción de los escenarios	12
2.2 Análisis sistémico de los escenarios	14
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico	17
II. MARCO TEORICO	22
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	22
1. 1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	22
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	33
A) Modelo Estructural	33
B) Modelo Estratégico	39
C) Modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas	43
D) Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones	48
E) Modelo de Milán	53
F) Terapia Narrativa	58
G) Equipo Reflexivo	62
H) Terapia Colaborativa	66

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	71
1. Habilidades clínicas terapéuticas	71
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico con familias	73
Caso 1. Familia Tejeda Huerta	73
Caso 2. Familia Aceves García	81
1.2 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las familias	89
1.3 Análisis y discusión de un tema. La construcción de la realidad desde la perspectiva estructural	97
1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total	107
2. Habilidades de investigación	113
2.1 Reporte de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa	113
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	120
3.1 Elaboración de productos tecnológicos	120
3.2 Programas de intervención comunitaria	122
3.3 Asistencia y participación en foros académicos	125
4. Habilidades de compromiso y ética profesional	126
4.1 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	126
IV. CONSIDERACIONES FINALES	130
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	130
2. Incidencia en el campo psicosocial	131
3. Reflexión y análisis de la experiencia	132
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	133
Bibliografía	135

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

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

1.1 Características del campo psicosocial.

En México y en el mundo se viven actualmente condiciones políticas, sociales y económicas difíciles, quizá más agudas que las de hace algunas décadas, lo cual repercute de manera directa en la dinámica de las familias, propiciando cambios en su composición, funciones y permanencia.

Las estadísticas disponibles en México demuestran que las familias se enfrentan a un incontenible y progresivo deterioro de sus condiciones socio-económicas y culturales, y que nuestro país está considerado uno de los países con una serie de condiciones laborales y de seguridad social que ubican a los trabajadores mexicanos en el sector de trabajadores más baratos del mundo. Asimismo, la inadecuación y reforma privatizadora de los servicios del sistema de seguridad social, el creciente desempleo y subempleo, la carestía y la mala calidad de los bienes y servicios, la inseguridad creciente, y la pobreza han provocado un fenómeno de gran malestar para las familias mexicanas (Pujol y Torres, 2000)

La transición demográfica, ha modificado el perfil poblacional de México lo cual deja ver que en los próximos años las demandas sociales, en sus aspectos cualitativo y cuantitativo irán variando, presentando condiciones distintas a las del pasado. Así, los retos en educación, salud, empleo, vivienda, desarrollo regional y preservación del medio ambiente, y sobre todo los aspectos de la equidad entre grupos sociales en estos asuntos, serán vivenciados desde otra perspectiva.

Mucho se debe hacer si se quiere una sociedad sana y un país próspero. Parte de los cambios por hacer dependen directamente de los gobernantes, y de la sociedad civil, además de las empresas y los empresarios, pero una muy importante corresponde a las familias y en todos ellos un común denominador: el individuo (Mason, 1996)

La mayoría de los jóvenes, hombres y mujeres con edades entre 15 y 24 años, demandan una buena educación, salud, cultura, recreación y deporte pero, sobre todo, un fuerte impulso a la apertura de oportunidades económicas, inclusión social y gran énfasis en los aspectos de equidad, dada la diversidad que caracteriza a la población.

Los niños y adolescentes, manifiestan grandes necesidades de salud, educación y otras, pero además este grupo enfrenta problemas emergentes como situaciones de violencia y desintegración familiar, adicciones, trabajo infantil y otros. Así, las políticas que se dirijan hacia estos grupos serán trascendentes para el desarrollo nacional porque representan el futuro de México (CONAPO, 2006).

Sin embargo, la igualdad de oportunidades para acceder a la educación todavía no se ha logrado para todos los grupos sociales, especialmente entre los indígenas y la población que se encuentra en condición de pobreza extrema. Asimismo, la deserción escolar en la educación básica es alta, sobre todo en el nivel de secundaria y las desigualdades educativas son notables, principalmente en el medio rural.

Se observa que ahora la mujer, a diferencia de hace algunas décadas, requiere insertarse en el medio laboral para lograr estabilizar económicamente el hogar o muchas veces porque es ella el único sostén familiar, lo que viene a crear otras condiciones como son un alejamiento cada vez mayor de los hijos y su educación.

Hoy en día la mujer cuenta con muchas más alternativas de desarrollo que en cualquier otra época de la historia. Las abuelas decían que había solo dos opciones: dedicarse a la vida religiosa o casarse, hoy sin embargo, hay opciones diferentes, lo que hace que dedicarse a la maternidad tenga un costo mayor. Ante esto no se puede ignorar una realidad muy preocupante: el abandono creciente que viven los hijos es característica de los tiempos actuales, de la cual no escapa la sociedad mexicana (Mason, 1996).

Se ha manejado siempre que uno de los pilares básicos de la estructura social es la familia, que es además, para muchos, una institución que siempre tendrá que sobrevivir porque es el núcleo central de la organización social.

Las clasificaciones de la familia se han hecho con base en componentes específicos: el padre, la madre y los hijos, y esta familia se denomina nuclear, sin embargo Tuirán (2001) refiere a la familia como un grupo de individuos vinculados por lazos ya sea consanguíneos, consensuales o jurídicos, la cual tiene varias funciones, entre las que destacan ser la primera fuente de socialización, moldear el carácter de individuos, inculcar los modos de actuar y transmitir prácticas sociales y culturales.

El carácter cambiante de la sociedad mexicana requiere una adaptación constante para asumir el nuevo papel de la mujer y fomentar el fortalecimiento de las familias, la articulación de tejido social y el surgimiento de nuevas formas de expresión y participación.

En un país con crecientes desigualdades sociales, el fortalecimiento y la transformación de las políticas públicas, es una necesidad inaplazable. La responsabilidad, transparencia y rendición de cuentas en el uso de los recursos y en la definición objetiva de sus efectos deberá ser algo generalizado; serán la clave para una democratización social efectiva. En materia social, además de alcanzar metas cuantitativas cada vez más ambiciosas, es necesario lograr

incrementos de calidad y eficiencia que redunden en mayor satisfacción de la población, en la atención de grupos excluidos y marginados y en una mayor aplicación de los recursos.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

El carácter cambiante de la sociedad mexicana requiere una adaptación constante para asumir los nuevos retos que se presentan en ésta, para considerar el nuevo papel de la mujer y fomentar el fortalecimiento de las familias, sin embargo tal situación todavía no se logra en su total plenitud y los problemas de antaño, se modifican para seguir presentes en la actualidad aunque con otros tintes a veces más riesgosos.

Muchas mujeres han pagado, injustamente, un alto costo para ayudar al desarrollo social de sus familias, ya que deben salir del hogar, dejar a los hijos y buscar alternativas para el cuidado de éstos, experimentar situaciones riesgosas en los ámbitos laborales y además enfrentar en muchas ocasiones la responsabilidad de la familia, de manera total, ya que no cuentan con una pareja. Como lo ha expresado Simone de Beauvoir (1970), los hombres y las mujeres no han compartido el mundo por partes iguales, ni en el plano sexual, ni en el plano moral. La mujer ha aceptado imposiciones porque ha sido formada para depender y someterse al hombre, situación que muchas veces ha sido aceptada, ya que negarse sería renunciar a todas las ventajas que se cree puede conferir esta alianza.

El concepto de familia ha ido presentando transformaciones, ya no es sólo aquella constituida por la pareja de esposos y los hijos, que residen en un lugar independiente, ahora se pueden observar algunas variantes, creadas a partir de diversas necesidades e intereses, así como de ciertas condiciones sociales, culturales, económicas y otras.

Sin embargo, pese a los cambios y transformaciones, la familia representa, dentro de cualquier sociedad, esa célula social básica, necesaria para la continuidad independientemente del sistema político o económico que se tenga, pero es ahí donde se ven reflejados la gran mayoría de los problemas sociales, pues las familias evidencian graves problemas.

Entre los problemas que se observan en las familias mexicanas se encuentran: economía precaria, ya que cada vez más los cambios económicos a nivel nacional, vienen a impactar la pequeña economía de las familias, las cuales se ven obligadas a insertar a sus diferentes miembros en el campo laboral, con las consecuencias que ello implica como deserción escolar, abandono parcial o total de los hijos o cambio en la estructura familiar.

Por otro lado, también se dan problemas de tipo emocional y de relación que pueden ser originados por la situación de pobreza, pero que también son encontrados en familias que sin tener la situación de carencia los viven de manera cotidiana, como son: violencia intrafamiliar, depresión, maltrato infantil, abuso sexual, alcoholismo, drogadicción, divorcio, etc. Todos los problemas se encuentran multi-relacionados, y pueden ser tanto la causa como la consecuencia, dependiendo de la dinámica que se viva en cada hogar y por las características de cada familia, pero es una realidad que existen y se conjuntan de cierta manera determinada.

De acuerdo con la información proporcionada por el INEGI en 2004, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, se encuentra que aproximadamente la mitad del total de mujeres casadas o que habitan con alguna pareja, han sido maltratadas física y/o emocionalmente.

La deserción escolar cada vez más frecuente en los hogares mexicanos, viene muchas veces aparejada a las dificultades económicas, las cuales propician que niños y adolescentes tengan que involucrarse en actividades remuneradas,

con el propósito de ayudar a la economía familiar, dejando de lado la instrucción escolar.

Otro gran problema son las dificultades emocionales que orillan al suicidio. En la Estadística sobre intentos de suicidio y suicidios, llevada a cabo por el INEGI (2004) se menciona que son muchas las causas que orillan a las personas a atentarse contra su propia vida, entre las que se tienen las económicas, amorosas, tensiones familiares, abusos, enfermedades, y en un gran porcentaje se desconoce la causa, sin embargo es un problema con el que cada vez más familias se enfrentan.

Las transformaciones sociales, económicas, culturales y otras, han llevado a que en las familias se registren cambios en su estructura, planteando nuevos retos, responsabilidades y dificultades para sus integrantes, así, en la actualidad podemos encontrar una gran variedad de estructuras como son: familia monoparental, familias en transición, familias reconstituidas, extensas, etc.

El divorcio es una situación cada vez más común en las familias mexicanas, originado por una gran variedad de factores, relacionados muchas veces con otras problemáticas como violencia, alcoholismo, infidelidad y otros. El INEGI da a conocer la relación de divorcios-matrimonios a través de las Estadísticas de Nupcialidad y se menciona que por cada 100 matrimonios en 2001 había 8.6 divorcios; en 2002 se presentaban 9.8 y en 2003 de la misma cantidad de matrimonios se registraban 11 divorcios.

Un problema más que se está viendo actualmente, y no porque exista apenas, sino porque salta a la luz debido a las condiciones actuales, es la atención de adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, quienes requieren cuidados especiales por el deterioro en sus capacidades físicas y/o mentales. Mason, (1996) menciona que en otros tiempos los abuelos eran defensores del honor, el recato, el nombre de la familia y la virtud de las damas,

hoy en día los jóvenes desconocen tales términos y la atención de las personas mayores llega a representar un problema.

Con todo lo anterior se puede ver que en medio de un mundo tan cambiante y descontrolado, donde el hombre parece que está perdiendo su identidad, muchas personas centran su atención en la familia, pensando que ahí se pueden encontrar soluciones a los problemas que tenemos en este siglo. Muchos padres se dan cuenta de su papel trascendental en la educación de sus hijos y buscan una preparación e información más amplia.

Se puede observar entonces que los padres son el origen de la vida biológica de su hijo, pero además tienen la difícil misión de que esa criatura crezca sana física, mental y psíquicamente, y que logre una personalidad equilibrada y madura, sin embargo son muchas las dificultades las que lo van obstaculizando, pues se vive en un contexto en el que frecuentemente no se tienen las condiciones óptimas para llevarlo a cabo, o no se cuenta con la habilidad para enfrentarse a tal reto.

Educar, en el sentido amplio y profundo de la palabra, no es tarea fácil, ni se consigue con el simple instinto de la sangre o con la experiencia de generaciones anteriores. Educar es ayudar a madurar y a crecer interiormente (García, 1984).

Se puede decir por tanto, que las familias son entidades dinámicas que han experimentado vertiginosas transformaciones en su estructura, valores y estilos de vida ocurridas todo esto en las últimas décadas, lo cual, junto con los cambios a nivel macro, ha impactado tanto favorable como desfavorablemente el desarrollo de las mismas y las relaciones entre los integrantes, los cuales tendrán un papel muy decisivo en el curso de las relaciones que se gestarán entre ellos.

En todos los casos las unidades o sistemas familiares son formas de organización social dotadas de una estructura de poder, donde los lazos afectivos no están exentos de un sinnúmero de conflictos y de intereses individuales de acuerdo a la edad, el sexo y el parentesco, entre otros factores (García, 1984).

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

Los diversos problemas que presentan las familias mexicanas han sido abordados desde diferentes perspectivas, mediante diversas disciplinas y a través de distintas políticas a nivel nacional. Entre las disciplinas encargadas de dar atención a esta problemática está la Psicología, la cual a lo largo de la historia ha buscado dar alternativas a los individuos y a sus familias.

Precisamente a través de la Psicología se ha buscado entender la realidad de los sujetos, sin embargo cada corriente le ha dado su propia explicación y ha abordado los problemas de una manera particular. Así, la terapia familiar sistémica ha brindado una nueva forma de ver las cosas, llevando a modificar la explicación de los fenómenos, pasando de un sistema lineal causa-efecto a uno circular, donde todo es causa y efecto a la vez, y las conductas ya no están encadenadas una tras otras, sino multi-relacionadas, formando una entramada.

Así, los individuos ya no pueden verse en aislado, sino como integrantes de un sistema. Respecto a esto Sánchez (2000) menciona que efectivamente todo individuo pertenece a un sistema y es retroalimentado por su contexto, de tal forma que no se puede hablar ni analizar eventos aislados, sino éstos en relación con un sistema.

Conforme a lo anterior se tiene que los problemas de hoy, no pueden ser abordados sin dejar de contemplar el medio donde éstos se producen, lo que lleva

entonces a buscar una comprensión interaccional del comportamiento, situación importante en la cual se basa la terapia familiar de enfoque sistémico (Eguiluz, 2004).

La terapia sistémica nos ofrece precisamente esta forma de ver los procesos de manera circular, donde la familia es un sistema que puede ser afectado cuando se produce un movimiento en cualquiera de sus miembros. La terapia sistémica y posmoderna permiten ver desde otro ángulo toda la problemática por la que atraviesan las familias y dar nuevas opciones, pues dejan ver que las construcciones de uno tienen que ver con las construcciones del otro.

Como ya se señaló, las respuestas de la Psicología anteriormente seguían una epistemología lineal, sin embargo, en la atención clínica de pacientes, se empezaron a encontrar ciertas contradicciones, como en el caso de pacientes psiquiátricos rehabilitados, que al reintegrarse a la sociedad tenían recaídas, lo que llevó a pensar en una epistemología alternativa, que dejaba ver relaciones circulares. Al respecto, Anderson (1999) señala que precisamente el trabajo pasó del individuo al grupo familiar, debido a que se pudo observar que las teorías y prácticas tradicionales, en este caso de los pacientes con perturbaciones severas, no eran totalmente útiles, por lo que se empezó a considerar a la familia para que dieran su punto de vista respecto del problema y del tratamiento.

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna viene a ser una alternativa para abordar un sinnúmero de problemáticas, debido a que en este enfoque se le da prioridad al nivel relacional, donde toma un papel muy importante el lenguaje, por lo que se pueden entender los conflictos o alteraciones como producto de un sistema, aunque no se dejan de lado y se siguen contemplando también teorías individuales de desarrollo.

La realidad es una construcción que se consolida y valida a través del consenso social. Cuando se habla de interacción social se hace también

referencia a todo aquello que ocurre entre los seres humanos, lo cual involucra necesariamente al lenguaje (Eguiluz, 2004), por tal situación es que la terapia sistémica viene a proporcionar un medio más enriquecedor para abordar los problemas de las familias, pues no sólo ve individuos, sino las relaciones entre ellos.

Es sumamente importante ver al lenguaje como una posibilidad más que tienen los individuos para construir realidades, las cuales son a la vez compartidas por todos aquellos que se involucran y participan en la comunicación y pueden irse transformando poco a poco.

A este respecto, Glassersfeld (1996), menciona que efectivamente el lenguaje es una construcción social y que además se acompaña de estructuras conceptuales que, en determinado contexto, pueden ser compatibles con las estructuras de otros individuos, pero que por otro lado se pueden encontrar dificultades en las interacciones comunicacionales y por tanto en la relación, si uno de los participantes en la comunicación considera que el significado de sus palabras es del todo objetivo y no dependen del medio ni del hablante.

Tales dificultades en las interacciones comunicacionales, suceden con mucha frecuencia en las familias, lo que origina, en la mayoría de los casos, esa gran gama de problemas que afectan la dinámica familiar y la integración de los miembros a la misma, por lo que atender dichos problemas desde este enfoque sistémico, permite visualizar de manera más amplia el contexto y la forma en que se relacionan los individuos, y brindar así una atención más cercana y precisa para cada dificultad, pues se consideran las particularidades y significados que cada núcleo tiene.

Derivado de estas perspectivas hay distintos modelos desarrollados. Al respecto, Espinosa y González (1998), mencionan que cada modelo ha mostrado su eficacia en diferentes situaciones, por ejemplo señalan que el enfoque

estructural es adecuado en problemas relacionados con las etapas del ciclo vital de la familia, así como también en problemas de rendimiento escolar y de conducta y en problemas psicosomáticos. Mientras que la Terapia Estratégica ha tenido éxito en problemas con adolescentes y adultos que tienen dificultades para lograr una separación, independencia y crecimiento fuera del núcleo familiar. También ha sido utilizada de manera efectiva en situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual.

Señalan también que la terapia breve ha resultado muy útil en problemas de tipo sexual, en insomnio, depresión, obsesiones, compulsiones, también en situaciones psicosomáticas, conflictos relacionados con la cooperación ya sea entre la pareja, o entre padres e hijos, así como en el tratamiento de fobias, ansiedad y adicciones.

Por otra parte los problemas como la bulimia y conductas psicóticas diversas, pueden ser bien trabajados a través del interrogatorio circular y el uso de rituales, técnicas desarrolladas y dadas a conocer por el Grupo de Milán. Mientras que los modelos basados en el posmodernismo han dado también buenos resultados en problemas de encopresis, ansiedad, depresión en adultos, sobreprotección parental, violencia, conflictos conyugales y miedos.

Se tiene por tanto que la Terapia Familiar Sistémica y posmoderna ofrece las herramientas suficientes para atender de manera específica las diversas problemáticas que se presentan actualmente en las diferentes estructuras familiares que tenemos en nuestro país.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS EN DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLINICO

2.1 Descripción de los escenarios.

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar es impartida actualmente tanto en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria como en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. En ésta última se cuenta con diversos escenarios para la práctica clínica, los cuales permiten al estudiante manejar de manera directa, los distintos modelos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, así como estar en contacto con una población de características específicas en cada uno de esos escenarios.

Los escenarios con los que cuenta la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala para llevar a cabo la práctica clínica de los estudiantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar son los siguientes:

1. Clínica de Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
2. Clínica de Medicina Familiar, Tlalnepantla, perteneciente al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
3. Clínica de Terapia Familiar en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco. UNAM.

La Clínica de Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se encuentra en Av. de los Barrios s/n, Los Reyes Iztacala, en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México y está ubicada al interior de dicha Facultad en el área de las clínicas, específicamente en el edificio de Endoperio. Esta clínica fue remodelada recientemente, permitiendo con ello espacios más amplios para la atención de familias numerosas, así como también para la integración del equipo de supervisión.

El escenario clínico cuenta con la infraestructura adecuada para brindar una atención de calidad a las familias que lo solicitan, así como para llevar a cabo el análisis de casos entre el equipo de supervisión.

Se tienen dos amplias salas (una para el terapeuta y la familia, y otra para el equipo de supervisión), divididas con un espejo unidireccional, en donde se cuenta con una cámara de video (para grabar a la familia con previa autorización), una televisión, videograbadora, sillas suficientes y un par teléfonos con los que el equipo de supervisión mantiene comunicación con el terapeuta a cargo. Esta distribución permite que el equipo de supervisión intercambie opiniones y manifieste algunas reflexiones entre sus mismos integrantes, al mismo tiempo que se está desarrollando del otro lado la sesión terapéutica.

La Clínica de Medicina Familiar, Tlalnepantla, del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se encuentra ubicada en la calle de Chilpancingo No. 68, Col. Valle Ceylán, también en el municipio de Tlalnepantla. Esta sede no cuenta con cámara de Gessel, por lo que la atención de las familias se lleva a cabo en el consultorio de Psicología de dicha clínica, en el que permanecen juntos, terapeuta, familia y equipo de supervisión. Este consultorio cuenta con dos accesos, uno por el frente, junto a la sala de espera, que permite la entrada de la familia, y el otro por el lado posterior, que conecta hacia el estacionamiento y permite el acceso a los integrantes del equipo de supervisión.

Por las condiciones del lugar, donde no hay separación entre el equipo y la familia, la comunicación del supervisor con el terapeuta, se lleva a cabo mediante un pizarrón ubicado en la parte final del consultorio, detrás de la familia y del equipo de supervisión. Se cuenta también con televisión y videocasetera, que se utilizan junto con una cámara para grabar toda la sesión.

En esta clínica, por ser parte del ISSSTE, y estar dentro del sector salud, se hace necesario que todos (terapeuta, supervisora y equipo de supervisión), porten bata blanca, debido a que se debe mostrar una imagen homogénea al personal médico de la clínica, a fin de que los pacientes no vean una ruptura en la atención que se les proporciona entre las diferentes áreas médicas de la clínica.

La Clínica de Terapia Familiar en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco, se encuentra ubicada al interior de dicho plantel, el cual está localizado en Av. Aquiles Serdán No. 2060, Col. Ex-Hacienda del Rosario, en la Delegación Azcapotzalco, del D.F. En esta sede que físicamente se encuentra en el edificio llamado CILADIN, se cuenta también con toda la infraestructura necesaria para la atención de las familias.

Se tiene dos salas divididas por un espejo unidireccional, una es para el terapeuta y la familia, y la otra para el equipo de supervisión, el cual puede presenciar en vivo toda la sesión que lleva a cabo el terapeuta con la familia en turno, a través del espejo, lo que permite que la familia pueda ser observada de manera total, sin invadir el espacio en el que la misma se encuentra.

Se cuenta además con cámara de video, colocada en la sala donde está la familia, igualmente para grabar las sesiones previa autorización, y micrófono ambiental; por otro lado, televisión y videocasetera, colocadas dentro de la sala del equipo de supervisión y 2 teléfonos, uno en cada sala, mediante los cuales la supervisora y/o equipo de supervisión, mantienen comunicación con el terapeuta.

2.2 Análisis sistémico de los escenarios.

El programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar impartido en la entidad académica Facultad de Estudios Superiores Iztacala, busca preparar personal para abordar de manera efectiva todo aquella

problemática que presenta nuestra sociedad, lo cual está diseñado con una visión integrativa, que permite que los casos clínicos puedan ser vistos desde un ángulo interaccional, donde precisamente se conjuntan e interaccionan los individuos, las familias, la sociedad y el terapeuta, así como el contexto en el que se desenvuelve cada uno, logrando así un mayor y profundo análisis.

Las similitudes que se manejan en los tres escenarios, es que en todos se cuenta con supervisión en vivo, se considera a la familia como unidad de intervención, se cuenta con un equipo de supervisión, el trabajo se divide en tres etapas: pre-sesión, sesión y post-sesión, y se llevan, en caso necesario, sesiones de seguimiento.

En la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala se atiende principalmente, a toda aquella población que habita alrededor de la misma entidad académica, que buscan por sí mismos el servicio o que son canalizados por las distintas escuelas de la periferia. Dentro de la misma Facultad hay dos áreas que canalizan pacientes a Terapia Familiar, las cuales son: la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), que brinda servicio de Medicina, Odontología y Psicología y la Unidad de Evaluación Psicológica Integral (UEPI)

También se atiende a los estudiantes, docentes y trabajadores de la misma facultad, que por su propio interés solicitan el servicio. Para todas las personas, tanto las que son canalizadas, como las que llegan de manera directa, se cuenta con un buzón, con solicitudes, a la entrada de la Clínica de Terapia Familiar, para que cada persona llene una solicitud, y la deposite al interior, para posteriormente llamarle y programarle una cita.

El servicio que se brinda a cada paciente es una vez cada 15 días y es por lo general matutino. Esta clínica es la única de las tres sedes en donde se maneja un costo por el servicio, el cual es mínimo y en algunas ocasiones es necesario adecuarlo a las posibilidades de la familia.

En la clínica del ISSSTE la población atendida está exclusivamente conformada por los derechohabientes, los cuales son canalizados por el área de psicología de la misma clínica, donde inicialmente llegaron canalizados por los médicos familiares. En el área de Psicología, la psicóloga encargada evalúa y define si son candidatos para ser atendidos mediante el servicio de Terapia Familiar y es entonces cuando los remite, en caso contrario son atendidos por ella misma.

El servicio, al igual que en el escenario clínico anterior, se brinda también cada 15 días para cada paciente y es exclusivamente por la mañana. En esta clínica además del servicio de terapia, también se ofrece a los derechohabientes, algunas pláticas con temas diversos, pero relacionados al desarrollo individual o familiar, que son diseñadas de manera breve, para impartirse en sala de espera, a todos aquellos pacientes que se encuentran precisamente esperando su turno para pasar con su médico familiar.

En la Clínica ubicada en el CCH Azcapotzalco, la población atendida es principalmente, la conformada por estudiantes canalizados por el Departamento de Psicopedagogía del mismo Colegio, y sus padres, cuando así se requiere. También llega a atenderse al personal docente o administrativo que lo solicite.

El Departamento de Psicopedagogía junto con algunos profesores, detectan a los jóvenes que pudieran estar presentando alguna problemática y le hacen la invitación para acudir al servicio de Terapia Familiar. Por otro lado, algunos estudiantes de manera directa acuden al área de psicopedagogía buscando una solución a sus dificultades, ya sean personales, académicas o familiares.

Las terapias son programadas igualmente cada 15 días, y aunque se da también sólo en el horario matutino, se atiende a alumnos de los diferentes turnos, ya que el departamento de Psicopedagogía remite a todos aquellos alumnos del plantel en general que necesitan del servicio.

Cada uno de estos escenarios presenta ciertas particularidades, como son el tipo de población, las estrategias o modelos de intervención más factibles, y el tipo de supervisión, lo cual debe ser considerado por el terapeuta a fin de ir encaminando el trabajo hacia los objetivos planteados.

En todos los escenarios, el terapeuta juega un rol muy importante, pues como se maneja en la cibernética de segundo orden, es observador de un sistema pero también es observado dentro del mismo, influye y a la vez es influenciado, por lo que su trabajo para ser efectivo, debe ser llevado a cabo considerando esta situación. Los sistemas en los que el terapeuta participa, se ven influenciados y se retroalimentan mutuamente, permitiendo así un desarrollo de las competencias profesionales necesarias para el ejercicio clínico.

Conforme el trabajo planteado, es importante que los terapeutas desarrollen las competencias profesionales suficientes, que les permitan un desenvolvimiento eficaz en su práctica, lo cual se va facilitando a través del sistema de formación que permite un entrenamiento mediante supervisión en vivo.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, recibe en cada generación a 10 alumnos, los cuales en el primer semestre y para iniciar el trabajo de la práctica clínica, son divididos en dos equipos de 5 integrantes cada uno. Los equipos se asignan a los escenarios clínicos y así, un equipo asiste a la Clínica del ISSSTE y al CCH Azcapotzalco y el otro, se queda durante los dos días en la Clínica de Iztacala.

En el primer semestre, con el equipo que fue conformado, los estudiantes inician el trabajo en los distintos escenarios clínicos, según la designación, pero sólo a nivel de observadores, ya que entran a las sesiones terapéuticas a observar el trabajo de los compañeros que se encuentran en tercer semestre, lo cual permite empezar a conocer la supervisión en vivo, la retroalimentación constante, el manejo que se lleva a cabo con las familias, así como las diferentes problemáticas de la población y la forma de abordar éstas.

Los equipos permanecen de la misma forma y en el mismo escenario durante un semestre, y al siguiente se dan algunas variaciones, con el propósito de enriquecer el trabajo y generar mayores experiencias. Durante el primer semestre se observa el trabajo de 5 terapeutas, con la atención de 10 casos en total.

El trabajo en la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala se lleva a cabo durante dos días a la semana, se atienden dos casos y las sesiones con cada familia son cada 15 días. Se cuenta con 4 supervisoras, las cuales se dividen también en dos equipos, por lo que de manera general, se tiene a dos supervisoras trabajando de manera conjunta en cada uno de los días.

Por otro lado, la práctica de la Clínica del ISSSTE se lleva a cabo durante un día y se tienen dos supervisoras, aunque no se encuentran de manera conjunta, como sucede en la clínica de Iztacala, ya que en este escenario clínico cada una de las supervisoras es responsable de una parte del equipo, por lo que un día se presenta una y se atienden los casos de esa parte del equipo, y la siguiente semana se atienden los casos del resto del equipo con la otra supervisora. En todas las sesiones se encuentra presente la encargada del área de psicología de la clínica.

En la clínica del CCH Azcapotzalco, el trabajo se lleva también una vez por semana y se tiene una supervisora, quien coordina todo el trabajo del equipo designado a ese escenario clínico.

Como ya se señaló, el trabajo durante el primer semestre es el de ser observadores, lo cual permite analizar y reflexionar el trabajo que se lleva a cabo por los estudiantes más avanzados e ir formando un panorama de lo que será ya la práctica personal en el siguiente semestre. Así, en el segundo semestre inicia el trabajo directo con las familias en el papel de terapeuta, teniendo a cargo dos casos, con la supervisión directa de las supervisoras en turno, y participando en los casos del resto de los integrantes del equipo, como parte del sistema terapéutico total, lo cual se lleva de la misma manera para tercer y cuarto semestre.

En todos los semestres, en el caso de que las familias atendidas no fueran dadas de alta al finalizar el semestre en curso, el terapeuta y el equipo continúan su labor con sesiones de seguimiento (en las cuales ya no participan las supervisoras), hasta concluir el tratamiento.

Respecto al trabajo, en todos los escenarios clínicos se lleva a cabo el mismo encuadre, el cual consiste en llamar a la familia que ha sido designada, para informarle sobre las características del servicio (familiar, cada 15 días, filmación, equipo de supervisión, lugar, duración y en el caso de Iztacala, el costo), solicitarle datos sobre la familia y motivo de consulta, y programarle su cita.

En la primera sesión, se solicita la autorización escrita de la familia para filmar las sesiones, se menciona la presencia del equipo de supervisión, se explica el uso del teléfono y la pausa casi al término de la sesión para ir con el equipo y traer un mensaje. Igualmente se les da a conocer los lineamientos respecto a las inasistencias, y en el caso de Iztacala, se les indica dónde realizar su pago.

En todos los escenarios, la forma de organizar la sesión es similar, ya que se conforma de tres etapas: la pre-sesión, la sesión (que incluye el trabajo con la familia, reunión del terapeuta con el sistema de supervisión y cierre) y la post-sesión.

La pre-sesión tiene una duración aproximada de 10 minutos y se lleva a cabo con la finalidad de establecer un ambiente de diálogo y análisis respecto a cada caso, por lo que el terapeuta a cargo debe realizar un acta con anterioridad y entregarla en esta etapa, a todos los integrantes del equipo y supervisoras.

El acta para la primera sesión lleva los datos de la familia, motivo de consulta, familiograma e hipótesis; para las siguientes, contiene un resumen de la sesión anterior, las intervenciones realizadas y los objetivos a cubrir en la sesión que se llevará a cabo ese día. La primera pre-sesión, consiste en dar a conocer al equipo la información que se obtuvo en la llamada telefónica y en las subsecuentes se analizan los avances del caso y se proponen líneas de intervención

La segunda etapa, que corresponde propiamente a la sesión, dura aproximadamente entre 50 y 60 minutos, en ésta el terapeuta a cargo trabaja con la familia recabando información e interviniendo de la manera propuesta en la pre-sesión. En todo momento el equipo mantiene comunicación con el terapeuta a través del teléfono para hacer observaciones o comentarios. En el caso de la clínica del ISSSTE, la comunicación se hace mediante un pizarrón. En esta etapa se incluye el tiempo en el que el terapeuta sale para encontrarse con el equipo y el cierre que incluye el mensaje final que se da a la familia.

En la post-sesión se analiza el trabajo realizado por el terapeuta, se da retroalimentación y se proponen algunas líneas de intervención. Tiene una duración aproximada de 15 minutos.

El trabajo terapéutico se fue desarrollando conforme lo requería cada uno de los escenarios clínicos, por lo que los modelos, el tipo de intervenciones, la supervisión y la duración del tratamiento tuvieron ciertas variaciones de una sede a otra.

II. MARCO TEÓRICO.

1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

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

La Psicología poco a poco ha ido ampliando su foco de atención, del individuo aislado a otros grupos, incluyendo principalmente a la familia, pues es ahí donde la persona establece relaciones específicas y desarrolla comportamientos y actitudes muy particulares.

La denominación Terapia Familiar Sistémica incluye el concepto de sistema, el cual se entiende como un conjunto de personas, relacionadas entre sí que forman una unidad frente al medio externo.

En el sistema son necesarios los límites, ya que por una parte permiten establecer líneas de demarcación, individualizando un grupo frente al medio, y por otra, facilitan los lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos o intrasistémicos, donde los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio (Ochoa de Alda, 1995).

En los años cincuenta, las ciencias modernas plantearon un modelo alternativo: el modelo sistémico, el cual tuvo aportaciones importantes de algunas ramas de la ciencia, como:

1. La teoría general de sistemas, por Ludwing von Bertalanffy
2. La teoría cibernética, por Norbert Wiener

3. La nueva teoría de la comunicación, por Bateson, Watzlawick y el grupo del Mental Research Institute.

Así, la Terapia Familiar Sistémica aborda los problemas a través de un nuevo modelo que retoma conceptos de estas teorías, que le permiten llegar a análisis circulares, con una epistemología diferente a la de la ciencia tradicional positivo mecanicista, en donde se manejaba una causalidad lineal.

Dentro de todo sistema familiar se pueden observar algunas características como: totalidad, causalidad circular, equifinalidad, regla de relación, ordenación jerárquica y retroalimentación, entre otras, las cuales son retomadas de las teorías ya mencionadas (de sistemas, de la cibernética y de la comunicación humana), y dan fundamento epistemológico a la terapia familiar para brindar la explicación, evaluación, y atención de los sistemas familiares.

De manera paralela al avance en la Psicología, la Psiquiatría empieza a enfocarse con mayor profundidad en una alteración, catalogada como enfermedad, llamada esquizofrenia, y es a finales de los años cuarentas, cuando el interés científico se centra en la relación madre-hijo, al descubrir de manera azarosa el cambio que se opera en el comportamiento del paciente psiquiátrico hospitalizado, al tener de nuevo a la familia cerca.

Desde estas dos disciplinas (la Psicología y la Psiquiatría), se obtiene la conclusión de que es importante tratar con el individuo no aislado, sino en su contexto natural y de que lo que hay que enfocar no es lo externo ni lo interno, sino la interacción, y así poco a poco, los estudios sobre interacciones familiares van constituyendo una nueva disciplina (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1982, en Eguiluz, 2001).

Pasados los años cincuenta, es cuando empiezan a surgir los modelos teóricos enfocados hacia la interacción familiar, buscando conjugar las

explicaciones de que las interacciones de un sistema familiar, pueden estar relacionadas con la presencia de esquizofrenia en uno de sus miembros que ha sido socializado dentro de ese contexto.

Este nuevo enfoque de terapia familiar proviene de diversas teorías, que abarcan distintos campos del saber: la Cibernética, la Antropología, la Lingüística, la Teoría General de Sistemas, la Lógica Matemática, la Comunicación, avalados todos ellos por una nueva fuerza psicológica, que deja a un lado lo subjetivo interno del modelo freudiano y lo objetivo externo del modelo médico y el conductista; para concentrarse en el estudio de la interacción que se establece entre el individuo y su grupo primario, es decir, la familia. (Eguiluz, 2001).

Bertalanffy (1984) señala que la idea de sistema debe considerarse como algo situable en el contexto de la historia de las ideas y no simplemente como una moda efímera. Una formulación importante para los sistemas fue la frase aristotélica: “El todo es más que la suma de sus partes”, la cual es una definición del problema básico de los sistemas, aún válida.

El concepto de Teoría General de Sistemas fue formulado por primera vez por Ludwig von Bertalanffy, quien decía que la Teoría General de Sistemas es una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales, posibles de aplicar a cualquier sistema. Así se hacía posible la formulación y aplicación exacta de términos tales como totalidad y suma, diferenciación, orden jerárquico, finalidad y equifinalidad, términos que pueden ser observados en todas las ciencias que utilizan sistemas (Bertalanffy, 1984).

La Teoría General de Sistemas consiste en el estudio científico de los “todos” y “totalidades” y contiene un conjunto de principios, descritos a continuación, aplicables a todos los sistemas (Bertalanffy, 1984) y empleados también en la terapia familiar.

Se dice que el sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí y con el medio ambiente. Los sistemas abiertos son sistemas que intercambian materia, importan y exportan información y energía con el medio circundante, mientras que los sistemas cerrados, no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente.

El sistema relacional es definido como un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado en una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades, este va seguida de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitiva modificada, y así sucesivamente.

La totalidad hace referencia a que si un elemento del sistema es alterado, esto afectará a todos los demás componentes del sistema. También con este principio se maneja que “el todo es algo más que la suma de sus partes”. Por otro lado, la autorregulación se dice que es la característica que tiene todo sistema vivo de establecer sus propias reglas de funcionamiento y ritmo de desarrollo, y la equifinalidad es la posibilidad del sistema de alcanzar el mismo resultado o estado terminal aunque varíe el punto de partida.

Los conceptos de entropía y negentropía, fueron acuñados para explicar dentro de la termodinámica los procesos irreversibles que ocurren en los sistemas cerrados que alcanzan el equilibrio, precisamente al aumentar el grado de orden. Así, se tiene que entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden, mientras que negentropía, se refiere al grado de orden u organización en un sistema cerrado.

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

El término homeostasis fue empleado para designar la tendencia de un organismo a mantener el equilibrio interno a través de mecanismos reguladores complejos. Relacionado al concepto de homeostasis aparece el concepto de retroalimentación o *feedback*, término introducido por la teoría de la Cibernética así como el concepto de circularidad o recurrencia (Eguiluz, 2001).

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

De acuerdo con Eguiluz (2001), la teoría cibernética se atribuye al filósofo y matemático estadounidense Norbert Wiener; ésta junto con la teoría de los mensajes contribuyeron dar un gran impulso a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje.

Los propósitos de la cibernética eran desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.

McCulloch (1965, en Eguiluz, 2001) describe la epistemología cibernética experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio, Bateson (1976) por otra parte, la reconoce como una nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de organización. Sluzki (1987) señala que la cibernética tiene por objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales.

Otro objetivo de la cibernética es que ofrece un conjunto de conceptos que tiene correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y por lo tanto puede

ponerlas en relación exacta. Así, la terapia familiar retoma entre algunos, dos de sus conceptos: la retroalimentación y la circularidad.

La retroalimentación fue definida por Weiner como un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado, con lo que si los resultados son utilizados como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, se tiene una retroalimentación simple de las técnicas de control. Pero si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, se tiene un proceso más bien de aprendizaje (Watzlawick, 1993). La circularidad a la vez da a entender que en una secuencia no existe relación causa-efecto, ya que la causa es a la vez efecto y este también es causa, así se habla entonces de una causalidad circular.

También se tiene que existen dos tipos de retroalimentación: la retroalimentación positiva y la retroalimentación negativa. La primera hace referencia al intercambio de información que provoca transformaciones importantes del sistema e incluso puede ocasionar su destrucción. A estas transformaciones se les llama cambios de segundo orden. En el cambio de segundo orden el sistema cambia cualitativamente, de forma discontinua, existe capacidad para adaptarse hay alteraciones en el ambiente. Para Bateson hay "capacidad de aprendizaje".

La estructura del sistema está preparada para acomodarse a procesos de desarrollo que impliquen la modificación de la misma, en este tipo de cambio hay morfogénesis (tendencia de todo sistema hacia la transformación, el cambio drástico, el desarrollo e incluso hacia la muerte o destrucción).

La retroalimentación negativa se asocia con el mantenimiento de la estructura del sistema, lo cual se logra con pequeños cambios o transformaciones leves; a éstos se les denomina cambios de primer tipo o de primer orden. En el

cambio de primer orden, los parámetros individuales varían de manera continua, la estructura del sistema no se altera, hay homeostasis (mantener equilibrio interno). Se cambia para no cambiar (Watzlawick,1993).

De la cibernética se pueden diferenciar la cibernética simple o de primer orden y la cibernética de la cibernética o de segundo orden, conceptos que emplea la terapia familiar. Heinz Von Foerster (1974, en Watzlawick, 1993) diferencia a la cibernética de primer orden como la cibernética de los sistemas observados y la de segundo orden como la cibernética de los sistemas observantes, equivalencia de los términos cibernética simple y cibernética de la cibernética, respectivamente.

El concepto de caja negra en donde un observador se posicionaba delimitando la información de entrada y salida marcaba el perímetro de dos espacios: el del observador y el de la familia. Por lo tanto, estas investigaciones no involucran al observador en el campo de la observación. El ingreso del observador como un elemento más en el sistema representa la evolución de las ideas originales de la cibernética, constituyéndose lo que se llamó cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden (Watzlawick, 1993).

Otra de las aportaciones al campo de la terapia familiar es la nueva Teoría de la Comunicación Humana y es conveniente hacer notar que esta teoría se encuentra íntimamente relacionada con la Teoría General de Sistemas y con la Cibernética en cuanto que retoma conceptos de ambas para explicar el proceso de comunicación.

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

Esta teoría matemática de la comunicación consiguió una profunda penetración en disciplinas como la psicología, sociología, lingüística, etc., por lo que se le considera tanto en los Estados Unidos como en Europa, “el” modelo de la comunicación y sigue conservando los dos elementos básicos: un emisor y un receptor.

Por esa misma época, otros investigadores empiezan a desarrollar un modelo basado en una epistemología circular, incorporando el concepto de retroinformación o retroalimentación de Wiener. Para Bateson (1976), el fenómeno comunicacional está directamente relacionado con el aprendizaje, por lo que se ve afectado por la revolución cibernética.

Para algunos el zoólogo y antropólogo, Gregory Bateson, junto con su equipo en Palo Alto California, fueron los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación. A pesar de que su interés no estaba dirigido a las técnicas terapéuticas ni a la patología, fueron estos los campos donde mayores repercusiones tuvieron sus investigaciones.

Puede decirse que la teoría de la comunicación se va fraguando poco a poco, con los trabajos realizados por Bateson y su equipo, en Palo Alto integrado entre otros por Don D. Jackson y Paul Watzlawick , y que desarrollaron la teoría del doble vínculo y la nueva teoría de la comunicación humana, la cual manejaba una serie de axiomas tal como sigue (Watzlawick, Beavin y Jackson,1993):

1. *La imposibilidad de no comunicar.* Indica que toda conducta es comunicación, y por tanto es imposible dejar de comunicarse.

2. *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.* Señala que el aspecto relacional clasifica al contenido, le da un significado, así el contenido es la información incluida en el mensaje, mientras el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse.

3. *La puntuación de la secuencia de hechos.* Señala que la naturaleza o tipo de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. La puntuación es una diferenciación, es decir, se indica donde inicia y termina un hecho, evento o dato.

4. *Comunicación digital y analógica.* El lenguaje digital se refiere al lenguaje verbal que emplea la palabra para referir al objeto. El lenguaje analógico posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis, éste puede ser referido por un signo, dibujo u otros y guarda una mayor semejanza con el objeto. Toda la comunicación no verbal como la inflexión de la voz, los gestos y las señas también es analógica.

5. *Interacción simétrica y complementaria analógica.* Se refiere a que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Por otro lado, el posmodernismo, que puede entenderse, no como una época totalmente definida, sino como una modificación en la forma de interpretar los hechos y la impredecibilidad de los mismos (Anderson, 1999), viene a impactar de manera muy significativa la forma de abordar los problemas dentro de los escenarios clínicos.

Así, se tiene que los fundamentos de la terapia posmoderna, tienen que ver con dos vertientes específicas: Constructivismo y Construcción Social.

El Constructivismo Radical es propuesto por Ernst Von Glassersfeld, quien plantea que la realidad del sujeto es una construcción de la mente, por lo que enfatiza la autonomía del propio ser como productor de sentidos, y concluye que el conocimiento se refiere a la experiencia individual. En esta perspectiva la realidad se va construyendo, no se descubre, y el observador implicado en la percepción es quien construye la realidad que observa, así la circularidad llega a estar

presente en la percepción, pues un suceso está sujeto al individuo que lo observa, pues éste lo construye, pero al mismo tiempo lo que observa es su propia construcción (Ceberio y Watzlawick, 1994)

Glassersfeld (1988) establece el concepto de *viabilidad*, con el que hace referencia a los conceptos que son útiles para la supervivencia, por lo que el conocimiento tiene que ser viable y adecuarse a ciertos propósitos. En definitiva, el conocimiento equivale a una función de supervivencia y no a una descripción del mundo exterior, por lo que los conocimientos que se construyen deben asegurar su viabilidad.

El Constructivismo revela un esquema de la interacción entre el observador y lo observado, ya que son los seres humanos, quienes son capaces de producir una experiencia y un conocimiento a través del rol de observadores y descriptores que especifican los objetos que constituyen tal experiencia (De Toca, 1997).

La realidad surge como una proposición explicativa de la experiencia de la vida cotidiana y la vida técnica, así el observador, el fenómeno observado y el proceso de observación constituyen una totalidad y existe una implicación mutua entre quien conoce y lo que es conocido (Maturana, 1996).

El Constructivismo considera que los sistemas son irreversibles, inestables e impredecibles, envueltos en procesos de autoorganización alejada del equilibrio, y se asume que la realidad está biológicamente construida. Así, se llega a definir que cualquier descripción del mundo es subjetiva, en la medida que se realiza desde la perspectiva de observación del observador como participante constructor de realidades, por lo que la conclusión es que conocedor y conocido, sujeto y objeto se van determinando uno al otro y también surgen simultáneamente (Varela, 1998).

Por otro lado, el Construccinismo Social, empieza a cuestionar esa noción

manejada respecto al individuo autónomo y de una mente constructora individual, dándole peso al contexto interaccional, pues se afirma que es éste el que produce determinados significados. Así, Gergen (1996) empieza a interesarse en los procesos a través de los cuales las personas son capaces de describir, explicar o dar cuenta del mundo en el que están inmersos, por lo que se llega a definir entonces que la verdad y la realidad son producto de las relaciones humanas, en donde el lenguaje adquiere un papel fundamental, debido a que las creencias y las prácticas cotidianas, se crean, vinculan y ocurren en el lenguaje.

Los supuestos que dan forma al construccionismo hablan de que la objetividad es sólo un logro literario, pues no hay verdades sociales absolutas e incontrovertibles, sino relatos acerca del mundo, los cuales se cuentan a uno mismo y a los demás. Por lo que puede verse que las exposiciones narrativas no son réplicas de la realidad, de manera fiel, sino sólo procesos mediante los cuales se construye la realidad.

Aunado a esto, se rechaza el supuesto de que el conocimiento sea una representación exacta del mundo y se maneja que dicho conocimiento, incluyendo el de sí mismo es una construcción social, por lo que las ideas, y diversas verdades son producto de las relaciones humanas. De esta manera el conocimiento, al que se llega socialmente, tiene la particularidad de que cambia y se renueva en cada momento que existe una interacción.

Así, la construcción del mundo tiene lugar, ya no en la mente del observador, sino en las formas de relación que éste tiene con otros, por lo que los significados que se le atribuyen a las cosas, acontecimientos, personas y a uno mismo, son el resultado del lenguaje que se usa en el diálogo social y de la interacción que se construye socialmente (Hoffman, 1992; McNamee y Gergen, 1996; Anderson, 1999).

Hoffman (1992) menciona que el Construccionismo Social, de acuerdo con

sus supuestos, cuestiona la idea de que exista un mundo real que se pueda conocer con total certeza, y que sea posible llevar a cabo una investigación social objetiva. Conforme esto, los construccionistas sociales manifiestan lo peligroso de manejar la existencia de pautas de desarrollo universales, por medio de las cuales los individuos pueden visualizar su funcionamiento, por lo que afirman que la idea de una trayectoria normal y única tiene grandes deficiencias, pues cada individuo tendrá su propio desarrollo conforme las experiencias e interacciones sociales.

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

A continuación se explicarán distintos modelos derivados de estos marcos teóricos. Los primeros corresponden a una visión sistémica y los 3 últimos entran en lo que se ha considerado como Modelos Posmodernos

A) Modelo Estructural

El modelo estructural, cuyo principal representante es Salvador Minuchin, fue desarrollado como parte de la terapia familiar sistémica. Tiene como elemento fundamental el aspecto de la estructura dentro de la familia. El objetivo de este modelo es reorganizar la estructura familiar a través del rompimiento de la homeostasis, el cual dará lugar al cambio, que permitirá que la familia avance y el síntoma desaparezca.

La familia se configura en torno a un equilibrio cuyo reflejo temporal es la estructura que el terapeuta observa durante la entrevista, así en este modelo se observa que la situación familiar no cambiara si el equilibrio no es desafiado a través de romper la homeostasis.

La familia con sus pautas de interacción repetidas, dará lugar a lo que dentro de este modelo se conoce como estructura familiar, la cual es entendida como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. También se entiende como los patrones de organización relacionados a la comunicación e interacción y una serie de demandas invisibles, que da cuerpo, orden y organización a la familia (Minuchin, 1989).

La estructura familiar, punto crucial del modelo es analizada de la siguiente manera:

1.- Subsistemas. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas que están conformados por generación, sexo, interés o función. Estos subsistemas o llamados también holones son: individual, conyugal, parental y fraterno.

2.- Límites. Son fronteras emocionales de reglas en función del rol que se desempeña. Hay tres tipos: a) claros, que se presentan flexibles y bien definidos; b) difusos y c) rígidos.

3.- Jerarquías. Distribución de poder entre los miembros del sistema. Define la función del poder y sus estructuras en la familia. La jerarquía corresponde a la diferenciación de roles de padre e hijos y de fronteras entre generaciones.

4.- Alianzas. Unión de 2 o más miembros del sistema por afinidad. Unión y apoyo mutuo que se dan entre si dos personas.

5.- Coalición. Unión de dos o más miembros en contra de un tercero. Es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero.

6.- Triángulos. Su función es equilibrar la relación de dos miembros, insertando a un tercero para encubrir o desviar un conflicto.

7.- Territorio. Es el espacio emocional que tiene cada integrante de la familia, se puede clasificar en dos formas: a) Centralidad y b) Periferia.

Por otra parte, se maneja que el síntoma que presenta el paciente identificado (P.I.) es una forma en que los miembros reaccionan ante lo que sucede, por lo que cuando existe un síntoma es que no se han hecho los cambios necesarios para la nueva etapa de vida de la familia. Cada cambio de etapa dentro del ciclo vital de la familia, va a representar una crisis pero también oportunidad de crecer. Estas etapas son: noviazgo, formación de la pareja, llegada de los hijos, familias con hijos en edad de latencia e hijos adolescentes, nido vacío, etapa de vejez, soledad y muerte (Minuchin, 1989).

Estas etapas llevan también eventos normativos, los que ocurren regularmente en todas las familias, como nacimientos, matrimonios, entrada de los hijos a la escuela, etc. y los paranormativos, los cuales modifican el momento normativo de la familia, ocurren frecuentemente pero no universalmente y están matizados por el conflicto, por ejemplo, abortos, divorcios, enfermedades crónicas, y algunos otros.

El individuo se encuentra inserto en un sistema, por tanto el cambio se da en este sistema y en las relaciones que tiene con los demás. El terapeuta forma parte del sistema, ya que es observador pero a la vez también es observado.

El terapeuta estructural ayuda a la familia a hacer los cambios, siempre tomando en cuenta lo que la familia quiere y la factibilidad para ello. Investiga primero que es lo que busca o necesita la familia, analiza si esto es prudente y se lo sabe hacer ver a la misma, sin embargo después poco a poco les vende ideas, les va creando nuevas pautas de comportamiento y por tanto de interacción, marcando así una línea que les facilita el cambio y la visualización así de una nueva y mejor estructura familiar, donde cada miembro ocupe el rol que le corresponde.

Los cambios se logran desequilibrando el sistema, por lo que el terapeuta asume que él se mete a tal sistema para desequilibrarlo y provocar cambios, se

usa él mismo y se responsabiliza del cambio, se manifiesta activo y con poder directivo. Enfatiza el presente antes que el pasado, así como el proceso y no el contenido.

Se debe tener siempre en cuenta que al desequilibrar al sistema para liberar a un miembro, se requiere compensarlo en un nivel diferente, así si se le saca de un subsistema hay que insertarlo en otro, ya que de otra manera se dejarían inconclusas las cosas y las interacciones podrían nuevamente tornarse disfuncionales, por lo que el cambio realmente no se observaría.

Este modelo permite que el terapeuta, a la vez que evalúa, vaya interviniendo en la problemática, ya sea cuestionando el síntoma, la estructura, o la realidad de la familia, para esto se manejan diversas técnicas que permiten romper el equilibrio y lograr el cambio (Minuchin y Fishman, 1991), las cuales se mencionan a continuación:

I. Cuestionamiento del síntoma. Donde el objetivo principal es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, para alentar a pensar diferente acerca de considerar el síntoma como algo individual.

Las técnicas dentro de este apartado son:

1. Escenificación
2. Enfoque
3. Intensidad (dentro de ésta se encuentran: repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del tiempo, cambio de la distancia y resistencia a la presión de la familia).

II. Cuestionamiento de la estructura familiar. Para esta intervención es necesario tener en cuenta la características de la familia a fin de identificar las funciones de los miembros y las relaciones subsistémicas.

Las técnicas que se dispone para esta estrategia son tres, con sus respectivas modalidades:

1.- Fijación de fronteras (distancia psicológica y duración de la interacción)

2.- Desequilibramiento (alianza con miembros de la familia, alianza alternante, ignorar a miembros de la familia y coalición contra miembros de la familia).

3.- Complementariedad (cuestionamiento del problema, cuestionamiento del control lineal y cuestionamiento del modo de recortar los sucesos)

III. Cuestionamiento de la realidad familiar. Tal intervención se fundamenta en que cuando una familia acude a solicitar terapia, es porque la realidad que se han construido resulta poco viable.

Las técnicas que permiten el cuestionamiento de la realidad son:

1. Construcciones (símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado).

2. Paradoja

3.- Lados fuertes

Todas estas técnicas permiten intervenir de manera efectiva en la problemática de la familia, y cumplir el objetivo principal del proceso terapéutico, que es cambiar las estructuras disfuncionales de la familia, por lo que es deseable que en las sesiones se cuente con dos o más miembros de la familia (Minuchin y Fishman, 1991).

Para llevar de manera efectiva el proceso terapéutico, se hace necesario que el terapeuta tenga claros algunos elementos que le permitirán guiar su labor, tales como:

- a) La estructura de la familia, que incluye todas aquellas pautas transaccionales.
- b) La flexibilidad del sistema y la capacidad de elaboración y reestructuración.
- c) La resonancia del sistema familiar, que habla de la sensibilidad de la familia hacia las acciones individuales de cada uno de sus miembros.

- d) El contexto de vida de la familia, donde es importante analizar las fuentes de apoyo, así como de estrés.
- e) El estadio de desarrollo de la familia y su desenvolvimiento en las particularidades de dicho estadio
- f) La forma en que los síntomas del paciente identificado son utilizadas para el mantenimiento de las pautas en la familia.

La aplicación del modelo, no se limita simplemente al uso de las diferentes técnicas, es importante también la forma en la que el terapeuta se relaciona con la familia, lo cual puede ser de manera cercana, intermedia o distante. Minuchin y Fishman (1991), señalan que en una posición cercana, el terapeuta puede validar la realidad del sistema o subsistemas en los que participa.

Cuando el terapeuta se ubica en una posición intermedia, tiene la posibilidad de invitar a la gente para que le cuente lo que le sucede, se manifiesta atenta a todo lo que le transmiten y coparticipa como un oyente activo y a la vez neutral.

Finalmente, cuando se toma una posición distante, se manifiesta una condición de especialista para crear contextos terapéuticos que faciliten a los miembros de la familia generar la visión y el sentimiento de ser competentes y que es posible el cambio. Mediante esta postura acepta y apoya algunos valores y mitos, y por otro lado, evita o ignora deliberadamente otros.

Conforme esto, en la aplicación del modelo se toma en cuenta, la posición que terapeuta y familia asumen en el sistema terapéutico, así como el marco epistemológico del terapeuta y la evaluación que éste hace de la relación con la familia (Desatnik, 2004).

B) Modelo Estratégico

El término estratégico fue acuñado por Jay Haley para referirse a aquella terapia en la que el profesional traza una intervención específica para el problema que se le presenta (Galicia, 2004). De esta manera, el terapeuta establece objetivos claros que llevan implícita la solución del problema presentado, no aplica un mismo método a todos los casos, sino que diseña una estrategia específica para cada problema. Como la terapia se centra en el contexto social de los problemas de las personas, la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en que se halla el cliente.

El modelo estratégico tuvo sus bases en los principios derivados de la Teoría de Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y en el trabajo clínico y estudios sobre hipnosis, desarrollados por Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1990).

En la terapia estratégica el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa, debe identificar los problemas de manera precisa y en función de ello fijar metas, establecer objetivos y planear sus estrategias (Haley 1980).

Uno de los objetivos que se propone alcanzar la terapia familiar estratégica es el de ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar. La primera misión del terapeuta consiste en definir de tal modo el problema presentado que sea posible solucionarlo, tomando en cuenta para ello que este enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico, por lo que se presume que el problema de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás (Madanes, 1989).

La terapia familiar estratégica surgió a partir del examen del poder en las relaciones entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de una familia. Suele pensarse que el poder implica dominación, explotación, opresión y motivaciones

desagradables en quienes lo ejercen, pero tener poder sobre otra persona no significa únicamente tener la posibilidad de explotarla, sino también la posibilidad de cuidar de ella, de consolarla, guiarla y reformarla (Madanes 1989).

El modelo estratégico, concibe a la familia como una organización social que, por lo mismo debe ser vista en términos jerárquicos. En esa organización se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus, así como sobre quienes juegan los niveles secundarios.

Una conducta inapropiada es el producto de un trastorno en la comunicación que a su vez procede de una organización que funciona inadecuadamente, a veces formando coaliciones, debido a que las jerarquías están trastocadas o son difusas, por lo que una de las tareas del terapeuta, es identificar dichas coaliciones o distinguir las jerarquías confusas, y entonces restablecer las jerarquías de poder, a fin de promover una jerarquía congruente.

El problema dentro del modelo estratégico se describe como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas, por ello la terapia se concentra, exactamente en esa secuencia reiterada de comportamientos. Así, un síntoma es definido como la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social (Haley, 1993).

El proceso terapéutico que se lleva bajo este Modelo Estratégico, consta de varias fases, como son: primer contacto e iniciación de la relación terapéutica, definición del problema, acuerdos sobre los objetivos de la terapia, individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema y la programación terapéutica y estrategias de cambio.

El primer contacto e iniciación de la relación terapéutica, tiene como objetivo para el terapeuta, el crear una relación con los pacientes que promueva el cambio, por lo que es importante, observar y aprender el lenguaje del paciente,

pues esto lo puede facilitar. Respecto a la definición del problema, se considera que si los problemas humanos tienen que ver con el tipo de relación que se establece en distintas áreas, es indispensable que el terapeuta identifique el tipo de interacción que se da en ellas y empiece por intervenir en la que afecta más directamente al paciente.

Cuando se define un problema terapéutico diciendo que concierne a las relaciones sociales de los clientes, el terapeuta debe incluirse a sí mismo dentro del problema, puesto que él contribuye a definirlo y es un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema (Haley, 1993).

Establecer acuerdos sobre los objetivos de la terapia, trae beneficios tanto al terapeuta como al paciente, ya que al primero le brinda una orientación precisa respecto a los objetivos a alcanzar, mientras que al paciente le permite participar en los alcances de la terapia, lo que puede influir en la colaboración que da.

La etapa de individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema, tiene que ver con conocer cómo es que se mantiene el problema, y para ello, observar y explorar de manera detallada los intentos de solución que se han dado, así como las interacciones sociales que influyen en tales soluciones.

Finalmente la programación terapéutica y estrategias de cambio, que puede manejar el terapeuta en el proceso con los pacientes, se centran básicamente en tres rubros:

1. Acciones y comunicación terapéutica, donde entra la reestructuración de la realidad, sin cambiar el significado, evitar las formas lingüísticas negativas, uso de la paradoja y la comunicación paradójica, uso de la resistencia, así como uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico.

2. Prescripciones de la conducta, lo cual tiene que ver con establecer directivas, que pueden ser: directa e indirecta. Las directivas son una herramienta para lograr que la gente se comporte de manera diferente y perciba así nuevas experiencias (Haley, 1980). Las directivas directas tienen que ver con indicarle a la gente lo que tiene que hacer, con el propósito de que lo cumpla, mientras que las prescripciones indirectas, implican decirle a la gente lo que tiene que hacer, esperando que no lo cumpla, a fin de lograr un cambio a través de la rebelión.

Las directivas indirectas están conformadas por las tareas paradójicas, las cuales tienen carácter paradójico ya que el terapeuta le ha asegurado a la familia que desea que cambie, pero al mismo tiempo le pide que no cambie. El primer paso al impartir una directiva es motivar a la familia para que la acate, además deben ser precisas para que surtan el efecto deseado. (Madanes 1989).

3. Ordalías. Este término se usa para referirse a situaciones que pudieran definirse como una experiencia penosa o una prueba severa. De acuerdo con Haley (1984) en terapia implica que el terapeuta, elabore una ordalía o prueba acorde al problema, que resulte a la vez más severa que el mismo problema, a la cual deberá someterse cada vez que dicho problema se presente.

La instrucción para llevar a cabo una ordalía puede darse a través de una tarea directa o una paradójica. Con el manejo de la ordalía, se espera que al paciente le resulte más difícil mantener su síntoma que abandonarlo, de tal forma que el cambio pueda darse.

El modelo de entrevista que emplea Haley comprende cuatro etapas: social, planteamiento del problema, interacción y fijación de metas, las cuales se detallan a continuación.

1.- Etapa social.

Es el primer momento de contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, quien deberá dirigirse a cada uno de ellos y obtener una respuesta que permita definir la situación en el sentido de que todos son importantes y están involucrados en ella.

2.- Etapa del planteamiento del problema.

En esta se busca obtener el motivo de consulta, el cual será propiciado por la familia a través de las preguntas del terapeuta. Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han asistido o qué problema los aqueja, pasando así de una situación social a una situación de terapia. Posteriormente, el terapeuta debe estar atento para ver si la formulación del problema se emite en función de una, o mas personas.

3.- Etapa de interacción.

Consiste en que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema, el terapeuta debe dejar de ser el centro de la conversación y permitir que los demás se involucren en el debate. Si es preciso se procurará llevar la conducta o situación problema a la sesión, es decir se escenificará el problema para ver cómo reaccionan los miembros de la familia.

4.- Etapa de fijación de metas.

Esta etapa es también identificada como de definición de los cambios, pues una vez recabada la información, se espera una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Así, el terapeuta está estableciendo un contrato, que entre más claro sea permitirá que la terapia sea mas organizada.

C) Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas

El modelo de Terapia Breve enfocada a los problemas fue creado en el año

1968 en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. Las influencias que tuvo fueron el trabajo de Milton H. Erickson, los análisis de Gregory Bateson y el constructivismo. Sus representantes son: Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch.

El trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Se consideran que una dificultad se convierte en problema, cuando se intenta resolverla de manera equivocada y después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz.

El objetivo general de la terapia breve enfocada a los problemas es eliminar o reducir el problema por 2 vías: a) impedir que se repitan las conductas que perpetúan el problema y b) modificar la opinión del cliente acerca del problema.

Existen ciertos principios que guían el desarrollo de este modelo (Fish, R., Weakland, J. H. y Segal, L., 1994):

1. Es un sistema de creencias, opiniones o mitos, y no pretende presentar la realidad o la verdad, su importancia se mide por sus consecuencias.
2. Para actuar de un modo diferente se debe aprender a ver al mundo de otra manera, es decir hacer cambios perceptivos, que implican cambios tipo 2, donde se modifica la percepción y se cambia el significado, no la conducta.
3. No busca causas históricas, pues considera que toda conducta normal o problemática, sea cual fuere su relación con el pasado, está configurada y conservada de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema actual de interacción social del individuo.
4. No busca patología, pues se considera que el individuo no está enfermo, ni lo está su familia, pues las cosas que pasan son fenómenos sociales, no individuales, el problema no está dentro, sino entre las personas.

5. No es normativa, ya que no plantea un “debe ser”, pues cada persona lo establece. No hay estándares de normalidad o funcionalidad, o disfuncionalidad por tanto la meta es el objetivo de cambio del paciente.
6. No es una terapia de crecimiento, ya que no intenta que el paciente se conozca más o clarificar la verdad, en todo caso intenta redefinirla. Cuando se redefine, se demuestra que hay otras opciones de ver la realidad, e intenta redefinir la realidad incómoda del paciente.
7. Se acepta todo lo que el paciente ofrece, tiene o hace (inasistencias, descalificaciones, resistencia) y se aprovecha de manera positiva.
8. Tiene límite de tiempo 8-10 sesiones y puede haber espacio de 2-3 semanas entre cada una.
9. Se buscan pequeños cambios, sobre la base de que éstos forman parte de un ecosistema y, por tanto, producirán otros cambios (efecto de bola de nieve).
10. Es necesario dar un giro de 180° en los intentos de solución.

El problema es entendido como la conducta presente inadecuada, y para que una conducta se constituya en un problema tiene que realizarse de modo repetido dentro del sistema de interacción social del paciente. Se considera que los problemas aparecen por un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de vida y el mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales.

El terapeuta debe obtener una definición clara del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas, por lo que debe considerar algunas cuestiones importantes: cuál es la conducta problemática, por qué es considerada problema, qué es la conducta problemática y quién la considera problema.

Formas para que una dificultad se convierta en problema:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende la acción (no hacer algo cuando sí se debe hacer).
2. Intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, (hacer cuando no se debe hacer).
3. Cometer un error de tipificación lógica, se intenta un cambio 1 cuando se requiere un cambio de tipo 2, o viceversa.
4. Se aplica un intento de solución que no funciona y ante el fracaso se aumenta la dosis de lo que ya se había aplicado, (se da “más de lo mismo”).

Se hace una distinción entre dificultades y problemas. Las dificultades serían un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante algún acto de sentido común (cambio tipo 1), para el cual no se necesita o precisa de una capacidad especial. En cuanto a los problemas, se hablará de crisis, y de situaciones al parecer insolubles, creadas y mantenidas al enfocar mal las dificultades.

En este modelo se habla de paciente y cliente, donde el primero es entendido como la persona o las personas que presentan algún síntoma, mientras que el cliente es el o los miembros del sistema que están preocupados y dispuestos a hacer algo. En un momento dado un paciente puede convertirse en cliente, si se logra establecer con él un contrato terapéutico. Se recomienda estar alerta a los llamados “falsos clientes”, ya que éstos aparentemente está interesado en buscar una solución, pero realmente lo que busca es que se cambie al otro.

En la terapia breve enfocada a problemas, el paciente real es quien reporta el problema, es decir, se analiza quién está motivado para cambiar, ya que a mayor motivación mayor probabilidad de éxito. Se puede ver a la familia completa,

con fines de esclarecimiento, pero no necesariamente se trabaja con todos sus miembros.

El modelo plantea dos grandes categorías de intervenciones: las principales, basadas en cinco intentos básicos de solución que comúnmente utilizan los pacientes y las generales, que tienen una amplia utilidad dentro de la terapia (Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R., 1999), las cuales se desarrollan a continuación.

LAS INTERVENCIONES PRINCIPALES

Constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayada por las personas y pueden utilizarse una vez que el terapeuta ha recogido información suficiente y la ha logrado integrar en un plan ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta, las cuales son:

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
4. Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
5. Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

LAS INTERVENCIONES GENERALES

Estas intervenciones poseen un ámbito de aplicación mucho mayor, ya que pueden utilizarse en casi cualquier momento de la terapia y son lo bastante amplias como para usarse en una gran gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente y son las siguientes:

1. No apresurarse.
2. Cuestionar los peligros de una mejoría.
3. Hacer un cambio de dirección.
4. Discutir sobre cómo empeorar el problema.

D) Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones

Los antecedentes de la Terapia Breve Centrada en Soluciones se ubican en los trabajos de Milton Erickson, de la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y del Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC). Sus principales exponentes son: Steve de Shazer, William O'Hanlon, Michele Weiner-Davis, Insoo Kim Berg y Matthew Selekman. Algunos otros fueron: Eve Lipchik, Elam Nunally, Alex Molar, Marilyn Borjean, Wallace Gingerich y John Walter (De Shazer, 1991).

La terapia tiene como objetivo ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento del cliente en contraste con el área que se ha determinado como problema, lo que permite que se amplíen las soluciones eficaces, ya que se resalta lo que es reconfortante en la vida del cliente y de su familia.

A este tipo de terapia se le denomina breve, porque el trabajo se lleva a cabo con intervenciones que permiten el avance en aproximadamente 10 sesiones, en las cuales se trabaja con la capacidad del propio paciente para lograr por sí mismo una vida satisfactoria. Cuando se han logrado especificar todas aquellas estrategias eficaces de solución de problemas, resulta que el simple hecho de que en ocasiones se presente el síntoma y en otras no, permite visualizar que es posible un futuro sin la conducta problemática (O' Hanlon y Weiner Davis, 1993).

En este modelo, a las personas que acuden a terapia se les denomina clientes y puede ser una sola persona o contemplar a toda la familia. Así, se maneja que no tiene sentido hablar de pacientes, ya que se considera que todos los que asisten están motivados para librarse del problema que les dificulta llevar una vida placentera y que sólo basta un pequeño cambio en algunos de ellos para modificar ese sistema. Por tanto no es importante cuántas personas participen en la construcción del problema y su solución.

Esta terapia tiene la intención de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio en la persona o personas que acuden a consulta, por lo que en la primera entrevista se emplea el menor tiempo en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean, en cambio se hace énfasis en averiguar las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, llegando así a las excepciones.

Este modelo deja de lado la definición detallada de lo que se pudiera manejar como síntoma y las soluciones que se han dado para tratar de superarlo, y por el contrario, se enfoca en obtener información específica de todas aquellas excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta que se considera sintomática, y que hasta el momento habían pasado desapercibidas para los clientes.

Los hechos del pasado no son relevantes ni son considerados para la terapia, salvo que presenten situaciones donde se han visto soluciones eficaces al síntoma que se presenta o en todo caso situaciones en donde se haya logrado éxito de forma deliberada o accidental, y que pueda utilizarse para la construcción de la solución en el momento actual.

Después de obtener una descripción del problema, el terapeuta busca encontrar soluciones que puedan verse como eficaces, las cuales engloban precisamente a las excepciones, con las cuales busca orientar la conversación hacia aquello que funciona y que permitirá a la vez superar la conducta que ha sido manifestado como problemática (O' Hanlon y Weiner Davis, 1993).

El síntoma que presentan los clientes puede verse como una dificultad con reiterados intentos para superarla, en donde se percibe la solución intentada como la única correcta. La idea de una sola solución impide poner en práctica otras soluciones o darse cuenta de que existen momentos en que el síntoma no

aparece o lo hace con menos intensidad porque se ha hecho algo distinto a lo acostumbrado.

En el proceso terapéutico, puede ocurrir que el cliente no esté completamente de acuerdo con las propuestas del terapeuta, sin embargo esta es otra forma en que los clientes manifiestan sus necesidades y le hacen ver al terapeuta cómo puede acercarse a ellos y ayudarlos de una manera más efectiva. Por ello el terapeuta debe ser bastante sensible para identificar esas necesidades y hábil para propiciar que cada uno de ellos brinde su cooperación (Cade y O'Hanlon, 1995).

Los principios que rigen la terapia definen que está centrada hacia el futuro, más que en el "aquí y ahora", donde la realidad no se descubre, sino que se crea a partir de los presupuestos teóricos y la interacción con los clientes. Se manejan así los datos de lo que si funciona o puede ser útil en algunos casos, y al centrarse en las fuerzas y capacidades de los clientes, es posible acercarse de una forma más humana y ayudar de manera menos dolorosa a la gente.

La terapia busca por tanto hablar más de los recursos de la persona que pensar en el déficit que se pudiera tener, ya que más importante ver las potencialidades y evocar acciones, que delimitar de dónde surgió el problema. Centrarse en las soluciones y en los aspectos positivos del cliente, es tener una forma que no empieza atacando el problema, sino que busca dar soluciones y estructura cómo llegar a ellas (O' Hanlon y Weiner Davis, 1993).

Este modelo contempla que los clientes cuentan con suficientes recursos y fuerzas para resolver sus dificultades, pero que desafortunadamente a veces se pierden de vista para ellos mismos, debido entre otras cosas, a la preocupación que sienten por su problema. Sin embargo durante el proceso, el terapeuta ayudará a reconocer las aptitudes y habilidades que se tienen, las hará notar y hará uso de ellas.

Se maneja que el cambio es constante, por lo que el terapeuta debe identificar cuál es el modo que la familia tienen para cooperar con el cambio propuesto, de tal forma que él pueda promoverlo lo más rápido posible. Si se acepta la idea de que el cambio es inevitable se actuará en dirección al mismo.

El terapeuta en terapia breve maneja el supuesto sistémico de totalidad, con el que reconoce que un cambio en cualquier parte del sistema generará en consecuencia cambios en otras partes del mismo. Así, un pequeño cambio en alguna de las personas involucradas en la situación problemática, puede tener un gran impacto y producir grandes diferencias en los demás miembros involucrados en dicha situación. De igual forma un cambio en algún área del individuo puede generarle cambios en algunas otras de manera directa.

En este modelo se contempla que el cambio se da como un producto de la interacción entre el terapeuta y el cliente, ya que este último desde el momento mismo de solicitar y llegar a la terapia está manifestando un cambio. Aunado a esto, al entrar en contacto y crear una relación con el terapeuta se da la posibilidad de crear una nueva definición del problema y hacerlo más soluble, planteando así el rumbo a seguir y las estrategias más pertinentes (Sánchez, 2000).

Durante el proceso terapéutico, el terapeuta irá manejando algunas estrategias que le servirán para trabajar en el cambio que el cliente busca, como son: desaparecer la idea de que hay un problema, negociar un problema soluble, buscar adaptarse al lenguaje del cliente y captar la modalidad sensorial del mismo, finalmente encauzar el lenguaje del cliente para reetiquetarlo positivamente y normalizarlo.

Las técnicas utilizadas en este modelo de terapia son: preguntas presuposicionales, excepciones, pregunta del milagro, preguntas de escala y

proyección a futuro (O'Hanlon y Weiner Davis, 1993). Aunado a esto se tienen tres tipos de intervenciones generales que son:

- 1.- Las que actúan sobre la secuencia sintomática.
- 2.- Las que actúan sobre el patrón del contexto que rodea a la secuencia sintomática.
- 3.- Las "tareas de fórmula". En estas se encuentran la tarea fórmula de la primera sesión, tarea sorpresa y tareas, genéricas orientadas a las soluciones eficaces.

Las estrategias terapéuticas que este modelo plantea son:

1. Definición operativa de los objetivos que se desea conseguir a través de la terapia.
2. Establecimiento de indicios y señales concretas que permitan reconocer o identificar el logro de las metas propuestas.
3. Iniciar la solución mediante el cambio mínimo.
4. El terapeuta debe identificar cual es el modo que la familia tiene para cooperar con el cambio propuesto, de tal forma que el pueda promoverlo lo mas rápido posible.
5. Hacer preguntas que generen información sobre las facetas fuertes y los recursos que tiene el paciente identificado y su familia para poder llevar una vida plena.
6. Se encauza el lenguaje del cliente hacia el cambio perceptivo y conductual.
7. Se formulan preguntas presuposicionales, que permiten presuponer la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes.

La técnica que se lleva a cabo buscando las excepciones, permite al paciente reconocer que no siempre se encuentra bajo la situación problemática, por lo que es un buen elemento que el terapeuta puede usar para lograr avances importantes. Esta técnica requiere de algunos pasos como son:

1. Elicitar . Suscitar el tema de excepciones.

2. Marcar la excepción.
3. Ampliar la excepción.
4. Atribuir control.
5. Buscar mas excepciones.

E) Modelo de Milán

En 1967 en Milán, Italia, se creó el Centro para el Estudio de la Familia, a cargo del grupo conformado por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guliana Prata, quienes trabajaban con niños perturbados y sus familias, utilizando en un inicio una orientación psicoanalítica, para posteriormente tomar algunas ideas del Mental Research Institute. Así, también pasaron de la psicoterapia individual, a considerar la importancia de investigar y estudiar las relaciones Interpersonales y las consecuencias de éstas para abordar cierta patología.

El trabajo del grupo de Milán tuvo como punto de partida las premisas de la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana. Así, basándose en las ideas de Bateson desarrollaron lo que se conoció como las dobles ataduras terapéuticas o “contraparadoja”, donde se manejaba que la intervención con familias con algún miembro esquizofrénico requería emplear el mismo tipo de comunicación paradójica que la misma familia utilizaba en su dinámica cotidiana. Aunado a esto se consideraba que si se lograban modificar las pautas de interacción familiar, muy probablemente, cambiaría también la conducta que era identificada como problema (Hofman, 1992).

El grupo de Milán desarrolló su trabajo a partir de la atención de familias con transacción esquizofrénica, o con algún miembro que presentaba conductas psicóticas. En estos grupos pudieron observar que todas aquellas reglas de relación que se establecían dentro del sistema iban propiciando los síntomas que

llegaban a presentar sus miembros y que al descubrir o identificar tales reglas, podía entonces influirse en el sistema y desaparecer así el síntoma.

El equipo pudo observar que dichas familias muestran ser un sistema que va autogobernándose mediante determinadas reglas, elaboradas por todos los integrantes de la misma y que logran constituir a través del tiempo, mediante acciones de ensayo y error. Asimismo ubicaron también a estas familias como un grupo natural que mantiene en su interior una simetría llevada a un punto tal punto de exasperación, que no permite que esta sea declarable ni manifiesta, por lo tanto queda encubierta y continúa generando nuevas transacciones entre los miembros (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

El trabajo con las familias, tal como lo hacían los representantes de este modelo, era llevar a cabo la sesión mediante una pareja de terapeutas, la cual estaba conformada por un hombre y una mujer. Tal situación se realizaba con el propósito de establecer un equilibrio frente a la familia y poder a la vez, evitar cualquier tipo de estereotipo cultural debido al género al hacer las intervenciones. De esta manera las sesiones se realizaban teniendo al par de terapeutas frente a la familia y otro par de terapeutas que observaban, detrás del espejo, el desarrollo de las sesiones para posteriormente elaborar comentarios.

Se informaba a la familia sobre la modalidad de equipo y los observadores detrás de un espejo unidireccional. Las sesiones terapéuticas eran desarrolladas en cinco partes: la presesión, la sesión, la discusión de la sesión, la conclusión y el acta de la sesión, las cuales permitían a todo el equipo participar de manera activa en el proceso terapéutico.

Para la primera sesión consideraban importante contar con la presencia de todos los involucrados en la conducta problema y el esquema de trabajo era en un inicio establecer con la familia un total de 10 sesiones con un intervalo entre ellas de un mes, sin embargo después optaron por ajustarse a las sesiones que cada

familia requería.

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) proponen tres conceptos básicos que sustentan las intervenciones para el proceso terapéutico: hipotetizar, circularidad y neutralidad, mismas que se describen a continuación:

a) Hipotetizar: Esta se define como la formulación de una suposición o idea generada en base a la información que la misma familia proporciona. Dicha formulación le permite al terapeuta tener una guía para dirigir su actividad en un sentido más claro y tener un punto de inicio para investigar.

Se puede generar una primera hipótesis basándose en la información obtenida en la entrevista telefónica o en aquella que pudiera proporcionar la fuente de referencia. Sin embargo, si al estar frente a la familia, dicha hipótesis es descartada, debe generarse una segunda ya completa, en la que puedan incluirse todos los componentes del sistema.

b) Circularidad: Se basa en la idea de que los miembros de una familia se conectan entre sí, conforme ciertos patrones de interacción, los cuales se ponen de manifiesto a través de conductas tanto verbales como no verbales. Así, puede verse por tanto, que el comportamiento de cada uno de los integrantes está determinado por el comportamiento de los demás.

Aunado a la idea de circularidad, el terapeuta maneja lo que es el interrogatorio circular, mediante el cual ofrece a la familia la posibilidad de cuestionar el sistema de creencias familiares y de mirarse así misma de manera sistémica y obtener con ello información nueva respecto de tales creencias, de sus conductas y relaciones. Se requiere por tanto plantear preguntas que enfoquen una diferencia o permiten definir una relación.

El interrogatorio circular permite hacer una investigación sistémica de todas

las particularidades que se presentan en las relaciones familiares, las cuales de manera recursiva sustentan y dan cabida a las interacciones disfuncionales dentro de un sistema.

c) Neutralidad: Es la capacidad del terapeuta para adoptar diferentes posiciones dentro de un medio, sin dejarse llevar por el sistema, evitando trampas, enredos lineales y sin crear alianzas. Implica poder actuar con total libertad durante la terapia y no ser inducido por el sistema familiar, para mostrarse en favor de alguna postura.

La neutralidad también implica que el terapeuta adopte un estado de curiosidad, a través del cual pueda explorar diversos puntos de vista y movimientos alternativos. Así, ser curioso permite conocer las diferentes descripciones que se le dan a un mismo evento, descubrir cómo éstas se ajustan entre sí y adoptar varias posturas (Cecchin, 1987)

El proceso terapéutico dentro de este modelo maneja como estrategia la connotación positiva, la cual es una formulación que el terapeuta elabora, para sugerir otra visión de la conducta inadecuada y así llegar a una intervención paradójica en la que al paciente se le prescribe el mismo síntoma. La connotación positiva involucra tanto el síntoma del paciente como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia y permite señalar que el comportamiento de cada uno tal como se presenta, es complementario al sistema y sólo así se mantiene la unión y cohesión familiar (Selvini, et. al., 1986).

Otras estrategias utilizadas son los rituales familiares, los cuales consisten en tareas prescritas de manera detallada, contemplando tiempo, lugar, orden, personas involucradas, frecuencia, etc., a fin de que sean realizadas por la familia. Los rituales fueron introducidos por Mara Selvini en 1974, y en 1978 junto con su equipo dieron a conocer la prescripción ritualizada de los días pares y nones. Se manejan diferentes tipos de rituales: inclusión y exclusión de miembros, de

curación, de identidad, de expresión, de negociación de creencias y de celebración.

Los rituales se encuentran más próximos al código analógico que al digital, por lo que dentro de la terapia son útiles ya que logran interrumpir pautas simétricas, permiten que las personas puedan escucharse mutuamente y estimula la empatía. Para que sea eficaz debe involucrar a todos los integrantes de la familia y detallar de manera precisa las condiciones. Deben consistir en una secuencia regular de pasos, de tal forma que no exista confusión para la familia y puedan por tanto llevarlo a cabo.

Puede ocurrir que durante el proceso terapéutico exista una mejoría sospechosa, ante esto los terapeutas pueden mostrar que se acepta sin objeciones, sin embargo no se da opinión ni se confirma tal mejoría, únicamente se hace notar y se da por terminada la terapia, dejando la posibilidad de una llamada de seguimiento.

Dentro de la familia se dan ciertos juegos, expresados a través del conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia, lo cual le sirve para regular el funcionamiento del sistema. Dicho juego se convierte en patológico cuando a los miembros de la familia se les dan roles o funciones que no corresponden al momento evolutivo (Ochoa de Alda, 1995).

Conforme lo anterior se percibe que el síntoma sirve a la familia para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar al sistema. De esta manera, el proceso terapéutico tiene como objetivo determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, en los que aparece el síntoma e identificar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional.

El proceso terapéutico fue logrando ciertas particularidades, tal como lo mencionan Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987), ya que dan a conocer que

pasaron de la entrevista libre a la entrevista basada en el interrogatorio circular, de la prescripción del síntoma a las conductas al servicio del mito familiar, de la connotación positiva a la connotación lógica y de los rituales para descubrir y generar intensidad en el juego familiar pasaron a los rituales para introducir diferencias en el vínculo de interacción del grupo familiar.

F) Terapia Narrativa

Este modelo tiene como principales exponentes a Michael White y David Epston, quienes se basaron en los estudios de Gregory Bateson sobre el significado que se le atribuye a los hechos, el cual está determinado por el contexto. También en las ideas de Foucault quien analiza la relación entre el conocimiento y el poder, y finalmente tomaron la aportación de Derrida, respecto a los mecanismos de deconstrucción.

La terapia narrativa busca la deconstrucción de las ideas de identidad dominantes que dan forma a la vida de las personas y las llevan a creer que no existe solución alguna para sus problemas. En este modelo se considera que los individuos tienen la capacidad para ir moldeando su vida y llegar a encontrar significados alternativos que vengán a contradecir la trama que tienen ya establecida. Así se observa que cuando se logran identificar historias alternativa, el individuo es capaz de describir su propia vida (White 1997).

El terapeuta al momento de estar con el paciente va a escuchar su historia dominante, y al mismo tiempo, va a observar sucesos extraordinarios que pueden ser palabras, gestos o conductas que vienen a contradecir esa historia dominante y sirven de guía al terapeuta, para facilitar que la persona encuentre sus propias historias alternativas. Así, cuando la persona logra una nueva interpretación de su vida, puede sentirse motivada para continuar con la revisión de su historia y seguir descubriendo a la vez historias alternativas que la llevan a actuar de una manera más adecuada.

De manera regular, la persona se mueve con una historia dominante, por lo que no es fácil encontrar esa historia alternativa que le ayude a ver su propia vida con otro significado. La historia alternativa surgirá cuando el terapeuta lleva a cabo una exploración de los sucesos extraordinarios y va creando un contexto que le permita a la persona ver y apreciar ese evento, precisamente desde la visión de los sucesos extraordinarios (White y Epston 1993).

En este modelo se utiliza en el proceso terapéutico, un lenguaje externalizante, para poder generar nuevas posibilidades en la conversación. A través de éste se realiza una separación lingüística que distingue y separa al problema como tal, de la identidad personal del individuo, lo que lleva a reducir significativamente la crítica, la censura o la culpa, y permite una mayor posibilidad de cambio, pues se maneja que el problema no es algo intrínseco al paciente, sino que se encuentra fuera, es algo externo que actúa sobre él.

La vida es vista como un relato o una narrativa y los seres humanos interpretan de manera activa cada experiencia a medida que van ocurriendo en la vida de cada uno. Estas experiencias son interpretadas a través de atribuirles significados, mediante un marco que se forma a través de los relatos (White, 2002).

Conforme lo anterior, la vida de cada individuo está formada por los relatos que cuenta de ella, y éstos a la vez moldean la vida y la constituyen.

Este modelo maneja el empleo de algunos medios narrativos para apoyar el proceso terapéutico como son:

- Cartas, las cuales pueden ser de invitación, despedida, predicción, felicitación, recomendación , etc.
- Contradocumentos, los cuales consisten en galardones que hacen públicos los logros, como pueden ser los certificados, declaraciones y autocertificados.

- Rituales y ceremonias definicionales. En este apartado diferentes tipos de celebraciones, las cuales pueden ser formales o informales, están encaminados a dar a conocer alguna noticia y se pueden llevar a cabo con la presencia o ausencia del terapeuta.

Los documentos dan la posibilidad de convertir las vivencias en una narración, son además, un elemento funcional dentro del proceso terapéutico, ya que permiten al individuo buscar nuevos significados, ver otra dimensión de su vida y cuestionar la descripción saturada de problemas que tenían en su historia dominante. Los contradocumentos son sumamente útiles porque puede testificarse en ellos que la persona ha logrado combatir y/o vencer su problema y ha desarrollado o adquirido una nueva habilidad.

White (1997), señala que los seres humanos interpretan activamente sus experiencias, a medida que van viviendo su propia vida y que es el relato o la narración lo que da un marco para la interpretación y elaboración de significados. así como también determina qué aspectos de la experiencia vivida pueden ser expresados.

Los relatos son historias que están compuestas por dos panoramas, uno llamado de acción y el otro de conciencia. El primero está constituido por experiencias de acontecimientos que están organizados en secuencias que se desenvuelven en el tiempo. Por otro lado el panorama de conciencia tiene que ver con todas esas interpretaciones que se hacen por medio de la reflexión sobre los eventos que están desarrollándose en el panorama de acción.

Dentro de esta terapia, se observa que los problemas surgen cuando la versión dominante incluye restricciones que le impide a las personas incorporar nueva información que podría a la vez proporcionar soluciones útiles. Se maneja también que aunque existe una versión dominante, siempre es posible identificar algunos acontecimientos extraordinarios en las historias personales de los

clientes. Conforme las personas se separan de las historias dominantes, ven más posible orientarse hacia aspectos de su experiencia que contradicen estos acontecimientos, así puede reconocer entonces algunos logros o acontecimientos extraordinarios.

La terapia narrativa se ha caracterizado por deconstruir las historias dominantes que tiene el paciente, de las cuales no se es consciente, pero las van viviendo como certezas en su vida, además de que oprimen y causan malestar a las personas (White 1997). Tal deconstrucción tiene que ver con procedimientos que cuestionan la veracidad de realidades y prácticas que determinan un modo particular de relación con la vida de las personas.

La principal técnica para lograr la deconstrucción de historias dominantes, desde el poder y el saber es la externalización del problema o de las vivencias relacionadas. Al llevar a cabo la externalización, se observa que el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona, Así se tiene que no son las personas ni la relación, las que constituyen el problema, sino la relación de la persona con el problema White, 1993).

Para crear historias alternativas, que permitan deconstruir la historia dominante, es necesario identificar acontecimientos extraordinarios, los cuales pueden buscarse teniendo en cuenta una dimensión temporal, pues no se sabe si estos se encuentran en el pasado, presente o en el futuro. Por otro lado, para lograr la externalización del problema, es importante bautizar dicho problema, ponerle alguna etiqueta, de tal forma que pueda manejarlo completamente fuera del individuo.

En el proceso terapéutico, el terapeuta colabora con las personas, mediante sus preguntas en el descubrimiento de eventos extraordinarios, que podrán integrar a sus nuevas historias.

G) Equipo reflexivo

El equipo reflexivo fue desarrollado por Tom Andersen, aproximadamente en 1984, basándose en las ideas de Von Foerster, Glasersfeld, Bateson y Maturana, sobre cibernética, constructivismo, las diferencias que hacen la diferencia y la biología del conocimiento.

Surge de la inquietud que Andersen manifestaba al enfrentar el dilema junto con sus colaboradores de equipo, al tener que decidir cuáles de los muchos comentarios vertidos en el equipo al momento de la terapia, serían ofrecidos a los clientes. Lo que los llevó a preguntarse sobre el tipo de trabajo que venían haciendo y el porqué ocultar al cliente lo que el equipo hacía y decía.

Tras estos cuestionamientos, decidieron permitir que los pacientes escucharan y vieran el análisis que los miembros del equipo llevaban a cabo. Así, durante el transcurso de la terapia los integrantes del equipo, ubicados detrás del espejo, observaban en silencio la conversación para posteriormente integrarse al consultorio y realizar sus reflexiones en conjunto, mirándose unos a otros, dando así al cliente o clientes la libertad de escuchar o no escuchar, pues nadie se dirige a ellos. Terminada la reflexión y comentarios por parte del equipo, éste sale y el terapeuta continúa con los clientes.

Con esta nueva forma, Andersen y su equipo pudieron percatarse, por un lado, que el cliente era capaz de encontrar sus propias respuestas y por otro, que se abría la posibilidad de que ellos como terapeutas modificaran su estilo y comprensión del proceso terapéutico (Beltrán, 2004).

El objetivo del equipo reflexivo es que los pacientes escuchen diversas voces, que les abran nuevas perspectivas en torno a un tema, de tal forma que puedan construir nuevos significados y con ello logren hacer los cambios necesarios conforme sus metas.

Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que este tipo de terapia, trata de un procedimiento que trae un gran cambio en la dinámica de los roles entre terapeuta y cliente, que hace visible al equipo y su proceso de formulación de hipótesis, quitando al terapeuta ese papel de experto que resuelve los enigmas y conjuntamente con ello hace énfasis en la importancia de un grupo de personas que desempeñan un cierto rol profesional ante el cliente.

Andersen (1991) señala algunas características de la terapia con equipo reflexivo:

1. El equipo puede estar compuesto únicamente por el entrevistador o hasta por 5 personas
2. Si el entrevistador se encuentra solo, puede mencionar sus ideas sobre la situación haciendo sus reflexiones.
3. La sesión comienza cuando se entrevista a la familia.
4. El equipo se ubica detrás del espejo unidireccional, o en la misma sala con la familia y el terapeuta.
5. No existe una forma única de organizar el equipo, ya que esto depende de las circunstancias y preferencias de los involucrados.

El trabajo terapéutico con equipo reflexivo, que permite escuchar múltiples voces brinda la posibilidad a los clientes, para que se hagan nuevos cuestionamientos sobre aquellos temas que se creían incuestionables y se establezcan al mismo tiempo nuevas distinciones dentro de su discurso y su sistema de significados (Andersen, 1994).

Conforme lo anterior se puede ver que un espacio terapéutico donde se promueva la libertad para intercambiar ideas, de aceptar o rechazar un pensamiento y no se den instrucciones, puede propiciar en el cliente, el surgimiento de nuevas ideas acerca de su problemática que quizá no había contemplado.

Los miembros del equipo reflexionan, en presencia del sistema terapéutico compuesto por clientes y terapeuta, comparten lo que piensan y sienten respecto a lo escuchado en el diálogo entre ellos (Fernández, London y Tarragona, 2002).

En el trabajo con equipo reflexivo, se destaca la importancia del lenguaje en la construcción de diversas versiones de la realidad, se da importancia a las múltiples voces y las diversas perspectivas, por lo que no se pretende reflejar la realidad, sino que sólo se expresan y comparten ciertas ideas o sentimientos generados a partir de lo que se oye y que se relaciona con lo que saben, sienten o conocen los terapeutas.

La modalidad del equipo reflexivo contempla la idea de que cada persona tiene su propia visión y versión de las cosas, diferente y válida, lo que promueve en la familia búsquedas que no se habían contemplado y un análisis desde otro ángulo.

El terapeuta debe crear un ambiente propicio para el relato del consultante, formular preguntas conversacionales y adoptar una posición de “no saber”. Además, debe notificarle al consultante que el equipo en un momento dado se integrará y que él, tiene la libertad de escuchar o no la conversación que desarrollarán.

Por otro lado, Limón (2005) señala algunos principios generales y normas que rigen el desarrollo del equipo reflexivo, los cuales son:

1. Que sus reflexiones se basen en algo expresado durante la conversación con los consultantes, y no en aspectos de otro contexto.
2. Evitar transmitir connotaciones negativas o expresiones que puedan ser entendidas de esta manera por el oyente.
3. Deben mantener siempre la mirada entre ellos, evitando mirar a los clientes, de tal forma que éstos se sientan con la libertad de escuchar o no hacerlo.
4. Deben ofrecer sus reflexiones de manera tentativa (podría ser, tal vez, no

sé, se me ocurre que...)

5. Evitar las rivalidades y competencias sobre quién hace la participación “más inteligente” o “más adecuada”.
6. No dar instrucciones sobre lo que cada integrante del equipo debe decir.
7. No juzgar respecto a comentarios o actitudes observadas.
8. No hacer interpretaciones de lo escuchado entre cliente y terapeuta.
9. Evitar dar consejos
10. No caer en la postura de sermonear
11. No dar soluciones ni intervenciones finales
12. No se habla de lo que está mal, sino se ofrecen nuevas opciones y descripciones.
13. No exponen áreas sensibles de las que la familia no quiera hablar
14. Evita utilizar términos competitivos o críticas.
15. Tomen en cuenta a todos los que participaron en la sesión.

La participación del equipo reflexivo, dura aproximadamente de 5 a 10 minutos, posteriormente se retiran y tras escuchar la intervención del equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

Michael White (1997), también utilizó equipos reflexivos y desarrolló el trabajo en cuatro fases:

1. El terapeuta platica con los clientes, mientras los miembros del equipo de reflexión escuchan.
2. El terapeuta y los consultantes cambian de lugar con los integrantes del equipo, creando una situación donde el terapeuta y cliente se convierten en audiencia para presenciar lo que hacen y dicen entre sí los miembros del equipo reflexivo.
3. Se solicita que vuelvan a intercambiar lugares y el terapeuta pregunta a los clientes sobre la experiencia de escuchar al equipo.
4. El equipo reflexivo, el terapeuta y los clientes se reúnen para “deconstruir” los comentarios expuestos en las entrevistas.

H) Terapia colaborativa

Dos de los más destacados exponentes del posmodernismo y que dieron pauta para el origen de la terapia colaborativa son Harlene Anderson y Harold Goolishian. Este último fue director del Instituto Houston Galveston, donde estuvo laborando en compañía de Anderson. Ambos fueron pioneros de un nuevo estilo de terapia, donde se le daba énfasis al diálogo y a la conversación.

En sus obras, principalmente en "Human systems as linguistic system" que publican en 1988, desarrollan los elementos centrales de la visión conversacional en terapia familiar, posteriormente en 1992 presentan otra obra, titulada "The client is the expert: A not knowing approach to therapy".

Dichos autores consideran que dentro del proceso terapéutico, el terapeuta ocupa una posición de observador-participante y facilitador-participante que va formulando preguntas desde una posición de ignorancia. Respecto al sistema terapéutico, señalan que es un sistema lingüístico para generar significados alternativos y a la vez un sistema de organización y disolución del problema (Beltrán, 2004)

En este tipo de terapia se le da gran importancia al lenguaje de los consultantes, pues a través de éste, se llegan a conocer sus valores y su visión del mundo. Por tanto el lenguaje llega a ser el punto central, debido a que es considerado como la esencia del diálogo y del proceso terapéutico. Desde esta perspectiva, se ve entonces que los problemas son propios del contexto narrativo del cual se derivaba su significado, por lo que entonces sólo existen en el lenguaje.

El poder central de la terapia se ubica en la capacidad del sistema para relatar o relacionar los hechos en un contexto nuevo y diferente, de tal forma que con el diálogo se crea una nueva narración, la de las historia aún no contadas.

Así, a través de una conversación dialógica y a una colaboración relacional con los clientes, se va logrando un cambio en el relato y en la autonarración, lo cual permite ver que se trata de una actividad lingüística en la que la conversación sobre un problema llega a generar el desarrollo de nuevos significados.

A través de la conversación surgen nuevas posibilidades, y el terapeuta actúa como el conductor de esa conversación, así Anderson y Goolishian (1998) señalan que una conversación colaborativa viene a ser un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico capaz de reunir a la gente en una relación y generar un diálogo orientado a facilitar procesos de co-generación y co-construcción de sentido para crear una nueva narrativa.

Conforme lo anterior, el papel del terapeuta es el de experto en la conversación y su función será facilitar el diálogo, para generar nuevos significados y de esta manera desorganizar el problema. Lo que se busca es aflojar la rigidez entre los diálogos internos/externos y generar nuevas explicaciones.

En esta terapia, el terapeuta debe mantenerse curioso y a la vez respetuoso y con una postura horizontal para lograr desorganizar al problema. Se presenta en el papel de no saber y está en la disposición de ser informado. Además para él, el conocimiento está en constante desarrollo y únicamente es experto en crear un espacio para el diálogo y facilitar el proceso dialógico. Sus conocimientos, supuestos, pensamientos y opiniones los comparte y reflexiona junto con los demás, es decir los hace públicos. Además se muestra honesto al escuchar la historia del cliente y involucrarse en ella, además puede aliarse simultáneamente con todos los participantes.

Anderson (1999) señala que la conversación es uno de los aspectos de mayor importancia en la vida de los seres humanos, y que es a través de ésta como se logra formar, construir, y reconstruir la propia realidad y las distintas

experiencias. Añade además que algunas conversaciones aumentan las posibilidades para encarar lo que le preocupa a la gente, mientras que otras las disminuyen.

Los supuestos filosóficos del enfoque colaborativo, en los que se incluyen los aspectos de conversación, lenguaje y relación son los siguientes (Anderson, 1999):

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
2. La realidad y el sentido que se le atribuye a uno mismo, a los otros y a las experiencias de vida son fenómenos interaccionales creados por individuos en una conversación y acción con otros.
3. El lenguaje da sentido a nuestra vida y a nuestro mundo y funciona como una forma de participación social.
4. El conocimiento es relacional, se encuentra inmerso en el lenguaje y en las prácticas cotidianas.

En este enfoque se señala, que la familia representa una configuración particular socialmente construida, y que es imposible darle un significado único, porque se pueden encontrar en una gran variedad de formas, incluyendo las que tienen relaciones de sangre y las que no. El grupo familiar es pensado como una combinación fluida de individuos que se construyen con y a través del lenguaje.

Anderson (1999) manifiesta que un problema y el significado que se le atribuye son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje. Igualmente señala que los problemas no son fijos, sino que están en flujo constante, y que éstos no se resuelven, más bien se disuelven en el lenguaje. Una definición del problema es una posición que alguien toma, y puede haber tantas definiciones del problema como miembros hay en el sistema envuelto con ese discurso.

En este tipo de terapia se observa que cuando un cliente ingresa es porque

ha llegado a un punto en el que ha perdido la capacidad de dialogar, el dominio de sí mismo, el sentido de competencia y no alcanza a percibir las posibilidades para resolver eficientemente sus problemas.

El sistema terapéutico representa una colaboración entre terapeuta y cliente que tiende a ser más horizontal, democrática e igualitaria. Implica una conversación donde terapeuta y cliente deciden de manera mutua cómo participar, definen límites y seleccionan las metas del tratamiento igualmente de manera conjunta.

En este enfoque colaborativo se busca facilitar un proceso donde situaciones o narrativas problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades, lo que lleva a que los problemas empiecen a disolverse. Así, se ve que la conversación dialógica entre terapeuta y cliente es el medio a través del cual pueden surgir nuevas y diferentes maneras de entender y explicar las experiencias vividas, de tal forma que puedan llevar a la disolución de los problemas.

La terapia colaborativa tiene algunas particularidades, que Anderson (1999), señala de la siguiente manera:

1. El problema distingue al sistema. Indica que los sistemas de problemas, existen únicamente en el lenguaje. Los diferentes elementos que forman el conflicto, forman el sistema del problema.
2. El paciente guía la conversación. Las conversaciones con los clientes no son lineales, se desarrollan a través de diferentes temas que se entrecruzan.
3. El uso del lenguaje. Es importante poner atención al lenguaje individual, aún cuando se entreviste a una familia, ya que cada persona expresa algo en particular, y la diferencias que se pudieran evidenciar son valiosas y muy útiles en el diálogo.
4. Múltiples voces. Cuando un solo miembro asiste a las sesiones, es posible

mediante él, conocer las voces de los demás integrantes del sistema, a través de algunas preguntas.

5. Postura del terapeuta. No actúa en una posición de experto, sino que trata de ser un participante más en la conversación.

El terapeuta puede mostrar y compartir sus monólogos internos, prejuicios, opiniones o temores, con esto crea una mayor flexibilidad para poder enfrentar las múltiples opiniones respecto a la historia de los clientes. Así, el compartir experiencias personales y profesionales puede ser bastante útil en la conversación.

Anderson (1999) señala que un proceso dialógico incluye seis componentes, los cuales se encuentran estrechamente interrelacionados.

1. El terapeuta participa y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo.
2. El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente
3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo.
4. Los clientes participan en diálogos externos entre sí.
5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.
Cada conversación es seguida por otras conversaciones
6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas.

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, brinda la oportunidad a todos los estudiantes de desarrollar diversas habilidades terapéuticas, ya que desde el inicio y durante todo el curso de la misma, se tiene supervisión constante y contacto con diferentes pacientes.

El trabajo con casos clínicos es en un primer momento como observador, lo cual es bastante enriquecedor, pues permite empezar a abrir un nuevo panorama de la terapia, al ver el manejo que otros terapeutas hacen de las diversas técnicas, y del papel que juegan dentro de un sistema. Posteriormente, ya como terapeuta con pacientes directamente a cargo, y bajo la supervisión clínica, se va poniendo en práctica lo aprendido tanto en la observación como en la parte teórica, incluyendo a la vez, todas las aportaciones y sugerencias de las supervisoras y equipo.

Durante la Maestría se atendieron 7 casos, de los cuales 4 involucraban a jóvenes adolescentes, que presentaban problemas referentes básicamente a fallas en la comunicación familiar, dificultades escolares, conductas de rebeldía y otro más, de robo. En otros 2 casos el motivo fue problemas de pareja a causa de infidelidad por parte de la esposa, aunque después también manifestaron falta de comunicación y grandes dificultades en la dinámica familiar. El último caso tuvo como motivo inicial agresividad del hijo en la escuela, pero también dificultades en la comunicación y en la dinámica familiar.

En este reporte se profundizará en dos de los casos, uno que presentaba problemas de pareja a causa de infidelidad y otro de un niño canalizado por la escuela como agresivo, que fueron seleccionados, porque aunque el motivo inicial era aparentemente distinto, ambos coincidían en que presentaban dificultades

profundas en la comunicación y una dinámica familiar difícil.

En el siguiente cuadro se presentan los casos atendidos como terapeuta a lo largo de los diferentes semestres, a los cuales se les ha modificado el nombre para guardar su anonimato y respetar la confidencialidad de los consultantes. Los casos que aparecen sombreados son los que se eligieron para el desarrollo de tema en el presente reporte.

CONCENTRADO DE FAMILIAS ATENDIDAS

Familia y semestre	Motivo de consulta	Sede y supervisoras	No. ses.	Observaciones
Tejeda Huerta 2º	Problemas de pareja. Dificultades en la dinámica familiar.	Clínica Iztacala Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez	10	Se lograron los objetivos terapéuticos
Morales Sánchez 2º	Problemas de pareja. Dificultades en la dinámica familiar.	Clínica Iztacala Dra. Xochitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz	3	Se reintegró la pareja a la familia. Se lograron los objetivos terapéuticos.
Aceves García 2º	Agresividad del hijo. Dificultades en la dinámica familiar.	Clínica Iztacala Dra. Xochitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz	8	Se lograron los objetivos terapéuticos
Bernal López 3º	Cambios radicales de carácter en hija adolescente.	ISSSTE Mtra. Rosario Espinosa y Mtra. Susana González	4	Se lograron los objetivos terapéuticos
Pastrana Barrios 3º	Adolescente con problemas familiares	C.C.H. Azcapotzalco Mtra Carolina Rodríguez	6	Se lograron los objetivos terapéuticos
Ruiz Armenta 4º	Adolescente con conductas de robo.	Clínica Iztacala Mtra. Ofelia Desatnik	7	Se lograron los objetivos terapéuticos
Rangel Pacheco 4º	Adolescente con problemas de conducta en escuela.	Clínica Iztacala Dra. Luz de Lourdes Eguiluz	6	Se lograron los objetivos terapéuticos

2.- Motivo de consulta.

La pareja reportó tener problemas entre ellos, al grado que se había dado infidelidad por parte de la señora y ella decidió irse con la otra pareja, sin embargo, decidieron volver a estar juntos, pero no sabían cómo manejar la situación, ni cómo mejorarla. Comentaron que sus dificultades iniciaron casi desde que decidieron vivir juntos y ahora lo que deseaban era mejorar su situación.

3.- Antecedentes familiares

Empezaron a vivir juntos hace 20 años en unión libre, ella tenía 18 años y él 30, el Sr. Juan Carlos opina que nunca sintieron un amor profundo, que la Sra. Miriam buscaba salirse de su casa, él vivía solo y no vieron problema en vivir juntos. La Sra. Miriam reporta dos eventos de abuso sexual que siente marcaron su vida, ya que hasta la fecha tiene pesadillas, sueña que alguien quiere hacerle daño, no soporta las puertas cerradas, ni la casa sucia, pues al verla así, ella también se siente sucia.

Ella siempre ha buscado en el Sr. Juan Carlos, cariño, ternura y protección y le ha expresado su necesidad ya que por parte de sus papás tampoco tuvo cariño. Él se define como muy seco y nunca le ha demostrado cariño suficiente. Además comenta que es inseguro e inestable, y por ser así, nunca logró tener el trabajo que quería, aunque tiene carrera terminada, ha tenido que ser subordinado, lo que le ha provocado mucho malestar y gran frustración.

Esta inconformidad en su vida lo ha llevado a ser agresivo con sus hijos, les exige mucho pues no quiere que sean como él, los ataca de manera verbal y la forma de dirigirse a ellos es ofensiva. A su pareja la ve sin ganas de superarse, no accede a hacerlo y esto también lo altera, pues le molesta que ella no se interese en nada. Por su parte, ella siempre le ha reclamado que no sea cariñoso y expresivo, y que constantemente ande de mal humor y los trate mal a ella y a los hijos. Todo esto los ha llevado a tener grandes desacuerdos y a poner cierta distancia.

El primer hijo de la pareja nació con problemas congénitos (falta de algunos dedos en pies y manos), situación que a la Sra. Miriam la afectó mucho y que no ha logrado superar, pues siempre ha sentido que quizá fue su culpa, no identifica el porqué, pero así lo siente. El Sr. Juan Carlos comenta que toda esta situación que se vive en casa, ya le afecta también en su trabajo, pues va sin ánimo y sólo porque necesita el dinero, pero no tiene ninguna motivación para asistir.

Las dificultades y distanciamiento se habían venido agudizando a tal punto que la Sra. encontró a alguien que sí la hacía sentir querida e inició una relación con él. La señora lo platicó con la pareja y los hijos mayores, y les dio a conocer su decisión de irse con esa nueva pareja. Sin embargo después de algunos días, la señora regresó ya que quería estar con sus hijos.

Los problemas continuaron, por lo que el hijo mayor al ver tantas dificultades entre ellos, les sugirió tomar terapia, a lo que los dos accedieron.

4.- Hipótesis

La pareja ha vivido en una situación poco satisfactoria, cada uno de los miembros ha esperado actitudes en el otro que no se han dado. El Sr. desea una persona interesada por superarse y sobresalir, ella por su parte busca un compañero cariñoso y atento, al no darse ninguna se ha generado dolor e insatisfacción en ambos, que los ha llevado a vivir en una lejanía aún viviendo juntos, haciendo difícil la comunicación y afectando también a los hijos. Esto a su vez les provoca más distancia y desconfianza dentro del sistema familiar.

5.- Escenario clínico en la que fue atendida.

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

6.- Modelo de intervención

El proceso terapéutico se llevó a cabo siguiendo los principios y estrategias del modelo estructural.

7.- Objetivos

- Realizar cambios en las pautas de interacción entre los miembros de la pareja.
- Generar estrategias para fomentar una comunicación clara y no violenta entre la pareja
- Propiciar el desarrollo de capacidades en cada uno
- Propiciar una nueva visión de sí mismo en cada uno de los miembros de la pareja
- Facilitar la redefinición de la relación que desea la pareja.
- Integrar a los hijos en las responsabilidades del núcleo familiar

8.- Intervenciones

Las intervenciones realizadas se llevaron a cabo mediante el modelo estructural, para lo que se tomaron en consideración los distintos subsistemas, analizando lo que ocurría en cada uno de ellos. Se utilizaron técnicas para cuestionar el síntoma como enfoque e intensidad, también algunas para el cuestionamiento de la estructura y de la realidad (desequilibramiento, cuestionamiento del problema, alianza alternante, construcciones, consejo especializado, lados fuertes, etc.)

Se tomó en cuenta lo que la familia buscaba y deseaba para ir facilitando cambios, para ello se manejaron las distintas técnicas a fin de llegar a cuestionar el síntoma, la estructura familiar, así como también la realidad familiar.

Se realizó cuestionamiento del síntoma y de la realidad familiar, de tal forma que primeramente la pareja y la familia en general, pudieran hacer una evaluación del problema y reconocieran con qué recursos contaban para modificar esa realidad que se había construido. A fin de que se viera tanto la infidelidad como la falta de comunicación no como algo individual, sino generado en un sistema determinado.

En el subsistema conyugal se redefinieron algunas conductas y expresiones como el puntualizar que ninguno de los dos lastimaba al otro premeditadamente, sino que cada uno se manejaba con un esquema distinto, que hasta la fecha no habían podido compaginar. Se transformó el: *“ya no quiero vivir aquí, me voy a vivir con otra pareja”* por *“necesito cariño y atención”* y el *“yo siempre he sido así, seco y frío”* por el *“no he aprendido a expresar mis sentimientos y emociones”*.

Se realizó cuestionamiento de la realidad respecto al deseo que tenían de que el otro fuera distinto y de lo que cada uno esperaba de su pareja.

¿para quién será importante que su esposa se supere?

¿para qué le serviría que su esposo fuera más cariñoso?

Se resaltaron lados fuertes y se realizó connotación positiva de los logros que habían tenido como personas en lo individual y en familia:

“Se ve a dos personas muy responsables, y con grandes recursos, ya que los dos han participado en el hogar y en la familia, y han logrado los hijos que tienen, los tres en la escuela, cariñosos y buenos hijos, además han logrado cosas como ya no vivir en la vecindad y usted Sr. seguir trabajando y cumpliendo pese a su enfermedad.”

Se reconocieron lados fuertes del subsistema fraterno, ya que se encontraban unidos, no interferían en la relación de sus papás, respetaban la situación por lo que estaban pasando, y cada uno seguía realizando sus actividades cotidianas aunque sí se veía en ellos el impacto que esta situación les estaba ocasionando, pues el más pequeño empezó a bajar calificaciones.

Se realizaron preguntas que permitieran identificar los logros en cada uno de los integrantes de la familia ¿Cómo ha podido hacerle para que sus hijos están tan cerca de usted? ¿Qué aprendió después de su trasplante de riñón? ¿Tú Gonzalo cómo le haces para vivir de una manera tan natural tu discapacidad? ¿Cómo le hiciste para seguir con tus actividades cuando tu mamá se fue? ¿Cómo aprendiste a hacer esas flores que tu hermano vende?.

En el subsistema parental se intervino marcando la diferencia entre algunos conceptos que se manejaban y creaban mayores problemas, por ejemplo pasar de la culpa a la responsabilidad, ya que la primera les generaba mucho conflicto y a través de la segunda, podrían comprometerse sin lastimar al otro.

Se cuestionó la visión respecto a la relación de pareja, a fin de poder ampliar el concepto para que pudieran observar que podían funcionar como pareja no en lo emocional pero sí en lo operativo, estableciendo acuerdos, compartiendo responsabilidades y brindando apoyo cuando se requiriera, hacia ellos y hacia los hijos. Así como reconocer puntos de unión y acompañamiento, que les permitieran una mejor convivencia, mientras llegaban a definir si continuarían como pareja o no.

Se crearon alianzas con uno y otro miembro de la pareja a fin de dar cierto poder en algunos momentos, de tal forma que lograran desarrollar seguridad en algunos aspectos que mostraban deficientes. Se hizo enfoque en algunos elementos para explicar y entender la forma en que se había construido la dinámica familiar, y la participación de cada uno de ellos en esa estructura que se había formado.

Otra de las intervenciones fue con la técnica de intensidad, la cual se utilizó en repetidas ocasiones para dar fuerza a lo que se les decía, a fin de que pudieran captarlo de otra manera y asimilarlo como una información nueva y funcional.

“Ustedes van a seguir logrando cosas, porque son responsables en lo bueno y en lo malo, no culpables”.

“Después de haber visto por todos y atender a todos, en este momento de su vida ¿a quién cree que tendría que atender y por quién tendría que preocuparse?”

A la Sra. se le comenta que es válido sentir temor de estar sola, así como tener la necesidad de buscar a alguien, pero se le hace notar que el equipo se pregunta si el costo que tendrá que pagar no será demasiado alto, y se le invita a

no buscar fuera lo que seguramente tiene dentro tanto de ella misma como de la familia.

9.- Cambios logrados en el sistema familiar

Los dos miembros de la pareja hicieron cambios positivos en la percepción del otro, y de sí mismo, descubriendo que la intención de extraviarse en lo individual tenía efectos en la otra persona.

El señor Juan Carlos logró manejar la situación de una manera más positiva y sentir menos tensión por el problema (la infidelidad), refiriendo que había llegado a este punto, meditándolo y aceptándolo, también llegando a la conclusión de que el tiempo que estuvieran juntos, era mejor estar tranquilos. De igual forma logra aceptar que su esposa necesita tiempo para ella misma y crear redes de apoyo

Lograron resolver que entre ellos ya no había nada como pareja, pero que no tenían porqué agredirse, que cada uno aportó lo que pudo a la relación, y si no funcionó también fue responsabilidad de los dos.

La Sra. Miriam aprendió a tomar decisiones y a tener el valor para decir “sí” o “no” según se requiriera, al mismo tiempo logró darse cuenta que puede lastimar a los demás por no decir las cosas como son. Por otro lado logró reconocer el valor de la familia y de la pareja, pero principalmente el de ella misma.

El subsistema fraterno logró aceptar y respetar la decisión de sus padres, sin perder de vista que ambos los amaban pero que la convivencia como pareja ya había terminado.

La pareja logró comunicarse de manera más funcional, donde el señor pudo captar necesidades de su esposa que lo llevó a aceptar y hasta impulsar que ella tuviera más libertad para tener amistades, salir y platicar.

El Sr. consiguió elaborar pensamientos a nivel sistémico, donde reflejaba cierta circularidad, ya que llegaba a conclusiones precisas, respecto a la relación y participación de todos, por lo que logró expresar lo siguiente:

“Lo que uno aporta o no aporta va a tener un impacto en la familia y ellos luego van a actuar de alguna manera con uno.

“Uno va generando esto, con sus conductas o su forma y hasta que no viene un resultado, en este caso negativo para mí, se ven las cosas como son”

La Sra. logró darse cuenta que era capaz de disfrutar mucho de momentos simples en compañía de sus hijos, sin críticas, sin prisas y dándose afecto, y que ellos además tenían el gran poder de enseñarle a ser feliz con cosas cotidianas y que se encontraban al alcance.

El hijo más pequeño refirió pensamientos muy precisos para lograr a su nivel, la felicidad, al mencionar que a él lo hacía feliz jugar con sus amigos, salir a buscar cositas tiradas, ver a su mamá reír, jugar “luchitas” con sus hermanos y dibujar con su mamá.

La Sra. Miriam pudo asignar actividades a cada uno de los integrantes de la familia, involucrándolos en el mantenimiento del hogar, dando responsabilidades, aligerando la carga que llevaba sola, y con ello asumiendo un nuevo rol y una nueva postura ante los demás.

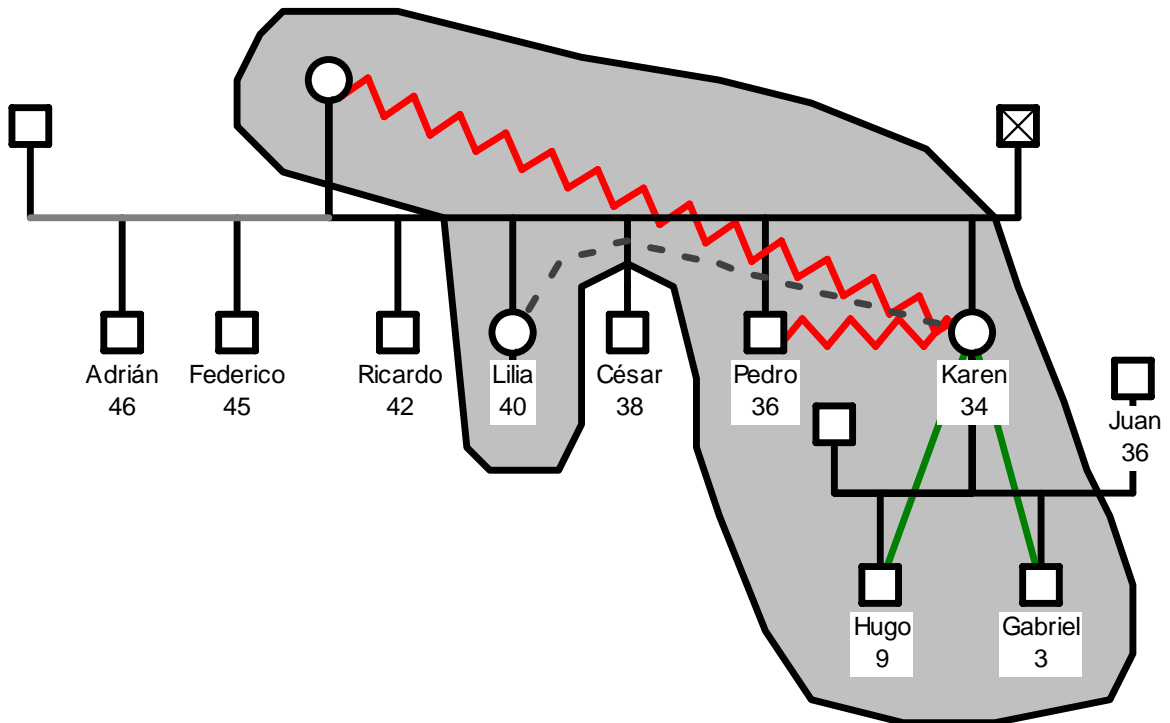
Los hijos refirieron que veían algunos cambios en sus papás, que antes no salían ni a la esquina y que ahora salían juntos al súper a comprar la despensa. Con lo que se vio que aplicaron lo de ser pareja al menos en lo operativo.

Caso 2. Familia Aceves García

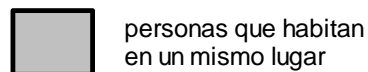
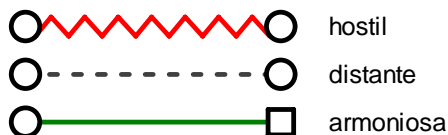
La familia Aceves García, está compuesta por la Sra. Karen Aceves de 34 años de edad, separada y en trámites de divorcio legal, escolaridad preparatoria y ocupación vendedora independiente; y dos hijos: Hugo de 9 años de edad, estudiante del 3er. grado primaria y Gabriel de 3 años de edad, éste último producto de segunda pareja de la Sra. También integran la familia los hermanos y mamá de la Sra. Karen con quienes vive actualmente.

Asisten a las sesiones la Sra. Karen y sus dos hijos. Ella solicitó que no se llamara a la familia de origen, ya que deseaba llevar este trabajo terapéutico únicamente entre ella y sus hijos.

1.- Familiograma



El familiograma fue realizado con el programa Geno Pro Beta. La simbología se utiliza para describir el tipo de relación existente entre los miembros de la familia, conforme el siguiente código:



2.- Motivo de consulta

La Sra. Karen solicita el servicio inicialmente debido a la agresividad del hijo mayor, quien mostraba esta conducta tanto en escuela como en casa, por lo que la maestra había solicitado que el niño recibiera terapia. Sin embargo, en la primera sesión comentó que buscaba el servicio también para ella ya que necesitaba aprender a manejar las dificultades que tenía en casa (con su familia de origen) y mejorar la relación con sus hijos.

3.- Antecedentes familiares

La señora Karen manifiesta que la conducta agresiva de Hugo se ha presentado desde un poco antes de los tres años, ya que escupía y pegaba a la maestra. En preescolar cuando tenía 4-5 años le prohibieron la lonchera porque con ella le pegaba a sus compañeros. Respecto al área académica siempre ha ido bien, le gusta mucho leer y tiene gran facilidad para grabarse las cosas.

Cuando iba en 2º. de kinder lo condicionaron y le dijeron que necesitaba terapia urgente, lo llevaron a un psicólogo pero no continuaron el tratamiento, porque en casa sus familiares le decían que el niño estaba bien. Ellos siempre le decían lo que debe hacer y ella debe de acatar todo aunque no esté de acuerdo, porque “ellos son los que saben”

La señora Karen vive en casa con su mamá y hermanos, con quienes lleva una relación muy conflictiva, dejan de hablarse por periodos bastante largos (3 años), aunque siempre han tratado de presentarse ante los demás como una familia estable y afectuosa, lo cual deben acatar y representar. Siempre le han hecho sentir que no puede, no le permiten decidir y la anulan adjudicándole culpas por todo lo que llega a suceder en casa, como desacuerdos, discusiones y hasta por los malestares de la mamá y la hermana, quienes utilizan esto para mantenerla bajo control.

Durante los primeros años de vida de Hugo, la Sra. Karen trabajaba en oficina y estaba fuera gran parte del día, por lo que los abuelos se encargaban de cuidarlo y lo enseñaron a decirles papá y mamá, ante esto ella nunca protestó ni buscó cambiar esta forma de expresarse, hasta que el niño empezó a ser remitido al psicólogo y éste le aconsejó arreglara esa situación, lo cual provocó muchos roces entre ella y sus papás.

Desde la primera vez que enviaron al niño al psicólogo, los papás de la Sra. Karen lo vieron mal, dijeron que era la maestra la que estaba loca, y pese a que siempre existieron grandes problemas en la familia, se afirmaba que en casa no pasaba nada, siempre se trató de ocultar todo, fingiendo y mostrando una actitud hacia el exterior que no era la real. La Sra. Karen siempre vivió queriendo darle gusto a la familia, pero nunca lo logró, hacía las cosas pensando en agradarles y resultaba que eso no les gustaba y nunca estaban satisfechos con lo que ella hacía.

La mamá y la hermana se acostumbraron a resolver las cosas de la Sra. Karen, a opinar y decidir lo que ella tiene que hacer, la ven como “la pobre que no puede hacer las cosas” o “la que no tiene capacidad”.

Siempre ha tenido problemas con la mamá, y hermanos, estos llegan a ser tan fuertes, que se dejan de hablar por meses, reestablecen la comunicación cuando se acerca alguna festividad familiar. Siempre vivió queriendo darles gusto, pero nunca lo logró, hacía las cosas pensando en agradarles y resultaba que eso no les gustaba.

Se separó de su primera pareja cuando iba a nacer su primer hijo y regresó a vivir a casa de sus padres, donde actualmente permanece. Estuvieron juntos durante 5 años. Años después tuvo una segunda pareja con la que tampoco vivió, reportó que no había nada importante ahí, sólo que tuvo a su segundo hijo.

4.- Hipótesis

La Sra. Karen se creyó una versión de “no puedo” y aceptó culpas que no le correspondían, lo que la dejó atada a una dinámica familiar llena de apariencias que le generaba insatisfacción y a la vez le impedía enfrentarse de manera efectiva al conflicto, por lo que no aprendió a resolverlo, transmitiendo esta postura a sus hijos, quienes ahora reflejan el mismo patrón y generan mayor tensión en la Sra. quien se vuelve a sentir poco hábil y no puede manejar la situación.

5.- Escenario clínico en la que fue atendida.

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

6.- Modelo de intervención

El trabajo terapéutico se realizó mediante el modelo estructural.

7.- Objetivos

- Facilitar la posibilidad para realizar cambio en las pautas de interacción en el sistema familiar.
- Generar estrategias para fomentar una comunicación clara en el sistema familiar
- Ayudar a generar una nueva visión de la realidad
- Identificar lados fuertes y potencializarlos
- Integrar a los hijos en el crecimiento del sistema familiar
- Favorecer la generación de límites claros
- Favorecer el desarrollo de las capacidades de la Sra. Karen
- Favorecer una nueva visión de sí misma en la Sra. Karen

8.- Intervenciones

Las técnicas que se utilizaron fueron las que establece el modelo estructural (connotación positiva, lados fuertes, modificación del tiempo, enfoque. repetición del mensaje, alianza alternante, cuestionamiento del problema, intensidad, desequilibramiento, consejo especializado, fijación de límites y construcciones)

siendo la que más se utilizó la de lados fuertes, ya que la Sra. se presentaba como disminuida, dependiente, incapaz y bastante insegura y temerosa de hacer las cosas, y a través de ésta técnica se fue logrando que ella reconociera esa capacidad y habilidad que no se habían permitido ver pero que existía dentro de ella.

También pudieron manejarse las técnicas de utilización de símbolos universales y consejo especializado, con lo que se logró cuestionar la realidad que se vivía y la Sra. Karen fue encontrando la forma para desprenderse de lo que la atoraba y empezar a esforzarse por el cambio. *“Es “normal” que los papás no den permiso para salirse de las normas que establecen, pero es funcional salirse de esas normas para lograr el crecimiento, son parte de las contradicciones de la vida, donde es necesario desobedecer esas prohibiciones para poder crecer”*

Se analizó la estructura familiar y los distintos subsistemas, haciendo notar la duplicidad que había en algunos como el subsistema parental, por existir tres generaciones compartiendo el mismo contexto, y la consecuente anulación de uno de ellos, ya que la mamá de la Sra. Karen no le permitía a ella fungir como mamá de sus hijos ni educarlos,

Se redefinió el concepto de “vivir en apariencias” por “fallas en la comunicación y dinámica familiar”. Así se logra integrar y responsabilizar a todos los miembros en esas pautas de interacción.

Se cuestionó sobre la dinámica familiar presentada y los efectos que había tenido en el desarrollo de los diferentes integrantes, obteniendo respuestas de lo que se vivía antes y lo que ahora ya no se compartía:

“Yo también fingía y aparentaba, es algo que siempre se ha manejado en la casa, lo hacía para dejar a mi mamá tranquila, creo que todos lo hacíamos por lo mismo, pero a mí siempre me molestó, aunque es hasta ahora que ya no quiero seguirlo haciendo, porque no quiero que mis hijos lo aprendan”.

Se focalizó el trabajo en la familia conformada por la Sra. Karen y sus dos hijos, dejando ligeramente al margen para las intervenciones a la familia de origen, ya que sus integrantes no serían traídos a sesión, pero sí se verían involucrados en los cambios que haría la Sra. Karen.

Se realizaron preguntas para analizar en la sesión las percepciones de los integrantes de la familia de origen: *¿si su mamá estuviera aquí, qué pensaría de lo que usted quiere hacer? ¿su hermana qué diría respecto de que usted tome decisiones? ¿qué diría su mamá si supiera que nunca ha estado de acuerdo en vivir bajo apariencias?.*

Se iluminaron los recursos de la Sra. Karen para lograr el cambio, e involucrar en ellos a sus dos hijos, quienes contaban también con grandes habilidades que podían ser utilizadas: *“Vemos en usted a una mujer decidida y muy fuerte, que busca atreverse a romper una dinámica familiar para lograr salvar a sus hijos de un modo de vida que a usted la ha lastimado. No cualquiera haría esto, porque para muchos quizá sería más fácil y cómodo seguir con la dinámica como está, y no tener que luchar, sin embargo vemos que usted sí tiene esa fuerza”.*

Se elaboraron mensajes y se establecieron tareas para delimitar los subsistemas individual, parental y fraterno, dando lugar así al establecimiento de fronteras, que permiten que cada subsistema se desarrolle de manera armoniosa.

Se utilizó la técnica de desequilibramiento, en su modalidad de alianza con un miembro de la familia, para que Karen se asumiera con fuerza y empezara a cuestionar su posición dentro de la familia y hacer los ajustes necesarios.

Se realizaron algunas escenificaciones de las pláticas que la Sra. reportaba tenía con sus hijos, donde les decía lo importante que eran para ella y lo decidida que estaba a hacer lo que fuera necesario para librarlos de un sistema que era una farsa.

En las dos últimas sesiones, aunque no es una técnica del modelo estructural, se utilizó una pregunta de escala para evaluar la percepción de la Sra. Karen respecto a sus avances y a la percepción de sí misma dentro del contexto familiar, donde ella marcó un mejor nivel en su desempeño.

Se resaltaron lados fuertes de la Sra. Karen, como interés por sus hijos, motivación para el cambio, buena percepción para distinguir las fallas en la comunicación y un buen nivel de análisis del sistema.

Se les dio foco a algunas situaciones importantes a fin de propiciar una mayor reflexión: *¿Cuánto tiempo dejó de hablarse con su mamá, estando en la misma casa?*

“Nos enojamos en abril porque yo no quise ir a un paseo con ella y nos reconciamos hasta diciembre, porque ya se venían las cenas familiares”.

¿Por qué no se ha salido de la casa, llevando con usted a sus hijos?

“Mi mamá padece de hipertensión y a mi hermana le dan ataques de ansiedad y luego no puede respirar, las dos se ponen mal cuando quiero irme.”

9.- Cambios logrados en el sistema familiar

La Sra. Karen logró poner límites claros ante su subsistema parental y fraterno, y aunque no fue bien recibida su actitud, ella no modificó sus nuevos pensamientos para lograr que respetaran su persona y a sus hijos.

Pudo realizar un gran cambio en la forma en que venía estructurando su realidad, al pasar del pensamiento de “no puedo” al “si puedo y lo voy a hacer”.

Se esforzó en llevar a cabo pequeñas acciones, que antes no podría y las visualizó como logros: *“Pude hacer que los niños mantuvieran sus útiles en orden, decidí cuándo lavar su ropa, y lo mejor es que pude variar la forma de alimentación, ya puedo darles más verduras”* .

Los niños identificaron que ahora tenían una buena mamá, que antes era otra que se estaba pareciendo a su abuelita, que les decía una cosa y luego se las cambiaba.

La Sra. pudo visualizarse a futuro, y expresó que se veía terminando la preparatoria, cambiándose de casa y después le gustaría también terminar una carrera.

Logró aprender a tomar decisiones y las primeras que llevó a cabo fueron respecto a sus hijos, a los que inscribió a los scouts, que desde tiempo atrás habían pedido pero que la abuela y la tía no habían permitido.

Pudo establecer una relación más cordial con sus hijos y a liberarlos de la presión que sentían en eventos realizados en la escuela cuando se presentaba la abuela como la mamá y veían además a su mamá ocupando otro papel.

Logró establecer con los niños el rol y etiqueta de cada uno de los integrantes de la familia, por ejemplo, la abuela, sería la abuela y no tendrían que sentirse obligados a llamarla mamá, como precisamente la abuelita se lo pedía.

La Sra. Karen reportó que dejó de sentir culpa al hacer las cosas que quería y que lo logró sólo dejando de darle importancia a las reacciones de los demás, situación que le permitió experimentar gran satisfacción y la idea de seguir haciéndolo.

Manifiesta también que logró controlar la impulsividad de los niños, a través de estar más cercana con ellos, ya no agredirlos, ni marcarles tantas prohibiciones, sino dejarlos más libres, y que precisamente al dejarlos más libres los niños respondían con más obediencia.

Hugo logró identificar a la nueva mamá y la importancia que tenía la conducta de él y la de su hermano para que su mamá siguiera teniendo esta nueva forma.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las familias

En la **familia Tejada Huerta** se observa que el padre se encuentra un tanto periférico, pues por su horario de trabajo, no se relaciona mucho con los hijos ni con la pareja, y aunque la mamá también trabaja, toda la responsabilidad de la casa y los hijos la lleva ella y por lo mismo la relación entre ellos (mamá e hijos) es muy estrecha, dejando ver alianzas fuertes, que los ayudan a disfrutar más el tiempo que pueden compartir.

Se observa un sistema con pautas de interacción conflictivas, en donde cada uno de los miembros de la pareja espera algo del otro que no ha podido ser obtenido, que los lleva a estar en una insatisfacción constante; sin embargo, según comentaron, dicho sistema es mantenido por el amor y responsabilidad hacia los hijos, donde ambos padres sienten que deben cumplir con su papel. También se observa que en este sistema con interacciones disfuncionales, no se ha logrado que la pareja se comunique de manera efectiva, pues cada uno tiene sus propias necesidades, que no han podido ser transmitidas al otro.

Existe un proceso de individuación muy importante en los hijos, quienes han aprendido a tomar decisiones y a verse como parte de un familia pero con identidad propia; esto se observa principalmente en el mayor, quien pese a sus problemas físicos ha creado una personalidad fuerte, valerosa e independiente de la mamá, a quien constantemente le dice que lo deje, que él puede y que es feliz, que no se preocupe tanto por él.

Describen al papá como que “es seco y enojón”; y se observa que las pautas interaccionales con los hijos son un tanto rígidas, no hay mucho contacto y a veces hasta son distantes, evitan salir con él argumentando que “se enoja de todo o que siempre anda de prisa”.

Respecto a los límites entre padres e hijos, éstos son claros, cada uno de los miembros sabe cuál es su rol y las reglas que tienen que cumplir, lo que permite a la vez que los subsistemas familiares también estén bien definidos y se desarrollen de manera adecuada. Así, el subsistema conyugal, aunque tiene sus dificultades, sí está diferenciado de otros subsistemas, es respetado y ha mantenido su espacio, sin permitir que otros subsistemas lleguen a interferirlo. Sin embargo, aunque como padres funcionaban bien, el subsistema conyugal sufrió un resquebrajamiento debido a los constantes problemas, a las demandas y necesidades no escuchadas de parte de cada uno de los miembros de la pareja, y la posterior situación de infidelidad. Esta situación llega a evidenciar que pese a los años que llevan de vivir juntos no han logrado metacomunicarse y por lo mismo no logran lo que buscan o necesitan.

Aunque el subsistema conyugal ha tenido sus dificultades, como subsistema parental han podido funcionar de manera adecuada, ya que los hijos los respetan, los quieren (aunque lo manifiestan de manera diferente para cada uno, con la mamá son más efusivos y con el papá se limitan) y principalmente los obedecen, sin embargo, últimamente se han presentado ocasiones donde los hijos sin que parezca desobediencia contravienen las indicaciones de la mamá, quien se deja convencer con gestos afectuosos.

El subsistema fraterno funciona muy bien, los hermanos se apoyan, se respetan, juegan y comparten actividades, aún con el pequeño con quien tienen una diferencia de edad importante. Se observa que disfrutan el tiempo que pasan juntos. Los tres hermanos se mantienen muy unidos y a veces crean alianzas para

convencer a la mamá sobre algo que les interese obtener, disfrutando igualmente todos de los beneficios logrados.

La jerarquía está bien definida, la autoridad y toma de decisiones recae en los padres, aunque muchas veces por la ausencia del papá quien lleva esto es la mamá, situación que no incomoda en absoluto al papá, quien por el contrario menciona que ha sido cómodo que la Sra. lleve toda la responsabilidad de la casa y de los hijos. Esto lleva a observar que es la Sra. la que lleva el papel ejecutivo en la casa, y aunque ella se define como insegura, temerosa e incapaz de tomar decisiones, ha podido hacer un papel eficiente frente a sus hijos.

Respecto a la etapa del ciclo vital se ubica como familia con hijos en edad de latencia e hijos adolescentes, donde se ha logrado dar una renegociación de las reglas familiares, por ejemplo se permiten las llegadas más tarde, se acepta el hecho de las novias, e ingerir cerveza.

La relación de la pareja es a veces complementaria y en otras ocasiones simétrica; la primera se observa cuando uno de los miembros facilita que el otro haga las cosas, o las hace porque siente y cree que es lo más adecuado. Como cuando el Sr. entrega todo el sobre de la quincena a la Sra. para que ella administre, vea lo que hace falta y decida; por su parte la Sra. corresponde teniendo todo en orden en la casa para cuando el Sr. lo requiera, o siendo buena madre. La complementariedad también se ha observado cuando se han apoyado para sacar adelante a su hijo con discapacidad. Sin embargo también tienen episodios de relaciones simétricas donde se dan los reclamos, se hacen peticiones a nivel de exigencia y ninguno muestra intención de querer ceder.

Los tres hijos aparecen triangulados y en especial Gonzalo, el mayor, quien muchas veces es el punto para desviar el conflicto de los padres y distraerlos de sus problemas e incomodidades, al tenerlos pendientes de sus dificultades físicas y necesidades especiales. El hijo intermedio suele mostrar cierta rebeldía en

algunas ocasiones, situación que jala la tención de los padres en este rol, pero a la vez, los lleva a evadir la problemática que se vive a nivel pareja.

Se observó a un padre periférico, que durante mucho tiempo estuvo dedicado al trabajo y dejaba las decisiones y responsabilidad a su esposa, quien buscó también opciones diferentes de vida, y acabó relacionándose con otra pareja y dejando el hogar.

Este sistema familiar se desarrollaba con pautas de interacción en las que no había relaciones estrechas entre los miembros de la familia. Dichas pautas se hicieron más evidentes cuando la esposa decide abandonar el hogar y el esposo descubre su infidelidad, lo que trae un desajuste mayor en ese sistema de por sí deteriorado. Se podría decir que la infidelidad fue una forma de mirar hacia el sistema de la pareja, por lo que cuando el Sr. la descubre se evidencian varias aspectos: las dificultades de pareja, el enojo, la desconfianza y la desestabilización. Por medio de la reestructuración, reencuadre y cambio en la construcción de la realidad familiar, se orientó a un cambio tanto familiar como de la pareja.

En la **familia Aceves García** pudo percibirse que se trata de un sistema extenso donde habitan juntos la abuela, tres hijos y dos nietos, cuyas pautas de interacción vienen siendo muy difíciles desde mucho tiempo atrás. Se han manejado muchas incongruencias en los mensajes entre contenido y relación, en el aspecto verbal se manifiestan cosas que no corresponden a lo que sucede en el aspecto relacional, se juegan mucho las apariencias y esto crea mucha inestabilidad en los miembros.

Se observa que la autoridad y jerarquía están desarrolladas en función de la posición que se tiene dentro de la familia; así los hermanos mayores son los que mandan, toman decisiones y los que saben lo que se debe hacer, mientras que los menores deben acatar lo que se ha dispuesto. Además no entra el

cuestionamiento ni la posibilidad de los acuerdos, lo cual viene siendo una pauta de comportamiento desde el inicio de la familia, donde la mamá, ahora abuela, encabeza la pirámide de jerarquía. Este estilo de autoridad no ha permitido de manera adecuada el proceso de individuación entre los distintos miembros de la familia, se espera que predomine el sentido de pertenencia y se vayan creando personas dependientes.

Los límites son difusos, lo que lleva a que exista una familia bastante aglutinada, donde se exige de los miembros un exaltado sentido de pertenencia y por lo tanto un abandono de la autonomía; no se les permite tomar decisiones y se promueven ideas de incapacidad y minusvalía, situación que ha venido afectando en gran medida a la Sra. Karen, quien ya con sus dos hijos continúa permitiendo que tanto su mamá como su hermana mayor le indiquen lo que debe hacer, creyéndose la idea de que “no puede”.

Por el tipo de límites manejados, se observa una familia amalgamada en donde aparentemente todos se preocupan por todos, se mueven hacia la misma dirección y no permiten la intromisión de otros; por lo mismo, se espera que todos sientan y piensen igual, no se aceptan posiciones diferentes y si se llegan a dar, viene una fractura más severa en la comunicación, como frecuentemente pasa entre la Sra. Karen y su mamá que pasan meses sin hablarse por alguna diferencia o falta de obediencia.

Por otro lado, la Sra. Karen trata de manejar límites más flexibles con sus hijos, pues la dinámica familiar que ella vivió no le pareció correcta, sin embargo esto se le dificulta ya que al vivir en el mismo espacio que su mamá y hermanos, su autoridad muchas veces es anulada y se le exige siga la misma pauta de comportamiento que ya se tiene establecida.

Al ser una familia extensa donde una de las hijas ya tiene a sus hijos, los subsistemas se encuentran entremezclados, se está en uno y en otro a la vez, y

por lo mismo no cumplen su función. La Sra. Karen, que solicitó el servicio, en un momento está en un subsistema fraterno, el cual tiene grandes deficiencias pues no existe relación cordial entre los hermanos y sólo hay imposiciones de los mayores hacia ella; por otro lado, ella misma forma subsistema parental frente a sus hijos, sin embargo éste es compartido por la abuela y los tíos, quienes también se encargan de educar y a veces corregir a los niños.

El subsistema fraterno referido a los niños es el que funciona de manera más adecuada, pues ellos, aunque llegan a pelear, tienden más a apoyarse, a jugar juntos y a tener actividades en común. Tienen una relación estrecha y cálida, por lo que la diferencia no les representa problema y puede ser bien manejada.

Respecto a las alianzas se observa una muy importante entre la Sra. Karen y sus hijos, la que los lleva a tener una relación en la que se apoyan y comparten intereses, además de que tratan de crecer juntos. Esta alianza le sirve mucho a la Sra. para tratar de salir de muchas de las pautas disfuncionales que ha venido repitiendo desde niña, pues ahora considera que no le han servido, y por el contrario sí la han inutilizado.

Por otro lado también se ven aparentemente alianzas entre la abuela y sus hijos solteros, para luego tornarse en coaliciones que buscan anular o incapacitar a la Sra. Karen, la cual ha estado acostumbrada a pensar que no puede por esta influencia tan fuerte de sus hermanos y mamá.

La abuela ocupa un papel de centralidad, ya que la mayor parte de las interacciones de la familia, se desarrollan en torno a ella, además gusta de tener toda la atención y si ésta no es brindada de manera voluntaria trata de exigirla o a veces la consigue a través del chantaje, usando para ello el problema de hipertensión que padece desde hace algunos años. Por otro lado, la hermana mayor tiende también a repetir esta pauta de comportamiento y ella obtiene la atención, el respeto y la obediencia, ocupando en ocasiones también la posición

de centralidad, por ser precisamente la mayor, a la que se le debe, según reglas de la familia, por decreto obedecer sin cuestionar. Ella también ante alguna desobediencia, cuando no consigue las cosas o ve burlada su autoridad principalmente por la Sra. Karen, presenta algunos síntomas como manifestar ataques de ansiedad o que le falta la respiración.

Se presenta como una familia psicósomática, donde los diversos síntomas que presentan tanto la mamá como la hermana mayor, sirven para estabilizar el sistema e impedir que la hermana menor tome decisiones y emprenda su vida por separado junto con sus hijos.

Respecto al ciclo vital de la familia están en la etapa de nido repleto, pues los hijos con 36 y 40 años siguen compartiendo el hogar, no tienen expectativas de vida individual, además se encuentra también la Sra. Karen que con 34 años y dos hijos volvió al hogar familiar desde hace 10 años cuando estaba embarazada de su hijo mayor y continúa ahí.

En este sistema familiar se observan relaciones de complementariedad, en donde la mamá y la hija mayor, y a veces el hermano, mandan y deciden, y la menor obedece y acata lo que le dicen, no cuestiona ni compite por ganar la autoridad, sencillamente se ubica en ese papel complementario y así evita problemas.

En la familia **Tejeda Huerta** pudo percibirse que los temores, la inseguridad, la necesidad de afecto y el sentimiento de culpa que tiene la Sra. Miriam, la han llevado a mantener una relación que aunque no ha sido satisfactoria, le permite desarrollar otra parte que sí la llena plenamente, como es su papel de madre y estar cerca de sus hijos. Por otro lado, se observa que esta relación también ha sido mantenida, como salida a otro de los grandes miedos de la Sra. Miriam, que es estar sola, así parece manejar que quedarse en esa relación, la protege de la soledad.

La preocupación por los hijos y en especial por el mayor debido a sus problemas físicos llevan a la Sra. Miriam a distraerse de sus dificultades de pareja, y a enfocarse en su rol de madre, dejando con ello la posibilidad de lograr la metacomunicación con su pareja. Los conflictos no resueltos y las necesidades no satisfechas dentro de casa y con la pareja, llevan a la Sra. Miriam a ver en otra persona la figura de apoyo y cariño que necesita, con quien inicia una relación sentimental de manera paralela a la que ya tenía establecida.

El Sr. Juan Carlos se ha mantenido en una actitud distante, fría y a veces hasta con demasiado control, utilizada como escudo, para no aceptar en realidad su verdadera dimensión emocional o queriendo quizá protegerse de su misma dificultad para desarrollar relaciones afectivas, sin embargo es una careta que poco le ha servido pues con ella sólo ha alejado a las personas que podrían darle un amor sincero e incondicional.

La infidelidad llega a ser un detonador para hacer visible lo que desde mucho tiempo antes venía funcionando mal entre la pareja, y como toda conducta es comunicación, la Sra. Miriam con esta acción envía un gran mensaje sobre sus necesidades.

Se observa que la pareja fue construyendo una historia con pautas interaccionales conflictivas, donde los miembros de ésta se fueron alejando aún viviendo juntos, manejaban intereses distintos y no lograban una metacomunicación, lo que llevó finalmente a una ruptura de la relación, que quedó evidenciada con la infidelidad.

En la **familia Aceves García**, la Sra. Karen, ha vivido tratando de complacer a su familia, sin lograrlo, lo que ha dejado con fuertes sentimientos de frustración y vacío, que la llevan a sentirse culpable y buscar nuevamente complacer a los demás, lo que la lleva a mantenerse en un círculo de pautas interaccionales defectuosas que no le han permitido crecer sanamente.

Desde pequeña fue asumiendo la versión que la familia le transmitía de “no puedes” y ha aceptado culpas que no le corresponden, lo que la deja atada a una dinámica familiar bastante equivocada, que la limita, minimiza y le resta autoridad ahora en su papel de mamá, en el que ya desea mostrarse de manera más segura, directiva e independiente.

La Sra. Karen ha vivido una vida de apariencias que le ha evitado enfrentarse de manera efectiva al conflicto, y por tanto nunca han aprendido a resolverlo, situación que la ha llenado de insatisfacción y ahora de preocupación pues sus hijos están aprendiendo el mismo patrón y ella ya no quiere que se repita.

El comportamiento agresivo del niño viene a ser la llamada de alerta para la Sra. de que algo en la dinámica familiar no está funcionando de manera adecuada y tiene el propósito de moverla de su papel pasivo y complementario que ha venido desarrollando desde etapas tempranas.

1.3. Análisis y discusión de un tema

La construcción de la realidad desde la perspectiva estructural.

El trabajo desarrollado con las dos familias mencionadas fue a través del modelo estructural, el cual sirvió de marco para crear las condiciones que cada familia requería para facilitar el cambio. Al mismo tiempo se vio que ambas familias presentaban una problemática que se conectaba de manera directa con muchas cosas vividas en el pasado y en la forma en que habían ido estructurando su propia realidad, por lo que surgió el interés de analizar cómo se da esa construcción de la realidad, pero enfocada desde la perspectiva estructural.

En la década de los 60's se dan cambios en la forma de llevar a cabo la terapia, se empiezan a integrar nuevos conceptos y se amplía la mirada, ya no se

ve sólo al individuo sino también su entorno y relaciones. Así, se puede ver que el concepto central de la terapia familiar sistémica, dentro de las que se inserta la terapia estructural, es el de la familia como sistema.

Se tiene que uno de los autores que empezó a contemplar el funcionamiento familiar fue Minuchin, quien analizó este punto cuando trabajaba con jóvenes con problemas de delincuencia, lo cual lo llevó a desarrollar el modelo estructural de terapia familiar.

Minuchin (1989) buscaba nuevas formas de trabajo teniendo en cuenta el marco comunicacional con la familia. En esto tuvo la influencia del grupo de Palo Alto y un gran aporte para todas las terapias sistémicas y por consiguiente para la Terapia Estructural fueron las ideas sobre el funcionamiento de los sistemas plasmadas en la Teoría General de Sistemas de Ludwin Von Bertalanffy. Dicha teoría provee una base fundamental para el trabajo con la familia.

Bertalanffy (1986), señala que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros, lo que lleva a resaltar la idea de que la familia es más que la sola unión de sus componentes, de acuerdo con el principio sistémico de que el todo es más que la suma de las partes. Así, propone que cada elemento debe ser estudiado en relación con la totalidad de la cual forma parte, esto hace que la explicación no sea lineal, sino que por el contrario pasa a ser circular.

La corriente estructural da cabida a la posibilidad de una realidad múltiple, la cual es construida con los otros a partir de los vínculos e interacción. Esta corriente ve posible y beneficioso el trabajar con el campo interaccional, además de que prestará fundamental atención a las secuencias que se dan en éste.

Watzlawick (1992) señala que creer que la visión que uno tiene de la realidad, llega a constituir la realidad misma, puede considerarse como una

peligrosa ilusión, pues al asumirla, podemos quedar en el papel de ciegos y no ver las cosas que pasan enfrente y que forman parte de esa realidad.

Algunas ideas que influyeron en el desarrollo de la terapia estructural fueron la causalidad circular, la conceptualización del doble vínculo y el manejo de la comunicación. Respecto al concepto de causalidad circular se observa que si de alguna manera el ambiente influía en el individuo, también éste influía en el ambiente, de tal forma que el efecto pasaba a actuar como causa de otra conducta y todo se enlazaba en ciertas secuencias repetitivas, y así se daba el mantenimiento de algunas conductas o pautas de comportamiento.

Así, el planteamiento del doble vínculo aparece cuando hay dos personas, una que se comunica con dobles mensajes, y la otra que tiene una serie de conductas que son complementarias al primero y facilita que se perpetúen los comportamientos, lo que lleva a que una conducta empiece a ser parte de una secuencia con otras conductas del medio. Conforme esto, puede verse la construcción de la realidad con los otros, ya que la noción de causalidad circular y secuencias en la comunicación dan pauta para ello, así las conductas de un elemento del sistema influyen en las conductas de los demás.

Desde esta perspectiva estructural, la familia es analizada a través de distintos aspectos y relaciones que le dan forma, tales como: subsistemas, límites, jerarquías, alianzas, coalición, triángulos y territorio, todo lo cual le dará forma a la estructura familiar, y al mismo tiempo generará un tipo de realidad para cada integrante. La corriente estructural ve como fundamental la comunicación que cada uno mantiene con el medio lo que contribuye a definir la estructura.

Minuchin y Fishman (1991) describen los diferentes tipos de subsistemas que se dan en la estructura familiar y que permitirá a cada individuo vivenciar ciertas experiencias y conformar a la vez su propia realidad.

1. Subsistema individual. Se refiere al concepto de sí mismo en un contexto determinado, que incluye los factores personales e históricos de cada individuo. El tipo de interacción con determinadas personas pone de manifiesto algunas características particulares de la personalidad y al mismo tiempo, éstas influyen en los otros. Las personas en cada interacción que establecen, sólo manifiestan algunas de sus características, debido a que cada contexto demanda una faceta distinta del individuo.
2. Subsistema conyugal. Este logra construirse cuando dos adultos de sexo diferente deciden establecer una unión para constituir una familia. En este se debe elegir de manera mutua las pautas que gobernarán su relación, lo cual determinará la forma en que cada uno se visualiza a sí mismo y visualiza al cónyuge en el contexto de pareja. Cuando la pareja tiene hijos debe establecer límites claros que protejan al subsistema de la interferencia de otro subsistema (hijos).
3. Subsistema parental. Este subsistema tiene la función de la crianza de los hijos, así como su cuidado, protección y el proceso de socialización. Dicho subsistema requerirá ciertas modificaciones conforme los hijos van creciendo, para adaptarse a las nuevas necesidades de éstos. Este subsistema puede estar formado de diversas maneras, según el tipo de familia que se tenga, ya que pueden ser los abuelos, tíos e incluso los hermanos mayores quien educan y cuidan a los niños.
4. Subsistema fraterno. Está constituido por los hermanos, quienes formarán el primer grupo de iguales en donde se puede participar. En este subsistema se observa que las interacciones pueden promover la competencia, negociación y cooperación. En este subsistema también se establecen límites claros de tal forma que la interferencia de los adultos, no se dé, a fin de lograr que los niños tengan su privacidad, su forma para

arreglar sus diferencias, y sus áreas de interés, que les de la posibilidad e aprender de sus errores.

Respecto a los distintos subsistemas y el impacto que éstos tienen en la formación de una realidad, el caso de la Sra. Miriam nos deja ver cómo ella, en su subsistema individual se sentía lesionada:

“Sólo me veo como la que está pendiente de todos y la responsable también de todo, no veo nada hacia mi interior, me siento vacía, y es algo que he sentido desde que fui violada a los 15 años. Nunca recibí apoyo, por eso creo que no lo he superado, al grado de que a veces no me gusta la intimidad con mi esposo, pero sí quiero sentirme querida, lo necesito cerca”.

Minuchin (1989), señala que el individuo no crea sus problemas solo, sino a través del tipo de interacción con los demás. Así, se postula que los sistemas familiares se organizan a través de esos distintos tipos de relaciones, que reflejan una dinámica familiar particular e irán desarrollando a la vez características específicas en cada miembro de la familia. Lo cual se pudo observar cuando la Sra. Karen comentaba:

“Yo siento que no soy capaz de hacer muchas cosas, siempre tengo en mi mente “no puedo”, así me lo hicieron sentir desde pequeña, no podía opinar, ni decir lo que quería, o lo que me molestaba, sólo tenía que obedecer y callar y si hablaba sólo era para decir frente a los demás lo que mi mamá quería que dijera, así lo aprendimos todos y lo hicimos desde niños”.

Este fragmento lleva a ver cómo la realidad de la Sra. cuando era niña se fue dando a través de apariencias, aprendió a vivirlas y a representarlas sin que le causara tanto problema, quizá llegaba a incomodarle algo, pero lo aceptaba y veía como normal, sin embargo ahora que ve que sus propios hijos están viviendo la misma situación es cuando percibe que esa dinámica familiar no ha sido correcta ni permite el desarrollo.

Por su parte la Sra. Miriam, reflejando también parte de su pasado y pautas en su familia de origen comentaba:

“ Siempre sentí que los demás no me querían, mis papás me castigaban mucho y me pegaban, me decían que nunca alguien me iba a querer, yo he sentido eso siempre, formé esas

ideas y me han hecho sentir muy mal, por eso cuando decidimos vivir juntos, me fui con él aunque no lo quería mucho, porque pensé que si ahora alguien era amable conmigo, lo menos que podía hacer era corresponder, además yo pensé que con él iba poder salir a fiestas, a paseos y otras cosas que nunca me dejaron en mi casa”.

Esto permite observar que la Sra. fue construyendo una realidad, donde no era merecedora de nada, ni siquiera del cariño de los demás, pues si la principal fuente de afecto, como son los padres, que conforme la perspectiva estructural forman el subsistema parental, no funcionó en este sentido, ella asumió que realmente era algo que le estaba negado.

Se puede ver que ambas señoras de las familias atendidas, tenían actitudes que si se ven en aislado quizá no se les vería el sentido, sin embargo al verlas dentro del contexto familiar toman significado, ya que cada una había formado una realidad particular y conforme a la cual manifestaban ciertas pautas de comportamiento. Entre estas construcciones están también mensajes de género, ya que ambas habían aprendido a callar sus sentimientos, a ocupar un papel pasivo y no externar sus propios juicios, sino seguir solamente lo que les dictaba otra persona con mayor poder.

Socialmente, el poder se ha atribuido de distintas formas, se le ha dado a los padres sobre los hijos, y al hombre sobre la mujer, por lo que en las familias donde el poder se organiza de esta manera, el padre llega a ocupar el lugar de jefe de la familia, cuya tarea principal es ser el sostén económico, por su parte la madre se ocupará de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

El considerar a la familia como sistema implica que siempre los miembros de la misma estarán funcionando en interrelación, donde las causas y efectos son circulares, además que cada familia tendrá características propias de interacción que mantendrán su propio equilibrio y regularán los márgenes de progresos o cambios. Esto lo podemos ver reflejado en el caso de la Sra. Karen quien decía:

“Siempre he vivido queriendo darles gusto, pero resulta que nada les ha parecido, hacía todo pensando en agradarles y resultaba que eso no les gustaba, entonces me sentía culpable y pensaba que yo no podía, al sentirme así me esforzaba por complacerlos más y eso tampoco los satisfacía, y siempre era así, se repetía lo mismo”.

Minuchin (1989) señala que el hombre sobrevive en grupos, por la misma condición humana y que una de las necesidades más básicas del niño es el contacto con la figura de una madre y la función que ésta tiene en la alimentación, protección e instrucción. Ante esto se observa que las dos mujeres de los casos atendidos vivieron la falta de una madre protectora, cercana, que desarrollara lazos emocionales fuertes, lo que les fue creando una realidad que las llevaba a vivir insatisfechas, ya que aprendieron a no opinar, a sucumbir ante el poder del otro y a acatar lo que se les presentaba aunque esto no les llegara a satisfacer.

El mismo autor añade que en los procesos precoces de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantiene a través de los diferentes acontecimientos de la vida. Sin embargo lo que se generó en el Sr. Juan Carlos fue un estilo seco y frío, pues esa era la realidad que se había construido después del abandono de sus padres: *“Conocí a mis papás a los 7 años, porque cuando nació ellos se separaron, nos dejaron y cada uno se fue por su lado, a esa edad ya no puede crecer un cariño, aprendí a ser así, a ver que el cariño y los lazos familiares no importan”.*

El sentido de identidad de cada individuo es influido por su sentido de pertenencia a una familia específica y a diferentes grupos. Así, aunque de pequeños tanto la Sra. Miriam como el Sr. Juan Carlos del primer caso, y la Sra. Karen, del segundo, no tuvieron la protección ni el apoyo de una familia que viera por ellos, las circunstancias más recientes, los llevaron a construir una identidad como padres, quizá como hijos no se pudo construir de manera adecuada, pero actualmente en el papel que las tres personas desempeñaban de ser padres, se

visualizaba un compromiso y una visión de la realidad muy distinta a la que habían formado en la infancia.

Parte de la identidad de cada uno se origina de ser el padre o la madre de determinado hijo y viene a ser tan fuerte que en el caso de la Sra. Miriam, ella optó por dejar a la segunda pareja por preferir estar con sus hijos, así se observa que pesó más esta identidad como madre que establecer algo en el plan de pareja.

Otro punto importante que Minuchin y Fishman (1991) mencionan dentro de la perspectiva estructural, es la existencia de fronteras o límites, éstas ayudan a crear un espacio específico de relación entre las personas, y conforme esto se da también una determinada realidad. Las fronteras pueden ser tanto externas como internas. En el caso de las familias, las fronteras se pueden ver por ejemplo entre abuelos y padres, entre padres e hijos, y entre esa familia y el resto de las personas del barrio. Las fronteras deben ser lo suficientemente permeables para poder mantener una comunicación con el medio circundante, pero a su vez, deben poseer también una adecuada demarcación para que se puedan cumplir con las funciones apropiadamente, sin interferencias.

Estos límites o fronteras, también llevan a conformar un tipo de familia específico, ya sea aglutinada o desligada. Las familias aglutinadas son aquellas que manejan límites difusos en el interior de la misma, donde las funciones muchas veces no queda claro quién las cumple y el estrés producido se difumina por todo el sistema con gran rapidez. Los integrantes de este tipo de familias presentan un exaltado sentido de pertenencia y un abandono de su autonomía.

Como señala Minuchin (1989) estas familias pueden presentar inconvenientes a la hora que tienen que permitir el desarrollo de uno de sus miembros, pues éstos son retenidos para mantener la homeostasis del sistema y los límites con el exterior tienden a ser más rígidos, como sucedió con la Sra. Karen a quien no se le permitía mover hacia ningún lado, no podía decidir ni

siquiera sobre sus hijos y cuando manejaba querer llevárselos, tanto la mamá como la hermana presentaban situaciones somáticas que le impedían concretar su objetivo.

Minuchin (1989) señala también que cuando se transforma la estructura del grupo familiar se modifican de manera consecuente las posiciones de los miembros en ese grupo, y como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.

Conforme este señalamiento de Minuchin, se puede observar que es la estructura la que mantiene las interacciones y éstas son la causa de la queja del paciente o de la familia, por lo que hay que cambiar el funcionamiento de esa estructura, para que con ello se pueda cambiar la experiencia de cada individuo, y el modo como experimenta el mundo, lo que viene siendo su realidad construida a través de esas interacciones.

Referente al punto anterior, se observa que en el caso de la Sra. Karen, y su familia extensa, ella ya había logrado identificar algunos puntos en la dinámica familiar que no le permitían el avance:

“Si lograra librar ese obstáculo de vivir en apariencias, me sería más fácil independizarme y salirme de la casa sin culpa”.

Después del incidente de infidelidad, el Sr. Juan Carlos construye nuevas ideas y con ello otra realidad, ya que se “siente herido en su hombría” pues el subsistema conyugal fue alterado, y manifiesta: “Yo sentía que mi esposa era de mi pertenencia y ver que esto no es así me desajusta mucho, ahora no me permito llevarla a reuniones con mi familia, puedo convivir con ella en la casa, pero llevarla con mi familia que es muy fijada, ya no lo puedo hacer, pues no quisiera un problema con ellos”.

Los subsistemas nos permiten ver cómo se va gestando una realidad para los que los integran y cómo en el caso de subsistema individual, un mismo hecho

puede ser captado y manejado de manera muy distinta, por diferentes personas que ubican conceptos y emociones diferentes:

“Los médicos me dijeron que me tienen que quitar mi matriz, con esto yo me siento muy mal, porque siempre quise una hija, solo tuve hombres, al tener mi matriz pensaba que todavía tenía oportunidad de tener una hija y darle lo que yo no tuve, y me hizo falta como mujer, mucho cariño y confianza con la mamá”

Al respecto del mismo punto el Sr. Juan Carlos comenta:

“Esa operación a ella le ha causado mucho problema, pero yo no lo veo como ella, para mí es algo muy natural, pues la matriz sólo sirve para crear hijos y para crear cáncer, ella ya tuvo hijos, entonces es mejor que se la quiten”.

El modelo estructural permite observar que muchas veces, la forma en que los individuos intentan solucionar sus problemas no es la adecuada, ya que sus ideas y la construcción de la realidad que en ese momento tienen, no les permite visualizar nuevas opciones ni crear alternativas para el cambio.

Si se piensa que la construcción que se tienen de la realidad en un momento determinado, no es la adecuada, ni permite resolver conflictos, entonces la persona se enfrenta a la necesidad de tener que mirar desde otro ángulo y con ello cambiar la construcción que venía haciendo, por tanto, se puede pensar entonces en una realidad múltiple o en un mundo que se puede interpretar de muchas maneras.

La corriente estructural maneja que las personas se relacionan y al hacerlo contribuyen a construir distintas realidades, ya que se habla de sistemas que determinan una visión del mundo, por lo que se puede pensar que hay tantas realidades posibles como personas involucradas en un sistema.

Así el terapeuta a través del trabajo terapéutico, puede estimular junto con el paciente la construcción de una realidad que resulte más satisfactoria y permita el desarrollo en las áreas donde se presenta el conflicto.

1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total

Durante los cuatro semestres de la maestría se obtuvieron experiencias de gran ayuda para el desarrollo de habilidades, una de ellas fue el trabajar con equipo de supervisión, tanto en el papel de observador como de terapeuta a cargo, pues me permitió ver desde otro ángulo la problemática de las familias, así como también me ayudó a integrar nuevos conceptos y ampliar la observación de los diferentes sistemas.

Lo anterior pudo confirmarse con lo vertido por, Desatnik, Franklin y Rubli (2002), quienes señalan que el trabajo terapéutico con equipo de supervisión representa un proceso ciertamente complejo para el cual es necesario reconocer una multiplicidad de visiones acerca de los diferentes niveles implicados en tal proceso, como son: la familia, los terapeutas, los supervisores, los equipos de supervisión, y el mismo contexto en el que se incluye la institución en la que éstos están inmersos.

Los diferentes casos atendidos estuvieron incluidos en un sistema terapéutico total diferente, ya que se cambiaban escenarios clínicos, supervisoras, y en un semestre, también el equipo de supervisión, sin embargo siempre fue enriquecedor escuchar otras voces y poder mirar desde la mirada del otro.

Troya y Aurón (1988) mencionan que el sistema terapéutico total está integrado por la supervisoras, el terapeuta al frente de la familia, los terapeutas que observan y la familia, organizado a la vez en diferentes sistemas tal como sigue:

- sistema terapéutico, formado por el terapeuta y el sistema familiar
- sistema de supervisión, incluye a los terapeutas que observan y al supervisor.
- sistema de terapeutas, incluye al terapeuta, el conjunto de terapeutas que observa y el supervisor

La participación en cada sistema permite jugar un rol determinado y consecuentemente vivenciar las cosas de un modo distinto, ya que se puede experimentar por un lado ser el observador pero también saber que al mismo tiempo se es observado por otro sistema, así como lo señala la cibernética de segundo orden, donde el observador es parte fundamental del fenómeno observado. De esta manera Nardone y Watzlawick (1999) señalan que “si se eliminan las propiedades del observador –quien observa y describe- no queda nada, no hay observación, ni descripción” (p. 37).

Cada sistema permite vivenciar las cosas de manera particular, por lo que es importante desglosar lo experimentado en cada uno de ellos.

SISTEMA TERAPÉUTICO (sistema familiar y terapeuta)

Al incorporar los principios de la Cibernética de segundo orden al trabajo terapéutico, pude notar de manera clara cómo mi participación como observador en el sistema observado, también es a la vez observada por las personas que tuve cada vez como parte del sistema terapéutico.

El trabajo dentro de este sistema se fue dando de manera especial con cada familia, dependiendo de sus propias características, considero que hubo una influencia mutua, yo les transmitía y me observaban como terapeuta, pero también yo los observaba a ellos y sus vivencias llegaban a mí creando nuevas experiencias. Ante esto pude experimentar cómo todos los sistemas son observantes y quien observa es también parte del fenómeno observado, por lo que en mi papel de terapeuta fui observador pero a la vez también observado por la misma familia. Yo influí en el sistema pero también fui influenciado por éste.

Las distintas familias permitieron ir creando un sistema terapéutico en función de sus propias necesidades, algunas veces se hizo necesario intervenir

creando alianzas, en otras ocasiones cuestionando el síntoma y en otras más resaltando lados fuertes y manejando verdades universales.

Desempeñar el papel de terapeuta dentro del sistema terapéutico, fue una experiencia con diversos tintes, por un lado sentí el compromiso con las diferentes familias, por otro había emoción cuando se lograban dar algunos cambios aunque fueran mínimos.

Considero que el sistema terapéutico funcionó de manera adecuada, pues pude percibir un buen acercamiento y entendimiento entre mi papel de terapeuta y las diferentes familias, traté de mantener siempre una visión de todos los subsistemas que conformaban a la familia, manejándolos cuando se hacía necesario.

Para lograr un mejor desempeño, traté de estar atenta al efecto que tenía cada una de las intervenciones que se hacían, pues siempre tuve en mente que el que sabe más del problema es el paciente y si algo no le checa no lo va a llevar a cabo, aunque lo sugiera el terapeuta.

SISTEMA DE SUPERVISIÓN (equipo de supervisandos y supervisor)

Considero que la relación que se dio en los diferentes sistemas de supervisión, que se tenían en función de los días que correspondía el trabajo terapéutico, fue adecuada, pues permitió llevar a cabo sesiones de manera fluida, en las que se daban comentarios y explicaciones que generaban un nuevo conocimiento.

Tomando en cuenta que son distintos escenarios clínicos y las supervisoras cambiaban en función de éstas, se creaba un sistema de supervisión distinto, en algunos con mayor puntualización de ciertos aspectos que requerían ser bien

identificados, y en otros con comentarios generales que se iban retomando para el trabajo con las familias.

Pude percibir conforme a la Cibernética de segundo orden, que todos somos observadores pero a la vez también todos estamos siendo observados, lo que permitió un trabajo más formativo, pues se pudo conocer el punto de vista de los demás, incluyendo a las supervisoras y se vertió también el propio.

En algunas sesiones el trabajo se presentó más enriquecedor, pues las supervisoras facilitaban el análisis y la generación de nuevas visiones respecto al caso manejado, así como la integración de la información y las posibles alternativas.

SISTEMA DE TERAPEUTAS (sistema de supervisión y terapeuta)

Al tener diferentes supervisoras para la atención de las familias, se fue creando también un sistema de terapeutas distinto para cada caso, lo que me ayudó a formar un esquema de trabajo más versátil, a entender algunas cosas en esa nueva función de terapeuta en relación con un equipo de supervisión y las supervisoras y a crear nuevas posibilidades y habilidades en mi persona.

El trabajo dentro de los equipos de supervisión fue muy interesante para mí, pues estar ya a cargo de la familia y tener un equipo atrás, fue una experiencia que le daba a la sesión y al mismo trabajo un tinte diferente al que yo conocía, y me permitió enriquecer mi actuar y mi desempeño como terapeuta, ya que como señalan Boscolo y Bertrando (1998) si el terapeuta en lugar de formular una hipótesis con sus propias ideas o prejuicios y desde su propio lugar de observación, intenta imaginar y relacionar posibles hipótesis de otros miembros del sistema del cual forma parte, puede construir una hipótesis más compleja, ya que a través de las múltiples voces se construyen diversas hipótesis e intervenciones.

Considero que el sistema de terapeutas, ofreció distintos niveles de desarrollo, por una parte, el sistema de supervisión me permitió mirar desde otros ángulos la problemática de las diferentes familias y pude encontrar experiencias que aunque a veces no fáciles de asimilar, podían formar nuevas pautas para el trabajo profesional. Por otra parte, se pudo observar que el manejar una relación continua con un equipo, aunque no fue fácil por la diversidad de opiniones y visiones, permitió crecer también a nivel personal, ya que ayudó a visualizar otros aspectos, que en lo individual quizá no se habían observado, desarrollando así nuevas habilidades, todo lo cual finalmente será vertido en el contexto terapéutico.

En los distintos sistemas de terapeutas que se formaron en función de las supervisoras, considero que hubo recursos para dar a las familias posibilidades de cambio, el trabajo se fue llevando tomando en cuenta las necesidades de cada caso y las características de cada miembro de la familia, así yo estaba como terapeuta a cargo, pero la familia podía recibir las aportaciones del equipo de supervisión.

SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL (Sistema terapéutico y sistema de supervisión)

El sistema terapéutico total permite ver que todos los participantes son afectados a la vez igualmente por todos, hay una influencia multidireccional, ya que conforme a la cibernética de segundo orden uno puede influir en el ambiente, pero también éste influye en nosotros; así mi papel de terapeuta estuvo desarrollándose conforme la influencia de los distintos elementos del sistema, en los cuales considero que también ejercí cierta influencia, ya que por el mismo contacto continuo algo se va generando.

Fue una experiencia bastante enriquecedora el ver que realmente no existe la no influencia, y que cada uno de los integrantes de este sistema terapéutico total (familia, terapeuta, equipo de supervisión y supervisora) son afectados de alguna manera, ya que se van viendo diferentes cosas: se aprende algo, se

desarrollan nuevas habilidades, se visualizan estrategias diferentes, se conocen nuevos constructos, se identifican personalidades, se detectan necesidades y se aprende a reflexionar bajo una línea distinta.

Troya y Aurón (1988) señalan que un integrante del equipo, sin importar qué papel ocupe dentro del sistema terapéutico total, tiene diversos roles o funciones, ya que puede ser supervisor en un sistema, pero al pasar a otro, puede ser ya el terapeuta y estar siendo supervisado, lo que permite ver que el papel que cada miembro del equipo ocupe proporciona diferentes visiones y experiencias.

Considero que hubo un intercambio continuo de información, la cual entraba y salía de los distintos subsistemas dentro de este sistema terapéutico total, generando cambios aunque fueran mínimos, en cualquiera de los participantes, incluyendo al terapeuta, que también percibo es influenciado por todos los comentarios del sistema, a partir de los cuales se da la posibilidad de mayor crecimiento.

El trabajo realizado dentro del sistema terapéutico total con los diferentes estilos de supervisión permitió aprender que la realidad terapéutica se construía con las puntualizaciones y descripciones de cada integrante del equipo, así como con las voces de las supervisoras que siempre ayudó a ver más allá de lo que en un primer momento se podía observar y permitió llevar a cabo un trabajo terapéutico acorde a cada familia.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.

2.1. Reporte de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa.

A) INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

HISTORIAS DE VIOLENCIA Y RESILIENCIA.

El presente trabajo buscó encontrar aquellos factores protectores que fueran significativos para permitir que surgieran historias alternativas a la violencia.

Boris Cyrulnik (2001) menciona que la resiliencia es la posibilidad de salir fortalecidos después de algún trauma y se enfoca en observar aquellas condiciones que posibilitan abrirse a un desarrollo más sano y positivo a pesar de estar en condiciones de alto riesgo. Para Kotliarenco, (1996), los factores protectores adquieren la función de protector en su interacción con el medio en momentos determinados de la vida de las personas.

Para la realización de la presente investigación, se contemplaron los reportes de padres e hijos adolescentes para investigar, por un lado, las diferencias entre las historias de violencia a las que había estado expuestos los padres en relación con las que tuvieron sus hijos durante la infancia, y por otro, identificar los factores protectores que pudieran haber ayudado a los padres a resolver sus historias de violencia y los factores protectores con los que cuentan sus hijos en la actualidad.

El objetivo del estudio fue determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las historias de violencia de los padres y las de los hijos, así como entre los factores protectores y de riesgo.

HIPOTESIS

- Los padres con historia de violencia en la infancia, que tuvieron a su alcance factores protectores, no ejercen violencia con sus hijos.
- Los padres con historias de violencia en la infancia, que no tuvieron a su alcance factores protectores, ejercen violencia con sus hijos.
- Los padres que no tienen historias de violencia en la infancia, y tuvieron a su alcance factores protectores, no ejercen violencia con sus hijos.
- Los padres que no tienen historias de violencia en la infancia, y no tuvieron a su alcance factores protectores, no ejercen violencia con sus hijos.

METODO

Participantes

La muestra estuvo integrada por dos grupos, cuya participación fue voluntaria. El primero compuesto por 92 adolescentes, el cual contaba con un promedio de edad de 14 años. Dicho grupo estuvo constituido por 50% hombres y 50% mujeres, el 44% era el primogénito y el 30% el segundo hijo.

El segundo grupo de la muestra estuvo compuesto por 70 padres de familia, con un promedio de edad de 40 años, y en el que el 40% eran hombres y 60% mujeres. El nivel de estudios fue de 10% primaria, 10% licenciatura, 20% preparatoria, 27% secundaria y 33% carrera técnica. El promedio de unión con la pareja fue de 19.53 años y el promedio de hijos fue de 3. Su participación fue voluntaria y el único criterio de inclusión fue que vivieran con el adolescente.

Instrumento

Se utilizaron dos cuestionarios en escala Lickert elaborados especialmente para este estudio, uno dirigido a adolescentes y otro a padres de familia. Ambos basados en el Inventario de Potencial de Maltrato Físico Infantil (I.P.M.F.) diseñado y validado en forma preliminar en Chile por Aracena et al. (2000). Dichos cuestionarios estaban distribuidos en 8 secciones, tal como sigue:

1. Historia de origen.

2. Estrategias de solución de conflictos durante la infancia.
3. Eventos estresantes.
4. Interacción padre-hijo.
5. Estabilidad emocional.
6. Expectativas respecto a las conductas adecuadas en los hijos.
7. Percepción de características negativas en los hijos.
8. Redes de apoyo.

Diseño y variables

El diseño empleado fue susceptible a la diferencia entre sujetos, transversal con dos grupos no equivalentes. Se tomó como variable independiente el estatus en la familia (padre de familia o hijo) y como variables dependientes los resultados en las diferentes secciones del cuestionario.

Resultados

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para las variables de historia de origen negativa, estrategias negativas para resolver problemas durante la infancia y redes de apoyo en la actualidad. Una de las variables que no muestran diferencias estadísticamente significativas es la referente a la interacción positiva que mantienen padres e hijos, lo cual indica que en esta variable, tanto padres como hijos evalúan positivamente su relación.

En lo que respecta a la historia de origen negativa tanto padres como hijos reportan en mayor frecuencia recuerdos positivos en lo que respecta a su infancia, y de entre ellos son los hijos los que reportan un mejor recuerdo de su niñez. También se observó que los padres que vivieron estrategias negativas en un nivel medio, mejoraron las estrategias en cuanto a su labor de educadores, lo cual se pudo ver como un factor que podría estar influyendo en las historias de origen positivas en los hijos.

Los padres del presente estudio, reportaron tener expectativas altas respecto a los hijos, pero no mostraron tendencia al maltrato. Las diferencias significativas entre las redes de apoyo con las que cuentan los padres y los hijos se vieron como un factor protector, ambos grupos reportaron contar con una buena red de apoyo, sin embargo los hijos señalaron contar con una red de apoyo más extensa en comparación con los padres, lo que indica mejores posibilidades de enfrentar situaciones de violencia fuera de casa.

Los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas en historia de origen y estrategias de solución de conflictos en la infancia, así como en redes de apoyo, por lo que se pudo concluir que el factor protector de mayor peso para generar historias alternativas a la violencia son las redes de apoyo con las que cuentan tanto hijos como padres en la actualidad.

B) INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

LOS SIGNIFICADOS EN TORNO A .HISTORIAS DE VIOLENCIA Y LA LIBERACIÓN DE SUS EFECTOS.

Los significados o explicaciones que se dan a las experiencias de violencia, así como las soluciones a las que se tiene acceso, conforman la identidad de la víctima, a partir de la cual las experiencias de violencia se expresarán en las conductas que lleven a cabo las personas.

En el presente estudio se realizó una historia de vida para investigar los significados que daba a las experiencias de violencia durante la infancia una madre de familia que con anterioridad había reportado haber sido agredida por su madre y que reportaba mantener una relación no violenta con su hija adolescente. A través de la entrevista a profundidad semiestructurada se investigó cómo esta persona se había explicado las acciones sufridas.

Se consideró que cuando las personas acceden a significados desde la libre elección, a partir de las interacciones con redes de apoyo, logran desarrollar identidades fortalecidas, es decir, desde la definición que hace Boris Cyrulnik (2001), se trata de personas resilientes, pues logran salir fortalecidos después de una experiencia traumática.

Se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué significados se han construido sobre la violencia hacia los hijos a partir de la historia de origen violenta y la experiencia con redes de apoyo en diferentes etapas del desarrollo? y ¿qué relación con los hijos en la actualidad se ha formado a partir de estos significados?

Puesto que se consideraba importante los significados asignados a la experiencia de violencia a lo largo de la vida, se llevó a cabo una historia de vida única, pues de acuerdo a Montero (1990) a partir de ésta se puede analizar un problema sin que necesariamente implique que la historia representa a todas las personas en las mismas condiciones.

Para obtener y analizar la información de la presente investigación se elaboraron cinco categorías (recuerdos agradables, recuerdos desagradables, estrategias de solución de conflictos, eventos estresantes y redes de apoyo) aplicadas a tres etapas de la vida (niñez, adolescencia y adultez), quedando en total quince categorías.

Durante la investigación y a través de toda la información proporcionada por la persona entrevistada, se pudo observar que ella logró hacer cambios importantes en sus construcciones y significados respecto de la violencia y su percepción de la misma en relación con los hijos, de tal forma que se puede decir que aprendió a desarrollar una personalidad resiliente, demostrando que las situaciones adversas pueden ser minimizadas a través de factores protectores como son las redes de apoyo.

Los factores protectores así como sus propios recursos internos, le permitieron reconocer y aprovechar un estilo de interacción afectivo con personas de su entorno, lo cual facilitó que pese a haber sufrido situaciones de violencia, la señora pudiera rescatar un aprendizaje que posteriormente le determinaría su proceder y desempeño en su rol de madre.

Con el propósito de contrastar resultados y obtener conclusiones más específicas se hizo una triangulación de datos, por una parte se consideraron las respuestas de los cuestionarios aplicados en el estudio cuantitativo, tanto de la señora entrevistada como de su hija y por otra la información vertida en la entrevista por la señora.

Toda esta información nos permitió observar que efectivamente el efecto negativo de las situaciones de violencia que vivió la mamá, pudo ser contrarrestado por el peso tan importante que tuvieron en ella las diferentes redes de apoyo, lo que le ha permitido ahora en su rol de madre no repetir los mismos esquemas que ella tuvo en la infancia; situación que se vio cotejada por las respuestas de su hija en el cuestionario, referentes a estrategias de solución de conflictos y relación con la madre.

En la información vertida en la entrevista, la señora señalaba que los hijos deben tener criterio propio y ejercer su libre albedrío, lo que dejaba ver significados adecuados respecto al desarrollo individual y una capacidad para respetar al otro. También se observó la importancia de las redes de apoyo, que la señora definía como tener personas que puedan estar cercanas, entender y dar protección.

Las conclusiones a las que se pudo llegar al haber hecho la historia de vida y contrastar la información encontrada en los cuestionarios tanto de la hija como de la señora entrevistada, es que efectivamente los factores protectores cobran especial importancia en el desarrollo de una persona y para la construcción de

significados, lo que permitirá a la vez un desempeño mejor y más cálido en las diferentes relaciones.

Los factores protectores, en especial las redes de apoyo, permiten adquirir confianza en sí mismo, ya que proviene del modo en el que la persona ha sido amada y protegida durante los primeros años de vida. Conocer y percibir que los apoyos pueden generar fuerza es un aprendizaje que ayuda en el desarrollo de los niños y puede establecer nuevos patrones de comportamiento.

Otra conclusión que surge de la entrevista es referente a las opciones de perdón, renuncia y reconciliación, donde la señora logró mediante las experiencias con redes de apoyo, y desde una postura de la libre elección, dar otro significado a los eventos vividos y llegar a manejarlo de una manera que ya no la lastimara.

Los resultados mostraron un cambio de significado sobre la violencia, desde el entenderlo como resultado de las características de la víctima a verlo como déficit en la personalidad del agresor y resultado de su historia de desarrollo. Por otro lado se corroboró el trabajo de las redes de apoyo para el cambio de significados que permitieron a la persona solucionar el trauma desde una libre aceptación en contraposición con imposiciones de discursos culturales dominantes.

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

3.1. Elaboración y presentación de productos tecnológicos.

Como parte de las actividades de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se elaboraron diversos videos y manuales, donde con casos simulados y llevados a cabo por el equipo de terapeutas en formación, se exponían las diversas técnicas de los diferentes modelos manejados en la Terapia Familiar Sistémica.

Los productos realizados además de transmitir las técnicas, permitieron que cada uno como terapeuta en formación se observara, se evaluara y detectara puntos débiles para que poco a poco se pudieran manejar y trabajar a fin de que no se presentaran en el ejercicio profesional, ya que las técnicas aunque pudieran parecer fáciles requieren un análisis detallado y un buen manejo para realmente ser efectivas.

Realizar los productos tecnológicos, permitió a cada uno de los integrantes del equipo empezar a manejar de manera más directa las diferentes técnicas con que cuentan los modelos, hacer comparaciones entre ellas, ver la efectividad de cada una e ir eligiendo aquellas con las que cada uno se sentía más cómodo al llevar a cabo su ejercicio como terapeuta.

Durante el transcurso de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar pudieron elaborarse los siguientes productos tecnológicos:

- a) Manual de Técnicas del Modelo Estructural
- b) Manual de técnicas del modelo de Terapia Breve centrado en problemas
- c) Manual de técnicas del modelo de Terapia Breve centrado en soluciones
- d) Video de técnicas del Modelo Estructural
- e) Video de técnicas del Modelo Estratégico

- f) Video de técnicas del modelo de Terapia Breve centrado en problemas
- g) Video de técnicas del modelo de Terapia Breve centrado en soluciones

Los diferentes manuales realizados de cada uno de los modelos se elaboraron contemplando los antecedentes, fundamentos teóricos, estrategias y técnicas, así como diseñando ejemplos prácticos de cada una de las técnicas para su mejor entendimiento, lo cual también permite que sean un documento de consulta para todos aquellos estudiantes o personas interesadas en conocer los diferentes modelos de terapia familiar.

Un manual práctico ayuda mucho cuando un terapeuta está en formación ya que puede tener a la mano, de manera accesible la información sobre sus herramientas de trabajo, las cuales le permitirán llegar a los objetivos esperados; por ello haber elaborado este producto resulta muy provechoso, ya que se cuenta con un material que se podrá utilizar en el posterior ejercicio profesional.

Los videos se llevaron a cabo teniendo una duración aproximada de 30 minutos y en ellos participaba un equipo conformado por 5 personas, las cuales iban ocupando el papel tanto de pacientes o clientes como de terapeutas en casos simulados que el mismo equipo planteaba.

Estos videos ayudaron a experimentar las técnicas con diferentes casos, que aunque simulados permitían el desarrollo de la técnica y el manejo de ésta por parte de la persona que fungía como terapeuta.

Estos productos tecnológicos forman a la vez evidencia de las habilidades que se desarrollan a través del programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar que permite que el estudiante desarrolle una amplia gama de posibilidades para su ejercicio profesional.

3.2 Programas de intervención comunitaria.

Durante la maestría en Terapia Familiar se llevaron a cabo diversos programas de intervención comunitaria, los cuales permitieron un contacto más estrecho con la gente, haciéndoles llegar información y ayudando a esclarecer dudas sobre algún tema en especial, de tal forma que lograran una mejor calidad de vida y una relación familiar más satisfactoria.

Estos programas fueron desarrollados siguiendo los lineamientos que se estipulaban en las actividades de la maestría, y en algunos otros casos, se diseñaron conforme las necesidades de la población. Dichos programas consistieron en talleres y conferencias que se impartieron básicamente en dos sedes, obteniendo muy buena respuesta por parte de los padres de familia, quienes se mostraron entusiastas y receptivos ante la información proporcionada, además de mostrar gran participación en todas las actividades diseñadas.

Gran parte de las actividades fueron desarrolladas en el Jardín de niños “Reino de Simba”, ubicada en el Estado de México y otras en la Supervisión Escolar No. 27 de nivel preescolar del municipio de Zumpango, también en el Estado de México.

Las actividades que se llevaron a cabo en el Jardín de niños “Reino de Simba” fueron:

1. **Taller de Comunicación no Violenta**, con duración de 6 horas, distribuidas en dos sesiones de 3 hrs. cada una, realizado con los padres de familia y llevado a cabo en el mes de octubre de 2005. Este taller tuvo como objetivo que los participantes conocieran el modelo de “comunicación no violenta” del Dr. Marshall, a fin de lograr establecer una comunicación efectiva con todas las personas de su entorno.

A petición de las autoridades de la escuela, este taller se volvió a impartir en el mes de mayo de 2006 para otro grupo de padres de familia.

2. **Ciclo de conferencias sobre “Desarrollo integral del niño”**, dirigido a padres de familia, impartido durante el mes de marzo de 2006, con un total de 10 horas, distribuidas en 5 conferencias con diferentes temas relativos al título del ciclo.

Este ciclo de conferencias tuvo como objetivo brindar información detallada a los padres sobre el desarrollo del niño, a fin de ayudarlos en su labor como padres y educadores y facilitar su desempeño diario en la educación de sus hijos.

3. **Taller “Familias exitosas”**, se impartió durante el mes de agosto de 2006, estuvo dirigido a los padres de familia y tuvo una duración de 6 horas, distribuidas en dos sesiones de 3 hrs. cada una y el objetivo fue brindar información a los padres sobre la manera de generar sistemas familiares más enriquecedores.

4. **Conferencias “Formación de límites y reglas en los niños” y “Relaciones positivas”**, se impartieron en el mes de octubre de 2006, fueron dirigida a los padres de familia de alumnos del jardín de niños y tuvieron una duración de 2 horas cada una.

El objetivo de la primera conferencia fue proporcionar información útil y práctica que sirviera a los padres de familia, para desarrollar límites dentro del sistema familiar. Para la segunda fue proporcionar información sobre la importancia de las relaciones adecuadas y positivas dentro del contexto familiar para generar con ellas un crecimiento en los hijos y en ellos como padres.

5. **Conferencias “El bienestar emocional de la mujer”, “La importancia del vínculo familiar en el desarrollo infantil” y “Pareja y familia”,** impartidas en el mes de marzo de 2007, en un evento denominado “Expo-mujer” organizado por particulares, con la invitación por parte del Jardín de niños, para hacer llegar a la mujer información y productos que le pudieran ser útiles.

Las actividades que se llevaron a cabo en la Supervisión Escolar No. 27 del municipio de Zumpango, en el Estado de México fueron:

- 1.- **Taller “Los efectos de la violencia intrafamiliar”,** dirigido a padres de familia de diferentes escuelas de nivel preescolar. Este taller fue impartido en el mes de marzo de 2007, tuvo una duración de 6 horas, divididas en dos sesiones y el objetivo fue brindar información a los padres de familia sobre la historia de la violencia familiar, sus efectos y repercusiones en el desarrollo de los niños.
- 2.- **Taller “Cómo desarrollar hábitos en los niños”,** llevado a cabo en el mes de abril de 2007, dirigido a padres de familia de diferentes planteles de nivel preescolar, con una duración de 6 horas e impartido en dos sesiones. Este taller tuvo como objetivo proporcionar estrategias a los padres de familia que les permitan desarrollar hábitos en sus hijos desde la etapa preescolar.
- 3.- **Taller “Comunicación no violenta”,** impartido en el mes de mayo de 2007, dirigido a padres de familia de alumnos de nivel preescolar, con una duración de 6 horas distribuidas en dos sesiones. El objetivo fue que los participantes conocieran el modelo de “comunicación no violenta” del Dr. Marshall, a fin de lograr establecer una comunicación efectiva con todas las personas de su entorno.

3.3. Asistencia y presentación en foros académicos.

Durante el curso de la maestría pude asistir a diferentes eventos que apoyaron y reforzaron la preparación académica recibida en la misma, en los que además se dio la oportunidad de tener contacto directo con personalidades importantes y con gran trayectoria dentro del ámbito de la terapia familiar, de los que se pudo aprender mucho, pues transmitían sus conocimientos y experiencias de manera clara y fluida.

Todos los eventos fueron sumamente útiles y permitieron reforzar lo que teóricamente se conocía mediante las lecturas hechas en los diferentes semestres de la maestría. Enseguida los diferentes eventos y tipo de participación:

1. Asistencia al taller “Dialogo estratégico Aplicado” impartido por el profesor italiano Giorgio Nardone, en el mes de enero del 2006 en las instalaciones del Centro Universitario Dr. Emilio Cárdenas (CUDEC).
2. Asistencia al taller “Nuevas reflexiones acerca de la Terapia Familiar”, impartido por el Dr. Salvador Minuchin, en el mes de mayo del 2006, a través del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C. (ILEF).
3. Asistencia al taller “Dilemas e innovaciones en la Terapia de Pareja”, realizado por el Grupo Campos Eliseos, en el mes de mayo del 2006.
4. Asistencia y participación como ponente en la 1ª. Jornada de Salud Mental para Profesionales en la Clínica, llevada a cabo en el mes de junio de 2006, a través del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), del municipio de Tultepec, Estado de México, presentando la ponencia “Factores de protección y Resiliencia”.

5. Asistencia y participación como ponente en el 2º. Congreso Resiliencia México 2006, en el que presenté la ponencia “Los significados en torno a historias de violencia y la liberación de sus efectos”, llevado a cabo en el mes de noviembre de 2006, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
6. Asistencia al Seminario de Terapia Familiar “El lenguaje Sistémico”, impartido por el Dr. Luigi Boscolo, llevado a cabo en la Ciudad de Guadalajara en el mes de septiembre de 2006.
7. Asistencia al ciclo de conferencias. Terapia Sistémica de Pareja, impartido en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, llevado a cabo durante los meses de abril y mayo de 2007.
8. Asistencia al curso de Desarrollo Humano impartido por la Asociación para la Superación de México, A.C. (ASUME), durante los meses de mayo y junio de 2007.

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.

4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

La práctica profesional exige del psicólogo un comportamiento basado en principios éticos, que le permitan llevar a buen término y de manera adecuada su trabajo. Es por ello que en el ejercicio de esta disciplina tan importante, uno como profesional debe de poner el mayor cuidado y tener en mente siempre el papel que desempeñamos frente a los individuos y a la sociedad en general.

El Código Ético del Psicólogo, publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2004), expone las normas para el trabajo profesional del psicólogo,

con las que busca garantizar el bienestar de todos aquellos individuos o grupos que requieran este servicio.

Conforme el código, el psicólogo debe demostrar en su desempeño profesional algunas características como son: precisión, honestidad, apertura, sinceridad, máxima objetividad y un mínimo de sesgo o prejuicio. Respecto a esto una parte importante del ejercicio profesional que nos tocó desarrollar y que entra en la dimensión ética es explicarles a los pacientes la forma de trabajo que se tiene contemplada para la Terapia Familiar, la modalidad de la grabación y del equipo de supervisión, así como solicitar su consentimiento.

Para trabajar de manera precisa, y no faltar a los principios éticos de nuestra profesión es necesario mantenernos actualizados y bien preparados, asumir una postura de compromiso y proporcionar servicios únicamente en aquellas áreas en las cuales poseamos una adecuada formación profesional, justificada con entrenamiento y preparación académica.

Se hace necesario, poner atención en la persona del terapeuta, pues es sumamente importante que uno conozca su propio sistema de creencias, sus valores, sus necesidades y limitaciones, así como la forma en que estos influyen en nuestra actividad profesional. También en nuestra práctica profesional debemos evitar presiones de tipo personal, social o de cualquier otro tipo que puedan llevar a una utilización indebida de los servicios profesionales o de la influencia que podemos tener como agente de cambio. Por otro lado tenemos la obligación de informar a los usuarios de nuestros servicios acerca del tipo de ayuda que se va a prestar, las expectativas, los costos, los alcances y limitaciones del trabajo.

Como psicólogos tenemos una responsabilidad profesional que es contribuir a lograr una mejor calidad de vida para todas las personas, con ayuda de los conocimientos y técnicas ya probadas. También tenemos una responsabilidad

social que se refiera a aportar conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad.

Un punto crucial en nuestra práctica profesional es la obligación de respetar el derecho de las demás personas a poseer valores, actitudes y pautas de comportamiento que sean diferentes a las propias y cuidar que esto no interfiera negativamente en el desarrollo de nuestro trabajo, lo cual siempre estuvo presente en el desarrollo de todos los casos atendidos.

En nuestra labor estamos obligados a guardar la información proporcionada como secreto profesional, lo cual se les hizo saber desde el primer momento a todos los pacientes con los que se trabajó durante la maestría. Sin embargo se debe también tener en cuenta que esto puede ser violado en aquellas ocasiones en las que la información conlleva un peligro evidente para el paciente, la familia o la sociedad; situación que afortunadamente nunca se presentó con los pacientes atendidos.

Se sabe y se tiene muy claro que los materiales clínicos sólo pueden utilizarse con fines didácticos y pueden obtenerse previo consentimiento escrito de las personas involucradas. Esto siempre se llevó a cabo con todos los pacientes atendidos, quienes en todo momento aceptaron el sistema de trabajo y lo autorizaban por escrito. Por otro lado tenemos que garantizar la confidencialidad de los documentos, incluyendo informes, evaluaciones diagnósticas, sesiones de terapia, o lo que tengamos en nuestro poder, los cuales no debemos olvidar que deben conservarse en las condiciones adecuadas de seguridad y confidencialidad.

Se debe tener muy en cuenta, y se hizo con todos los pacientes atendidos, que los juicios que demos y las acciones profesionales que tomemos, pueden afectar la vida de otras personas, no sólo de las que tenemos en sesión, sino de

los que los rodean, por lo que es preciso cuidar de manera rigurosa cada intervención a fin de evitar un daño a los demás.

Aunque el trabajo que se brinda, se proporciona como parte de nuestra propia formación, se hizo necesario hacerle saber al paciente, que éste tenía un costo, por lo que la cuota de recuperación fue dada a conocer desde el principio, lo cual siempre se fue dando así con todos los pacientes atendidos durante la maestría.

El programa de la maestría, establece el trabajo terapéutico bajo supervisión, lo cual debe ser comunicado al paciente desde el principio y tomar su autorización. Una parte importante también dentro de nuestro trabajo y que se contempla en el código ético, es que debemos tratar de contestar todas las preguntas razonables del consultante, utilizando el lenguaje apropiado y con el mínimo de tecnicismos que sea posible, situación que también fue dándose de manera adecuado en los casos atendidos.

Se tiene que, en los casos de terapia de pareja y/o de familia, debemos definir desde el comienzo del proceso terapéutico quién es el paciente o los pacientes, y la relación que vamos a tener con cada uno de ellos. Es preciso evitar conflictos y alianzas inapropiadas con alguno de los miembros de la familia y/o pareja.

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

El Programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, permite desarrollar diversas habilidades desde el inicio, ya que la forma en como está estructurado, ofrece al alumno la oportunidad de participar desde el primer semestre en el trabajo terapéutico a nivel de observador. Esta situación permitió desarrollar habilidades de análisis desde una perspectiva bastante favorecedora, pues uno puede analizar el caso, pero también está la posibilidad de analizar el trabajo y relación del terapeuta frente a la familia y el caso. Lo que lleva a abrir la visión sobre lo que uno tiene o hace en el ejercicio profesional.

Conocer los diferentes modelos de Terapia Familiar fue sumamente enriquecedor, ya que abrió un abanico de posibilidades para el trabajo con las familias y sus diversas problemáticas. De igual forma el poder aplicarlos y usar sus diferentes técnicas, permitió un mejor manejo del proceso terapéutico.

El trabajo con equipo de supervisión fue un elemento más que dotó de nuevas habilidades y competencias, pues se pudo ser sensible a las voces de los demás y se fueron integrando conceptos y posturas que posiblemente en lo individual no se hubieran podido desarrollar. En este punto considero que la supervisión permitió reconocer los puntos débiles y fortalecerlos para desempeñar con éxito el trabajo profesional.

La gran cantidad de horas de práctica, y los diferentes escenarios, permitieron llevar a un terreno más palpable, toda la información teórica y consolidar al mismo tiempo una gran cantidad de conceptos, dándoles una función dentro del trabajo con las diferentes familias. Por otro lado, el contar con diferentes supervisoras, también ayudó a crear otras habilidades, ya que impulsaban a

realizar lo que quizá antes no se había hecho.

2. Incidencia en el campo psicosocial.

Los conocimientos adquiridos durante la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, permiten que el ejercicio profesional tenga gran importancia en una sociedad como la actual, donde las familias mexicanas se encuentran en grandes y graves procesos de transformación, y por ende todos sus integrantes se ven afectados.

Durante la práctica clínica se pudo observar que los problemas de las familias son diversos, pueden ser debido a las transiciones por las diferentes etapas del ciclo vital, dificultades en la comunicación, fallas en la estructura familiar y otros, los cuales pueden ser abordados de manera efectiva mediante los diferentes modelos de la terapia familiar sistémica y con el desarrollo de habilidades y competencias que el programa de la maestría deja en cada uno de los estudiantes.

Al tener la posibilidad de estar en contacto con la gente, como fue al momento de desarrollar la parte de trabajo comunitario, se observaron las grandes preocupaciones de muchas familias y la gran necesidad que tienen de contar con un servicio que les ayude a resolver su problemática, por lo que se pudo observar que el trabajo profesional que puede desarrollar el egresado de la maestría en Terapia Familiar Sistémica, resulta muy útil en una sociedad como la que actualmente se tiene.

Las condiciones políticas, sociales y económicas de nuestra sociedad, son muy diferentes a las de hace algunas décadas, lo cual repercute de manera directa en la dinámica de las familias, propiciando cambios en su composición, funciones y permanencia, afectando así el desarrollo de cada uno de los miembros y alterando o modificando su tipo de relación con los demás. Situación esta que

puede ser percibida y manejada por el profesional en psicología y más si ha sido entrenado en todas aquellas competencias útiles para adentrarse a ese medio familiar y descubrir el entramado que rige a todo sistema.

Por todo lo anterior el psicólogo debe tener muy presente y claro el gran compromiso que tiene ante una sociedad, por lo que el ejercicio profesional siempre debe hacerse con gran responsabilidad.

3. Reflexión y análisis de la experiencia.

La experiencia vivida a lo largo de toda la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de nuestra Universidad Nacional Autónoma de México, fue bastante enriquecedora y fructífera, pues me permitió conocer otros aspectos del ejercicio profesional y nuevas modalidades para llevar a cabo el proceso terapéutico.

Haber vivido una formación enmarcada en un programa que conjunta de manera efectiva y precisa la teoría y la práctica, resulta ser muy útil tanto para el profesional que se inmersa en estos contenidos, como para los individuos que requieren de los servicios de éste, ya que uno puede desarrollar nuevas habilidades y por otra parte, la persona que requiere de nosotros, puede recibir una atención de mayor calidad y profesionalismo.

Lo vivido durante los cuatro semestres de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, se traduce en una formación integral, pues nos dota de herramientas y habilidades que pueden ser utilizadas en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, siempre ajustándonos a las necesidades de los pacientes y no perdiendo de vista sus particularidades, para que en función de ellas hagamos las intervenciones más pertinentes y utilicemos las técnicas que mejor se ajusten al caso en cuestión.

El trabajo de las supervisoras fue un elemento más de gran importancia

dentro de la formación en la maestría, pues siempre sirvió de guía para desarrollar en el terapeuta, lo que hiciera falta, ampliar lo que era necesario o abandonar algunos esquemas personales que no eran útiles en los casos tratados. Esta situación permitió un crecimiento tanto en lo personal como en lo profesional, que poco a poco pudo ser reflejado en la atención de las familias, obteniendo con ello una doble satisfacción, por un lado, por el logro obtenido en el trabajo con las familias y por otro, por la nueva visión que se tenía de uno mismo.

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

El trabajo realizado frente a las familias durante todo el curso de la maestría, también requirió un trabajo a nivel personal, a fin de dar atención a la persona del terapeuta, pues este siempre trabaja cargando sus propias ideas, valores, creencias y emociones, mismas que se ven involucradas en el ejercicio profesional, y que de no cuidarse pueden afectar nuestro servicio y nuestro mismo bienestar. La formación y preparación en la maestría, permite ver que la organización y los varios elementos involucrados, (equipo, sedes, supervisoras, familias, etc.) ayudan a abrir la visión y poner atención en la persona del terapeuta, a fin de se encuentre siempre en armonía consigo mismo y que en el ejercicio profesional, no salga afectado, ni afecte el curso de la terapia.

El trabajo con las supervisoras, siempre fue una invitación a mirar hacia adentro, a ver qué se movía en nosotros mientras desempeñábamos la función de terapeuta, lo cual sirvió para percatarnos de que efectivamente es necesario cuidar todos los aspectos que a veces parecen sin importancia pero que puedan modificar la función de uno y el mismo trabajo.

El campo de trabajo para el profesionista de Terapia Familiar representa siempre nuevos retos, pues la sociedad y las familias continúan en constante cambio, sus problemáticas van siendo diferentes y sus demandas son cada vez

mayores, sin embargo todos los conocimientos adquiridos durante la maestría, brindan un excelente soporte para poder enfrentar sin dificultades todo lo que demanda nuestro quehacer profesional.

Así, podemos ver que uno como profesionista, con la preparación que se adquiere, puede incursionar tanto en el sector salud, como en el educativo o en la investigación, trabajando para una institución o creando los propios proyectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human system as linguistic system; preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393
- Aracena, M., Castillo, R., Haz, A., Cumsille, F., Muñoz, S., Bustos, L. y Román, F. (2000). Resiliencia al maltrato infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y que tienen una historia de maltrato físico en la infancia. *Revista de Psicología*, Vol. IX, 2000. Universidad de Chile.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Bailey, S., Whittle, N. (2004). Young People: victims of violence. *Annual Reviews of Psychology*. Vol. 55, 2004 pp. 333 – 363
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. pp. 197-222
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1998). *Los tiempos del tiempo*. Buenos Aires: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1994). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de terapia Breve*. Buenos Aires: Paidós
- Careaga, G., (1981). *Mitos y fantasías de la clase media en México*. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz.
- Cecchin, G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*. 26 (4), 405-413
- Cyrulnik, B (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. España: Gedisa.
- Consejo Nacional de Población (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/enadid>
- Desatnik, O., Franklin, A., y Rubli, D. (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del Proceso de Supervisión. *Terapia y Familia*, 15, (1), 47-56

- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Toca, S. (1997). *Psicologías cognitivas. Ciencias y tecnologías*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM- UAT.
- Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar sistémica en México. En Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. pp. 225-259
- Espinosa, S y González, M. (1998). Terapia Familiar Sistémica: definición y alcances en salud mental. En Murueta, M., Arzate, R., Espinoza, S. (comps), *Psicología de la Familia*. México, UNAM-AMAPSI
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. (comps.) *El equipo reflexivo en México*. México: Alinde, Instituto de Psicoterapia. pp. 3-25
- Finkelstein, N., Rechberger, E., Russel, L., VanDemark, N., Noether, C., O'Keefe, M., Gould, K., Mockus, S., Rael, M. (2005). Building Resilience in children of mothers who have occurring disorders and histories of violence. *The journal of behavioral health services and research*, 32, 2 April/June
- Fish, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Editorial Morata. 75-86.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton & Company.
- Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Galicia, X. (2004). Terapia Estratégica. En Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México. Pax.
- García, S. P. (1984). *Padres + hijos*. México: Limusa.
- Glassersfeld, E. (1988). Introducción al constructivismo radical. En Watzlawick, P. *La realidad Inventada*. Barcelona: Gedisa. pp.20-37
- Glassersfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Pakman (comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. I, Barcelona: Gedisa.
- Glassersfeld, E. (1994). Despedida de la objetividad. En Watzlawick, P. Frieg, P., *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa. pp.19-31,
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1993). Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En M. Berger. (Ed.) *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. y Gergen, K.J., (comps), *La terapia como construcción social*. España: Paidós.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogar*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Estadística sobre intentos de suicidio y suicidios*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>

Jenkins, A. (2001). *Invitation to responsibility*. Adelaide South Australia: Dulwich Centre Publications.

Jenkins, A. (2002). Forgiveness and child sexual abuse: A matrix of meanings. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*. No. 1. 35-51.

Kotliarenco, M., Cáceres, I., Fontecilla, M. (1996). Estado del arte en resiliencia. Trabajo solicitado por Oficina Panamericana de la Salud Washington D.C.: CEANIM.

Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia: Terapia narrativa y construcción social*. México: Pax

- Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Margolin, G. y Gordis, E. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *American Psychological Society*, Vol 13, No. 4.
- Mason, V., E., (1996). *La sociedad mexicana en crisis*. México: Panorama Editorial.
- Maturana, H. (1996). *Fundamentos biológicos de la realidad. La realidad ¿objetiva o construida?*. Barcelona: Anthropos.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. España: Paidós
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE. 25-73.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S y Fishman, H. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Montero, M. (1990). Memoria e ideología. Historias de vida: memoria individual y colectiva. *Acta sociológica* 1, 11-35.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.

- O' Hanlon, B. y Weiner-Davis M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder
- Paige, L. y Kitzis, S. (2003). *Rural underpinnings for resiliency and linkages: A safe school/healthy students project*. *Psychology in school*, Vol. 40(5).
- Prinz, R. y Feerick, M. (2003). Next steps in research on children exposed to domestic violence. *Clinical child and Family Psychology Review*, Vol. 6, No. 3
- Pujol, R. y Torres, E., (2000). Vigencia y eficacia de los derechos de los niños y niñas en México y los impactos de la globalización. en J. C. Corona, *Infancia, legislación y política*. México: UAM.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), 100-112
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). Paradoja y contraparadoja. Barcelona: Paidós.
- Simone de Beauvoir, (1970). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*. Agosto. pp. 65-69

- Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. (2004). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. Trabajo presentado para el II congreso Nacional de Terapia Familiar. México.
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En C. Gómez (comp.) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en la investigación sobre vida doméstica*. México: Porrúa.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Varela, F. (1998). Historia de la reflexividad. En Ibáñez, J. *Nuevos avances en la investigación social*. Barcelona: Proyecto A Ediciones.
- Vassallo, S., Smart, D., Sansón, D. y Dussuyer, I. (2004). *At risk but nor antisocial: Changes Fromm childhood to adolescence*. Family Matters, No. 68, Winter 2004.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós.
- Watzlawick, P. (1992). *¿Es real la realidad?*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1993). *Teoría de la comunicación Humana*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*.
Barcelona: Paidós.

White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.