



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

Acercamiento a la Violencia Doméstica
desde el Enfoque Sistémico

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

SUSANA ARACELI LÓPEZ ESPINOSA

DIRECTORA DEL REPORTE:
MTRA. CAROLINA DÍAZ- WALLS ROBLEDO

COMITÉ TUTORIAL:

Mtro. Jorge O. Molina Avilés
Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Mtro. Ignacio Ramos Beltrán
Dra. Jacqueline Fortes Besprosvany

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Antes que nada, a la Vida, por concederme estar donde estoy y con quienes estoy. Por haberme permitido formarme en la familia en que crecí y permitirme también, construir mi propia familia.

A esa Fuerza Superior, que llamo Dios, por darme la fuerza para superar los trances difíciles de mi vida; por dejarme sentir su mano y acompañamiento, cuando lo solicité.

A mi madre, por su ejemplo de fuerza, optimismo, claridad mental y energía vital además de ser *compañera incansable en mi vida*.

A mi padre, por estar con mi madre para formar una familia, además de haberme inculcado valores como el ahorro, la administración, el trabajo, la responsabilidad y el deseo por el conocimiento, entre otros.

A mis hermanas, por serlo y estar siempre a mi lado.

A mis sobrinos, todos ellos, quienes de diferentes formas me han acompañado, animado y ayudado en diversas situaciones de mi vida.

A mis hijas, Karla Dalila, Paola Araceli y Erika Natalia, por ser compañeras fieles, cariñosas, la mayor parte de las veces comprensivas e incluso aun cuando yo no comulgo con la idea de ser "amiga de mis hijas", ellas haberlo sido más.

A los profesores y profesoras que he tenido a lo largo de mi vida, gente muy capaz y humana, quiénes me han transmitido diversos conocimientos.

A mis compañeros de la Residencia (que hoy son amigos y amigas) quienes me recordaron la belleza de la vida, el compañerismo y la amistad, aún en momentos muy difíciles de mi vida.

A mi amiga y colega Mireya, por su compañía cuando la necesité.

Gracias

Dedico el presente reporte a *mi abuela Concepción y mi madre Zobeida*, mujeres de lucha, responsables e incansables para hacer su vida y ayudar a aquellos que les siguieron. A mi abuela, como homenaje póstumo y, a mi madre, en vida, gracias a que esta última me permite aun tenerla y disfrutar este logro con ella.

A mis hijas, mujeres que van haciendo su camino y su vida, con las enseñanzas que su padre y yo les brindamos, pero más importante aún, con lo que su propia personalidad, sabiduría y gusto les va sugiriendo.

A mis nietas, quienes hoy me permiten el título de "Abuela", mujersitas bellas que desde una nueva generación inician su propio camino.

Con todo cariño, a ellas.

Susana Araceli

ÍNDICE

I) INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar	4
1.1) Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	4
1.2) Características del campo psicosocial	4
1.2.a) Familia	4
1.2.b) La familia y la Psique individual	9
1.3) Principales problemas que presentan las familias	13
1.3.a) La familia en México; salud mental	14
1.3.b) Estilos de Crianza	16
1.3.c) Divorcio	18
1.3.d) Violencia en el hogar	21
1.4) La Terapia Familiar Sistémica Y Posmoderna Como Alternativa Para Abordar La Problemática Señalada	25
2. Caracterización de las sedes donde se realiza el trabajo Clínico	34
2.1 Descripción de los escenarios	34
2.2 Análisis sistémico de los escenarios	34
a) Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro	34
b) Centro De Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	41
c) Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	47
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico	53
II) MARCO TEÓRICO	55
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico	55

epistemológico que sustenta el trabajo

1.1	Análisis teórico conceptual de los fundamentos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	55
	a) Teoría de los sistemas	55
	b) Gregory Bateson	58
	c) Cibernética	63
	d) Teoría de la comunicación humana	68
	e) Constructivismo	72
	f) Construccinismo Social	73
	g) Posmodernismo	75
1.2	Análisis de los principios teórico – metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	80
	1.2.1 Modelo Estructural	80
	1.2.2 Modelo Estratégico	83
	1.2.3 Modelo del MRI, Terapia Breve	88
	1.2.4 Modelo de Milán	96
	1.2.5 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	108
	1.2.6 Modelos Posmodernos de Terapia Familiar	115
	1.2.7 Enfoque Colaborativo	116
	1.2.8 Terapia narrativa	123
	III) DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	130
	1. Habilidades clínicas terapéuticas	130

1.1	Introducción	130
1.2	Integración del trabajo clínico por familia, caso 1	136
1.3	Integración del trabajo clínico por familia, caso 2	164
1.4)	Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica, caso # 1	188
1.5)	Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica, caso # 2	191
1.6)	Análisis y discusión del tema: Violencia doméstica o intrafamiliar desde la perspectiva sistémica.	193
2.	Análisis del Sistema Terapéutico Total	216
3.	Habilidades de Investigación	223
3.1.	Reporte de investigación Cuantitativa	223
3.2.	Reporte de Investigación Cualitativa	229
4.	Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; atención y Prevención Comunitaria	235
4.1.	Productos tecnológicos	235
4.1.1.	Programa Adolescencia y su Atención desde el Modelo de Soluciones en Terapia Familiar	235
4.1.2.	Tríptico	237
4.2.	Programas de Intervención Comunitaria	237
4.2.1.	Taller: "¿Hiperactivo? Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Diagnósticos y Etiquetas"	237
4.3.	Reporte del trabajo realizado en Foros Académicos	245
5.	Habilidades de compromiso y Ética Profesional	246
5.1.	Consideraciones Éticas que emergen en la práctica profesional; Discusión e Integración.	246
IV)	CONSIDERACIONES FINALES	251
1	Resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas	251
2	Incidencia en el campo psicosocial	253
3	Análisis del Sistema Terapéutico total	255
4	Reflexión y análisis de la Experiencia	256
5	Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	258
	REFERENCIAS	259
	ANEXOS	270
I)	Escala de Inteligencia Emocional	270
II)	Terapia Familiar y atención a la Violencia Intrafamiliar	271

III)	Taller: Adolescencia y su atención, desde el modelo de Soluciones de terapia familiar	272
IV)	Tríptico informativo Psicología y Legalidad	276
V)	Tríptico informativo Psicología y Legalidad	277
VI)	Tríptico informativo TDAH	278
VII)	Tríptico Informativo TDAH	279
VIII)	Carta Descriptiva/ Padres/ TDAH	280
IX)	Carta Descriptiva/ Maestros/ TDAH	283

Prólogo

El presente documento es un principio y un fin o quizás, una pauta que une; donde quedan plasmadas algunas de las muchas actividades y aprendizajes que realicé en los cuatro semestres de la Residencia de Terapia Familiar en "mi Universidad," la Nacional Autónoma de México. Muchos de los aprendizajes obtenidos en este transcurso no quedan en el papel, sino en mi memoria y en la del grupo del que formé parte. Este documento es pues, una conclusión y me permite, a su vez, un principio: ser una egresada de la Residencia, Maestra en psicología y, terapeuta familiar, a la vez que, una mujer "más formada".

Así, me permito aquí hacer un breve recuento personal: desde mi infancia viene el deseo de ayudar a los demás. Al elegir la profesión de Psicóloga, me ocupé de aprender para enseñar, para atender, para incidir positiva y constructivamente en la sociedad.

Posteriormente se presentó el trabajo profesional; ver la realidad y con ello, las dudas, la falta de herramientas, el uso de lo que se tiene y se considera conveniente, además de la preparación constante; lecturas, cursos, talleres ... continuando hasta el día de hoy, que culmino una Maestría. Sin embargo, aun hoy se cuela la pregunta: ¿Cuándo se tienen suficientes herramientas para trabajar? ¿Yo tengo suficientes? Me parece que el ser humano es complejo, su conducta multicausal y, aún estando "contenido" por un cuerpo, quedan miles de incógnitas respecto a él que dilucidar.

Este manuscrito, esta Maestría, mi vida, no son más que una pauta que conecta en un mundo, un universo, una humanidad, que pretende superarse, ser más civilizada, mejorar.

Dejo las palabras de Jay Haley citadas por Perrone y Nannini (1997) y con las cuales tengo afinidad:

Pienso que tendríamos que dedicar nuestro tiempo y nuestro esfuerzo a elaborar más bien teorías sobre el cambio que teorías sobre las razones por las que la gente se comporta como lo hace.

RESUMEN

El presente reporte se encuentra conformado por los productos teóricos, clínicos, metodológicos y prácticos adquiridos en la formación de Terapeuta Familiar.

En un inicio, los lectores podrán encontrar un breve análisis del área psicosocial en que puede incidir un o una terapeuta familiar, haciendo énfasis en las diversas problemáticas que existen en el México actual. En este rubro se incluye también la descripción de las sedes donde se realizó la práctica clínica durante la Residencia. Posteriormente el lector podrá encontrar el marco teórico que sustenta a los modelos de terapia familiar y al profesional de esta área para la realización de su trabajo. Incluye también la información teórica-práctica de dos casos clínicos atendidos por mi persona durante mi formación, los cuales estuvieron bajo la supervisión del Dr. Raymundo Macías y la Mtra. Nora Rentería cada cual y en los cuales estuve asistida por mis compañeros en adiestramiento, quienes conformaban "el equipo terapéutico".

Más adelante se podrá leer la síntesis de dos investigaciones llevadas a cabo en la Residencia: Desde el enfoque cuantitativo: "Desarrollo de una Escala de Inteligencia Emocional" que realicé en compañía de las psicólogas Fania Delgado y Regina López, bajo la dirección de la Dra. Dolores Mercado y, desde la metodología cualitativa, "Violencia Intrafamiliar desde el Enfoque Sistémico: Una Terapeuta en Formación", bajo la supervisión del Mtro. Ignacio Beltrán.

En seguida, se podrán revisar los dos productos tecnológicos que desarrollé: Un taller dirigido a psicólogos cuyo nombre es "Adolescencia y su Atención desde el Modelo de Soluciones en Terapia Familiar" y un Tríptico, cuyo fin es informar a esta misma población de algunos detalles legales que es importante conocer para la práctica profesional. En este mismo espacio se podrá revisar la información referente a la Intervención Comunitaria que realicé, en compañía del Psic. Arturo Sirgo, bajo la Supervisión de la Mtra. Silvia Vite y que consistió en un taller impartido a una escuela de nivel primaria, del gobierno del Distrito Federal y cuyo

nombre es: . "¿Hiperactivo? Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Diagnósticos y Etiquetas".

Finalmente, se podrá leer un Resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas, las incidencias en el campo psicosocial así como las reflexiones y análisis de la experiencia obtenida.

Palabras Clave

Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

Cibernética

Casos clínicos

Trastorno con Déficit de Atención e hiperactividad

Inteligencia Emocional

Violencia intrafamiliar o Doméstica

ABSTRACT

This report is made up of the result of all the experience I gathered during my Family Therapy residence: theoretical, clinical, methodological and practical procedures.

The report has a psychosocial analysis of the phenomena a family therapist can work with, with a special emphasis in local ones. It also includes a thorough description of all the different locales where the clinical practice took place. Likewise, a theoretical framework that supports the family therapy models and procedures can be found. At the same time, there is practical and theoretical information from two different clinical cases that were carried out by me. It also contains the synthesis of two research projects that I carried out during my residence: "Desarrollo de una escala de Inteligencia Emocional" (the development of a scale for emotional intelligence), a quantitative research; and "Violencia Intrafamiliar desde el Enfoque sistémico: Una Terapeuta en Formación" (Family violence from the systemic perspective: a therapist in formation), a qualitative project.

There are also technological products in this report: a workshop targeted for psychologists entitled: "Adolescencia y su Atención desde el Modelo de Soluciones en Terapia Familiar" (Adolescence and how to work with it from the solution based family therapy model). A pamphlet is also included; it talks about psychology and legal issues. A workshop was also developed: it was targeted to community settings and it was about ADD and it worked with diagnosis and labels.

Finally, the reader has access to a summary of all the skills and professional competences acquired during my stay in the residence, reflections and analysis of the whole experience.

Model keywords

Family Therapy Systemic and Postmodern

Cybernetic

Clinical Cases

Inconvenience with Deficit of Attention and hypercritical

Emotional Intelligence

Violence Domestic

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

I) INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad el ser humano se ha cuestionado aspectos de su mundo externo e interno. Crea así la filosofía y con ella, varias ciencias más, entre ellas la psicología. Desde esta área se han desarrollado diversas aproximaciones para comprender y explicar aquello que atañe al ser humano, su mundo mental, emocional y comportamental, e incluso, el espiritual.

En el siglo pasado hubo varias personas quiénes nos legaron sus teorías, escuelas y estrategias para el trabajo en el área de la salud mental. Dentro de esta área, a mediados de siglo surge un movimiento que se opone a la ciencia, en ese periodo dominante, la psiquiatría. En este tiempo colaboraron profesionales de diversas especialidades quienes reunieron elementos de la Teoría General de Sistemas, de la Cibernética de primero y segundo orden y de la Teoría de la Comunicación Humana creando lo que hoy conocemos como Terapia Familiar Sistémica. Surgen así diversos modelos terapéuticos que brindan herramientas y perspectivas diferentes de lo hasta entonces conocido, para trabajar con familias y sus miembros sintomáticos.

Décadas después de la situación esbozada, se agregan al marco conceptual, teorías como la del constructivismo y el construccionismo social, naciendo con ello el llamado Posmodernismo, con explicaciones de cómo construimos la realidad, qué es una construcción de significados y cómo esto se relaciona con el lenguaje y la experiencia de las personas. Con estas últimas aportaciones se desarrollan Modelos Terapéuticos Familiares Sistémicos Posmodernistas que trabajan con familias y personas para coadyuvar en la obtención de un mayor bienestar.

Es en este contexto que la Universidad Nacional Autónoma de México abre su plan de Maestría para cursar la Residencia de Terapia Familiar con enfoque Sistémico-Construccionista que es en el que yo, como psicóloga, me incorporo.

Esta Residencia tiene dentro de su programa de Formación de Terapeutas Familiares, la elaboración y entrega del *Reporte de Competencias Profesionales*, el cual permite ver la síntesis de lo que se lleva a cabo durante la estancia.

El presente tiene el siguiente desarrollo:

En el primer capítulo se podrá ubicar un análisis del campo psicosocial en el que puede incidir en un momento dado, un (a) terapeuta sistémico. Nos brinda también una semblanza de los antecedentes y contexto de la Terapia Familiar. Igualmente se podrá revisar ahí una descripción de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico durante la especialidad.

En el segundo capítulo se hace una revisión teórica – conceptual de las principales influencias epistemológicas del movimiento de Terapia Familiar, así como de los distintos modelos terapéuticos que hay en esta corriente, con una síntesis de sus principales herramientas de trabajo.

El tercer capítulo inicia con la exposición de dos casos clínicos con su consiguiente análisis teórico- metodológico. Asimismo, se encontrará ahí un análisis acerca de la Violencia Doméstica y los enfoques terapéuticos, sistémicos o no, que la atienden y el cómo lo hacen.

Por otro lado, este capítulo incluye también la descripción de dos investigaciones, una con metodología cuantitativa y otra cualitativa, que se llevaron a cabo y que son parte de la exigencia de la maestría para desarrollar habilidades, en estos rubros, en sus estudiantes; obtención de datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias, formulación de hipótesis,

diseño de estudios siguiendo una metodología, diseño y conducción de proyectos de investigación, entre otras.

Contiene asimismo este capítulo la exposición de lo que se llevó a cabo para desarrollar habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento y que consistió en 1) un Tríptico informativo acerca de la Psicología y su relación con las leyes, 2) la elaboración y presentación de un taller que se llevó a cabo con Padres, Maestros y Alumnos de una escuela primaria del Gobierno del D. F. En relación al tema del Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad, 3) la exposición en el Primer Foro sobre "Violencia y Acoso en la Escuela" del tema "La Discriminación es una forma de Violencia" y que estuvo dirigido a los Responsables de Servicios Educativos Complementarios de las Escuelas Secundarias Técnicas pertenecientes al área 4 Sur, con motivo del Día Internacional Contra la Violencia de la Mujer, 4) el desarrollo del taller "Adolescencia y su Atención, desde la Terapia Familiar; Modelo Centrado en Soluciones" bajo la supervisión de la Mtra. Moctezuma y 5) la presentación de la Ponencia "El Liderazgo de las Mujeres en México: Retos y Tendencias" en el 5º. Congreso "Calidad y Liderazgo: Bases del Éxito", organizado por el Instituto Politécnico Nacional y la Fundación de Apoyo a la Juventud, IAP.

Por último, el cuarto capítulo incluye una síntesis de las habilidades y competencias profesionales adquiridas en esta Residencia, una revisión acerca de la incidencia lograda en el campo psicosocial y las reflexiones surgidas de la experiencia vivida como terapeuta y profesionista en el campo de trabajo.

Me permito comentar aquí que, como puede pasar cuando se consulta un texto, algunos lectores del presente, quizás, solo revisarán aquellos temas de su preferencia o interés. Siguiendo esta idea, me he autorizado algunas redundancias en los capítulos, ello debido a que así lo consideré necesario para poder tratar cada apartado. Espero, sin embargo, que para aquellos que deseen leer mi Reporte completo, ello no sea un motivo de tedio o repeticiones banales que

puedan dar la idea de información de más. En este sentido, más bien, he procurado que solo quede la información repasada, más clara cada vez.

1. 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

1.2) Características del campo psicosocial.

Familia

Por su origen etimológico se pueden encontrar dos formas de raíz latina: *fames* (hambre) y *famulus* (esclavo doméstico). La segunda nos remite a la estructura original romana donde la familia agrupaba a un conjunto de esclavos propiedad de un solo hombre, el *pater familias*, quien ostentaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte sobre sus esclavos y sus hijos (Wikipedia; 2009).

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. No siempre ha significado padre, madre e hijo. A veces ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa, compuesta de todos los que vivían bajo un mismo techo o que se sometían a la autoridad de una cabeza suprema. Un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente lo social (Ackerman; 1986).

Una familia, dicen Pliego y Robles (1998), se constituye esencialmente por padres e hijos, pero por analogía se puede llamar familia a un grupo de personas que viven juntas, compartiendo su intimidad y que tienen como fin la ayuda mutua.

Hoffman (1998) respecto de la familia menciona que, es una unidad social en la que se dan los procesos psicológicos más importantes del individuo; es un lugar de intercambio social y encuentro múltiple.

La familia dice Ackerman (1986), es la misma en todas partes y no lo es, debido a su constante transformación a través del tiempo, de modo que, la forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dados, de tal forma que no hay nada fijo o inmutable en la familia, excepto el hecho de estar siempre con nosotros.

Tenemos así que una familia se conforma por personas unidas por: *vínculos de afinidad* derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente y *vínculos de consanguinidad*, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos. Actualmente las familias suelen conocerse de la siguiente manera:

- Familia nuclear: padres e hijos.
- Familia extensa: los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- Familia compuesta: padre y/o madre con hijos adoptados o que tienen vínculo consanguíneo con solo uno de los padres.
- Familia monoparental: en la que los hijos viven sólo con uno de los padres.
- Otros tipos de familias: aquellas conformadas por hermanos o por amigos (donde suele haber convivencia y solidaridad), o aquellas formadas por personas con relaciones conyugales estables, no matrimoniales.

Biológicamente, menciona Ackerman (1986), la familia tiene la función de perpetuar la especie, siendo la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Es allí donde los vínculos familiares se forman a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso y puede serlo también de enfermedad y salud.

De lo visto hasta aquí podemos notar que el concepto familia es conocido desde tiempo indefinido, que ha ido evolucionando y lo sigue haciendo. Va desde un lugar común para vivir, donde lo principal era quién ostentaba el poder y lo que éste dictaba, hasta el vivir juntos (por lazos consanguíneos o no) siendo por ejemplo padre, madre e hijos e incluso pasando por el "modelo ideal": padre, madre, niño y niña. Sin embargo, algo que parece ser preponderante para llamarse o sentirse familia es el afecto que une a quienes así se llaman.

Es importante notar que la familia es un concepto conocido mundialmente, sin importar raza o lugar de residencia y, aun cuando tiene diferencias culturales para vivirla, también tiene muchas semejanzas.

En este sentido, como en cualquier relación humana, la familia, puede presentar *conflictos* debido a la interacción cotidiana de sus miembros. Uno de estos suele relacionarse con el *manejo del poder*, lo que nos remonta a la época del pater familias y al hecho de que a pesar de la evolución familiar a través del tiempo, en diversas sociedades, el formato actual no ha variado, siendo que, uno de los miembros, generalmente el padre, ha ejercido y ejerce el poder hacia todos los demás. En este rubro vale la pena mencionar que han sido *las mujeres* (principalmente) quienes han sacado a la luz este fenómeno además de otros que se le relacionan y, entre los últimos avances del movimiento feminista está el identificar que uno de los motivos para que el hombre genere violencia hacia su pareja es el hecho de creer o ver que su pareja quiere tener igual o más poder que él.

Otro de los *conflictos* con que se enfrenta la familia tienen que ver con su interacción con la sociedad mayor. En este sentido, Leñero (1999) define a la familia como una unidad microsocial que depende de una estructura mayor, de la cual recibe sus características y valores fundamentales por lo que, dice, la familia refleja en su estructura y en su dinámica, las características y la problemática de la sociedad mayor o de la macroestructura en la que se encuentra inmersa. Él a su vez, habla de "las familias mexicanas" más que de "la familia mexicana", mencionando que debemos ser cuidadosos para no creer que el concepto

(estereotipo) es la realidad y por el contrario, tener una visión objetiva y pluralista para ver ésta.

En relación a lo anteriormente mencionado, vale la pena revisar *algunos* cambios que podemos vislumbrar en la familia:

- *Familias monoparentales*; antaño solían presentarse por el fallecimiento de uno de los cónyuges, más que por el trámite del divorcio; actualmente suele ser más por el divorcio o por madres solteras debido a libre elección que por fallecimientos.
- *La mujer*; antaño permanecía y se realizaba en el hogar. Hoy la mujer es parte activa en el mercado laboral y tiene otros ámbitos de realización.
- *La familia*; antaño cubría necesidades tales como el trabajo, la educación, la formación religiosa, las actividades de recreo y la socialización de los hijos. Hoy gran parte de estas funciones las llevan a cabo instituciones especializadas.
- *Natalidad*; con la posibilidad de contracepción, en el siglo XX, disminuye el número de familias numerosas, habiéndose incluso familias sin hijos por decisión de los cónyuges.
- *Matrimonio*; hoy, a diferencia del pasado, hay un mayor número de parejas que viven juntas antes de, o sin contraerlo.
- Homosexualidad; actualmente hay parejas de homosexuales quienes forman familias sin hijos, con los hijos de una de las partes o con niños adoptados.
- *Estatus femenino*; Su status ha evolucionado sufriendo una transformación particularmente rápida en los últimos años. A partir de 1945, con la búsqueda de igualdad de los derechos del ciudadano se han ido logrando transformaciones legislativas. Numerosas leyes establecen hoy la igualdad de los sexos en la educación, la gestión de bienes, de los salarios, los derechos sociales, etc. (que no necesariamente tienen ya su aplicación en la práctica).

- *Matrimonio y divorcio*; Se legisla el primero y surge la institución del segundo, facilitándose su trámite. En la actualidad, con el denominado “divorcio express” sin necesidad de causales (21 anteriormente estipuladas por ley) y solo con la voluntad de ambos cónyuges de dejar de serlo, se obtiene éste.
- *Obediencia y respeto de adolescentes* hacia sus padres; Lara Tapia, Gómez y Fuentes (1992) investigaron los cambios en estos rubros, en México, por 30 años. Sus resultados indican que en la relación con el padre, el respeto se ha modificado. Antaño éste era incuestionable, actualmente hay mayor acercamiento de hijos a padres y viceversa, aunado a que la relación de autoritarismo ha disminuído y la actitud de los jovenes ha evolucionado hacia actitudes más críticas hacia sus padres. En cuanto a obediencia, en la relación padres – hijos, se encontró considerablemente disminuída.
- *Feminidad y masculinidad*; Vielma (2003) menciona que la estructuración de la familia al transformarse o reorganizarse ha creado nuevos estereotipos, con una gran diversidad en el ejercicio de los roles, en los proyectos y modos de vinculación en la vida diaria
- *Demografía*: Leñero (1991) habla de que las proyecciones hechas antes del censo de 1990 calculaban que, a mitad de la década, México tendría una población aproximada de 95 millones de habitantes y, al llegar al año 2000 una de 104. Actualmente, dice, México es el undécimo país más grande del mundo, con una de las tres ciudades más grande del orbe (que rebasa los 20 millones). Nuestro escenario demográfico se refiere a una sociedad de población numerosa, en un amplio territorio de casi 2 millones de kilómetros cuadrados. Lo anterior, aclara, significa diferencias en el volumen de demandas, intensidad e interrelaciones humanas, densificación poblacional en donde la vida se hace cada vez más masiva e impersonal.

Con esta breve revisión a las tendencias en el tema “familia” podemos notar que los sistemas familiares mundiales contemporáneos son el producto de

sincretismos y compromisos llevados a cabo a lo largo del tiempo, donde se reinterpretan y asimilan rasgos de diversas sociedades e ideologías a las culturas propias. Hay mutaciones y ajustes. En este sentido y, retomando la inserción de la familia en la sociedad global, es importante hablar aquí de situaciones tales como las crisis económicas, la legislación y sus cambios e innovaciones (especialmente lo concerniente a la familia), el movimiento feminista (y su análisis y puesta a la luz del patriarcado y la violencia de género que éste conlleva), el aumento en la delincuencia, los problemas que afectan a la ecología mundial, sumados a los vividos propiamente dentro de la familia (es tal la interrelación entre sistema familiar y sistemas mayores - como la sociedad, el país, la religión, la cultura, el mundo- que es difícil definir donde inició un cambio o comenzó otro, cual afectó primero a un sistema y cual al otro).

Así, la familia se desenvuelve en un mundo cambiante y sin embargo, perdura. Tomando diferentes formas, la familia subsiste. Y ello tiene que ver con la naturaleza del ser humano y sus diversas necesidades: sociales, emocionales, de relación y afecto, de comunicación y de contacto. Necesidad de unos por los otros, para aprender a vivir y salir adelante.

Aquí, cabe recordar que la existencia de la familia no es un fenómeno puramente biológico, es también y sobre todo, una construcción cultural, en donde cada sociedad define, de acuerdo con sus necesidades y su visión del mundo, lo que constituye una "familia".

En este tenor, dice Leñero (1999), que la familia ha de ser un producto inacabado de la hechura artesanal humana, para hacerla viable y trascendente en cada situación en la que tiene que encarnarse la reproducción de las nuevas generaciones como renovación permanente de la sociedad.

La familia y la psique individual

Desde las teorías y prácticas pedagógica, sociológica, filosófica, médica y psicológica, entre otras, se reconoce a la familia como el agente básico de diversos

aprendizajes del individuo, donde, la socialización, es uno de ellos. Es reconocido así que en la familia el individuo aprende hábitos culturales, forma su organización cognitiva y estructura su personalidad.

A continuación revisaremos algunos datos que nos hablan de este aspecto familiar al cual Montero (1988, en Vielma; 2003) denomina "efecto de primacía" para referirse a la importante influencia que tienen los padres sobre los hijos, más aun que cualquier otro agente socializador coexistente.

Hurlock (1988) ve a la familia como la parte más importante de la red social de los infantes. Ahí, dice, se establecen las bases para formar actitudes hacia las personas, las cosas y la vida en general. Es en donde se aprenden los patrones conductuales para ser sociables y se desarrollan las capacidades para alcanzar o no el éxito en la escuela y en lo laboral. Agrega que, cuando una familia no proporciona el apoyo físico o emocional adecuado, predispone a los menores a una desadaptación personal y social.

En este lugar se forman lazos familiares, resultado del proceso de interacción que se da entre una persona y su familia. Dicho proceso conlleva cuestiones de orden psicológico y social del que deriva una fuerte identificación con el primer núcleo de socialización de la persona. En este sitio, se crean un conjunto de obligaciones morales que proporcionan un marco de referencia de gran importancia para el individuo.

La familia funciona como un sistema de identificación ya que, gracias a ella se sabe quién se es y de donde se viene, pues brinda un sentimiento de estabilidad y pertenencia. La red que aquí se forma funciona también como un medio de acceso a la comunidad que, aunque no es el único, sí es un medio privilegiado de acceso a los otros, a la creación de relaciones sociales.

Vielma (2003), hablando de la socialización familiar, explica que este concepto permite explicar de que manera se adquieren y desarrollan algunos rasgos de la personalidad, cómo influyen los factores socioculturales en la construcción de la identidad y en las representaciones sociales sobre la masculinidad y la femineidad, en las cosmovisiones sobre la vida, la familia, las relaciones humanas y la estructuración de las identidades genéricas. A través de ella, agrega, los individuos quedan sumergidos en un mundo de relaciones e interacciones que dejan huella en la emotividad, en la efectividad, en las elaboraciones mentales y estructuración cognitiva, en las actitudes y orientación del comportamiento. Gracias a este proceso, concluye, los individuos logran internalizar los elementos normativos implícitos en las prácticas sociales, en el discurso y en el quehacer cotidiano.

De lo anteriormente mencionado podemos confirmar el valor tan importante que tiene la familia y las redes que ahí se forman, para los individuos y la sociedad. Es por ello que, personas desde diferentes ramas de la ciencia (medicina, abogacía, filosofía, psicología, sociología, entre otras) antes y actualmente, han enfatizado la relevancia de que la familia forme un *entorno saludable* para sus integrantes, entendiéndose por saludable aquellos vínculos que nutren, emocional, física y espiritualmente a sus miembros.

Cabe aquí mencionar que se considera que una familia *es sana o funcional* (Covey; 1998) cuando es predecible, confiable, con estructura funcional y organización básicas. Con habilidades de comunicación y de solución de problemas. Cuando la familia nutre, aprende, disfruta, contribuye y es interdependiente.

En este sentido (Satir; 1991) describe a la "familia nutricia" como vital, con fluidez y armonía en sus relaciones, con capacidad para escuchar y hablar abiertamente sobre lo que se siente. Es aquella, dice, donde hay manifestaciones de afecto, sentimientos de unión, donde se puede planificar y hacer ajustes en casos necesarios. Ahí, agrega, sus integrantes suelen tener buen sentido del humor y

pueden resolver sin pánico y de forma creativa los problemas que se les presentan, siendo que los padres suelen fungir como guías coherentes, que se reconocen como personas ellos mismos y a sus hijos, aceptan sus errores y comprenden que el cambio es inevitable.

Mejía (2009) por su parte, menciona que una familia es exitosa cuando su dinámica cotidiana propicia que sus integrantes se sientan con posibilidad de realización y de relacionarse con los demás; expresarse, mostrar afecto y empatía. Es, añade, donde se brindan las herramientas para manejar emociones, resolver problemas, comunicarse adecuadamente, cambiar lo que no funciona y enfrentar la vida. Estas familias, concluye, forman personas con una posición más sana e independiente ante la vida.

De lo anteriormente mencionado y retomando la *interdependencia* de la familia con la sociedad mayor así como el hecho de que la primera nutre a la segunda de individuos, nos lleva a pensar en la problemática de las sociedades actuales (delincuencia, discriminación, violencia - de diversos tipos - crisis económicas, migración, marginación, falta de respeto y cuidado al contexto más amplio, etc.) y la petición, manifestada por la sociedad, de un cambio (disminuir índices de delincuencia, mayor y más eficiente trabajo para la prevención de las drogodependencias, mayor progreso social y económico, mayor salud física y emocional, etc.) de modo tal que, quienes podemos, trabajemos con y desde la familia: En la propia (todos pertenecemos a varias –nuclear, extensa, política) y la de aquellos que nos consultan.

En este sentido Ackerman (1986), hablando de la “crisis social contemporánea” menciona que no se puede perder tiempo; en especial, dice, todos aquellos encargados de curar y proteger a los desdichados e incapacitados, quienes han de trabajar juntos para salvaguardar los valores esenciales de la familia del hombre. Concluye que: “En nuestra cambiante sociedad, el esfuerzo por la salud mental no es un lujo, es un deber!” (Ackerman; 1986 P. 23)

Este mismo autor, respecto a la familia conflictiva o disfuncional menciona que la distinción entre familias sanas y enfermas es relativa. No hay, dice, una familia idealmente sana. Las familias son predominantemente sanas o predominantemente enfermas donde, estas últimas, aclara, son aquéllas que fracasan progresivamente en el cumplimiento de sus funciones familiares esenciales. Así, él nos brinda los siguientes datos para graduar la profundidad y lo nocivo del fracaso en la adaptación familiar de acuerdo con el nivel en el que las familias manejan sus problemas:

1. La familia enfrenta sus problemas, los delimita correctamente y logra una solución realista para ellos.
2. Aunque incapacitada para lograr una solución realista, la familia puede, sin embargo, contener el problema y controlar los efectos potencialmente nocivos, mientras se otorga más tiempo para hallar una solución.
3. Incapaz de encontrar una solución eficaz o de contener los efectos destructivos del conflicto, la familia reacciona a la tensión del fracaso con una conducta impulsiva, inadecuada, autodestructiva y dañina.
4. Con fracasos persistentes en los tres niveles precedentes, la familia muestra síntomas progresivos de desintegración emocional, que en algunas circunstancias pueden culminar en la desorganización de los lazos familiares.

Se reconoce, finaliza Ackerman (1986), que la familia puede tornarse en fuente de contagio emocional enfermo, actuando como una especie de conductor de conflicto y ansiedad patogénica y, debido a que el vínculo entre la identidad familiar e individual es tan básico, tan penetrante, impide excluir completamente la posibilidad de que un miembro de la familia sea inmune al efecto del contagio emocional.

1.3) Principales problemas que presentan las familias

Para iniciar este rubro vale la pena tomar algunas palabras del análisis hecho por Leñero (1999) al estereotipo de la familia mexicana, indicando que requerimos superarlo, hacernos conscientes de su valor equívoco y contemplar la *pluralidad de*

formas que de hecho funcionan en la realidad. Así, habla de una neotipología la cual, dice, va desde la familia conyugal desintegrada, hasta la permanente con referencias múltiples en las relaciones externas de cada uno de sus miembros; desde la familia extensa o semiextensa con modalidades mixtas de miembros y parejas, hasta las comunas de parejas múltiples, entre otras.

De esta manera, Leñero nos hace reflexionar en la diversidad familiar que hay en la sociedad mexicana y en el hecho de permitirnos verlas, para conocerlas. Revisemos algunos datos.

La familia en México; Salud Mental

En los servicios de atención a la salud mental en México, aproximadamente el 50% de la población atendida oscila entre las edades de 6 a 12 años, de modo que los *programas de atención para niños constituyen el 40 % de los servicios de consulta externa* de diversas instituciones públicas de salud mental del país. El problema por el que, con mayor frecuencia se busca este servicio se relaciona con *el incumplimiento de normas y desobediencia a las instrucciones de los adultos, así como a la carencia de habilidades sociales y de autocuidado.* En segundo lugar de frecuencia se encuentran los problemas de *comportamiento en la escuela, especialmente la agresividad* y, en tercer lugar, *problemas de ansiedad o hiperactividad* (Ayala, Téllez y Gutiérrez; 1994).

Me detendré un poco en el tercer rubro anteriormente mencionado y por el cual se consulta: el Déficit de Atención con hiperactividad, donde de 3 a 5 % de niños menores de 10 años son hiperactivos (Polaino-Lorente; 2000) ya que si consideramos este problema como un trastorno (DSM-IV) que requiere atención neurológica o psiquiátrica vale la pena reflexionar sobre los *factores* ubicados como predisponentes para padecer dicho trastorno:

- Situacionales y personales
- Desavenencia y agresividad familiar
- Institucionalización
- Enfermedad psiquiátrica de los padres

- Los estilos educativos usados por los padres (Taylor; 1991).

Archundia (2005), quien comparó grupos de preescolares mexicanos en relación al riesgo (alto o bajo) de desarrollar este trastorno (TDAH), encontró que, en lo referente a la estructura familiar de los menores con alto riesgo prevaleció *la familia incompleta por divorcio*. Observó asimismo el predominio de una organización disfuncional en la estructura familiar:

Posibilidad de desarrollo de TDAH	Alto riesgo	Bajo riesgo
Relaciones conflictivas entre progenitores	87 %	53 %
Relaciones conflictivas entre progenitores e hijos	60 %	18 %
Relaciones conflictivas entre hermanos	47 %	6 %

En este mismo tenor, Moreno (1991) en niños mexicanos encontró correlación entre TDAH y ciertas *condiciones de desventaja social* tales como un bajo nivel socioeconómico, hogar desorganizado, inestabilidad emocional de la madre, dificultades conyugales entre los progenitores y relaciones conflictivas entre estos y los hijos.

Lara, Munguía y Aceves (1993; en Archundia; 2005) quienes estudiaron a 258 niños mexicanos, con problemas de aprendizaje y con diagnóstico de TDAH aunado a algunas conductas antisociales como fugas de la escuela, pandillerismo y cleptomanía, encontraron dos factores principales subyacentes: Un sustrato biológico anormal y una *estructura familiar* con las características siguientes; escasos e inestables recursos económicos, desintegración familiar, madre con necesidad de laborar fuera del hogar y psicopatología de los padres o hermanos (trastornos de conducta y alcoholismo).

De lo visto hasta este momento, podemos notar la importancia de la organización (y salud) familiar, para la salud – o no – de sus integrantes, en particular para

quienes tienen la necesidad de permanecer en ella, por un largo periodo de tiempo: los niños.

Asimismo, los datos nos rebelan la problemática que se está presentando en los menores, por la que se consulta un servicio especializado y la concomitante problemática familiar que le puede acompañar.

Estilos de crianza

Aquí, vale la pena revisar algunos datos que reflejan nuestra realidad familiar así como también el cómo influyen distintos *estilos de crianza* usados por los padres, en los niños:

Sánchez Sosa y Hernández Guzmán (1992) en padres mexicanos y su relación con hijos adolescentes encontraron:

Padre ausente	Hijas	Hijos
	14.5 %	12.8%
Padre presente	Hijas	Hijos
Golpea frecuentemente a	21.3%	35.2%
Compara negativamente a	13.3%	19.3%
Da instrucciones de forma ofensiva a	14.4%	19.3%
Tiene relación deficiente con	23.8%	24.3%
Muestra poco interés aunado a una comunicación deficiente o inexistente	38%	42.1%

Además, encontraron que un alto porcentaje de padres mexicanos tienden a ser autoritarios y que las madres de familia cuya pareja no está, tienden a utilizar estas mismas prácticas para educar a sus hijos. En ambos casos, dicen, se presenta la posibilidad de que los adolescentes que viven en estas circunstancias presenten deficiencias en su desarrollo moral e intelectual, baja autoestima, desadaptación social y desajuste emocional.

Los investigadores concluyen su informe enfatizando la importancia de educar a la población acerca del papel que juega el padre en la crianza de los hijos e hijas.

Asimismo sobre lo necesario que es promover estilos de crianza - tanto en padres como en madres - que promuevan el ajuste y la salud psicológicos del niño y del adolescente a través del razonamiento, la demostración de interés, afecto y apoyo. Finalmente, invitan a erradicar los golpes, las comparaciones negativas y las ofensas, como medios educativos.

En este mismo tenor, Baumrind (1993), quien se ha dedicado a investigar los estilos de crianza ocupados por los padres y su efecto en los hijos, señala la necesidad de que los padres asuman con responsabilidad su papel de educadores mediante la aplicación de métodos disciplinarios basados en el razonamiento lógico y el respeto mutuo entre padres e hijos, con apego a las normas que rigen la sociedad en que se desenvuelven, ya que de ello depende el futuro comportamiento del niño, así como el grado de seguridad en sí mismo que le permita lograr la autorrealización.

Jiménez (2000) en su investigación a niños preescolares mexicanos (254) y sus madres (217), concluyó que el estilo de interacción indiferente (comparable al "negligente" de Baumrind (1966, en Jiménez; 2000) fue el más recurrido entre madres e hijos. Dicho estilo de crianza explica, es caracterizado por no prestar atención a las conductas de los hijos, sean estas cotidianas (ver televisión, conductas de colaboración y ayuda) o conductas consideradas inapropiadas como rayar paredes o golpear a otros. Lo anterior se presentó en los tres escenarios por ella analizados: familiar, escolar y social.

Analizando los anteriores datos y relacionándolo con lo dicho anteriormente por Ayala, Téllez y Gutiérrez (1994) sobre "el problema por el que, con mayor frecuencia se busca este servicio se relaciona con *el incumplimiento de normas y desobediencia a las instrucciones de los adultos, así como a la carencia de habilidades sociales y de autocuidado*" (en los servicios de consulta externa de diversas instituciones públicas de salud mental del país) es factible encontrar una

clara relación: padres con métodos ineficaces de educación o crianza, hijos con diversos problemas que obligan a asistir a un servicio especializado.

Divorcio

Hablemos ahora de otro factor que incide en la dinámica de las familias, el *divorcio*. Revisemos los datos obtenidos en la entrevista hecha al Juez Corona Gracia (MILENIO.COM; 2009) adscrito al Juzgado de Primera Instancia de lo Familiar de Nuevo Laredo, donde podemos ver lo que, a nivel familiar, en ese Estado, sucede:

En 2008 de 1250 expedientes atendidos en el juzgado de Nuevo Laredo:	
50 %	son por divorcios (voluntarios y necesarios)
20 %	por pensión alimenticia
10 %	son juicios sucesorios
10 %	por rectificación de actas de nacimiento
10 %	de Juicios diversos

En dicha entrevista, el mencionado Juez informó que en *Nuevo Laredo* existen más trámites de *juicios de divorcio* que ejecutivos civiles, ejecutivos mercantiles, juicios penales por robo, por abandono de obligaciones y por portación de arma prohibida, lo que da, dice "clara idea de la gravedad de la situación que prevalece entre las familias, la célula básica de la sociedad" (MILENIO.COM; 2009)

Tomemos por otro lado el siguiente cuadro de Juicios Familiares de mayor incidencia en el 2005, en el estado de *Sinaloa* (TabascoHOY.com; 2009):

Municipio	Divorcio necesario	Divorcio por mutuo consentimiento	Sucesorio intestamentario	Pensión alimenticia	TOTAL
Ahome	658	459	199	286	1602
El fuerte	90	16	28	37	171
Choix	21	7	3	6	37
Guasave	302	174	105	116	697
Sinaloa	24	14	13	5	56
Angostura	37	31	14	16	98
Salvador A.	119	55	47	34	155
Mocorito	23	10	21	8	62
Badiraguato	7	3	1	1	12
Navolato	126	112	78	85	401
Culiacán	1201	937	650	521	3309
Cosalá	12	2	6	1	21
Elota	11	21	21	12	65
San Ignacio	5	4	7	4	20
Mazatlán	673	593	229	325	1820
Concordia	12	18	14	17	61
Rosario	36	33	44	28	141
Escuinapa	57	18	32	31	138
TOTAL	3414	2507	1512	1533	8966

Lo anterior nos habla de un total de **5,921** divorcios entre **8,966** casos, es decir un **66 %** del total. Además, conflictos por el pago de pensión alimenticia en un porcentaje de **17 %**, que puede estar incluido en la cifra de divorcios o no, sin embargo se relaciona directamente con la dinámica familiar y sus cambios. Aquí cabe reflexionar en el hecho de que *no toda la gente acude a las vías legales* para formar una familia ni tampoco para cambiar su conformación, por lo que *hay cifras de desavenencias familiares y los cambios que sufre la familia, que no se pueden precisar.*

El mencionado periódico concluye indicando que, hasta 1980 había una dinámica donde se presentaba matrimonio, divorcio y nuevo matrimonio, la cual, a finales de los 80 cambió, ya que, aunque el número de divorcios continuó aumentando, las segundas nupcias de los divorciados disminuyeron.

Caben aquí algunos datos obtenidos de una entrevista publicada en el periódico El

País, el 28 de septiembre de 2008 al presidente de la Cuarta Sala en Materia Familiar del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF), Juan Luis González Carrancá, quién expuso que, aproximadamente *75 por ciento de las parejas recién casadas terminan divorciándose*, agregando que los problemas económicos y sociales que privan en el país han contribuido a mantener una alta cifra de divorcios y que con la reforma (divorcio express) se prevee un incremento en las separaciones, mencionando que esto se debe a que este nuevo formato de divorcio contempla, entre otras cosas, que una de las partes podrá llevar a cabo el trámite de disolución del vínculo matrimonial sin la aprobación de la otra. Dicha entrevista finalizó con los siguientes comentarios:

Lo que va a suceder es que nuestras defensorías de oficio se van a llenar de demandas de personas que han sido abandonadas por sus cónyuges y podrán ahora disolver el matrimonio. La mayoría de los jueces y magistrados consideramos que esa guerra que se daba dentro de la cultura del vínculo matrimonial va a ser menos grave; no necesariamente quiere decir que se vaya a acabar, sino que va a ser menos doloroso el disolver el vínculo matrimonial (TabascoHOY.com; 2009).

En este mismo tenor, El Periódico de México (2008) anunció que la capital mexicana registra uno de los mayores índices *de divorcio del país*, junto al colindante Estado de México y a los Estados de Nuevo León, Baja California y Chihuahua.

Y para abundar en las cifras, el Juzgado Central y el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal comunicaron (EXCELSIOR; 2009) que la cantidad de separaciones de parejas por la vía legal en 2007 fue de 22 mil 217. Mientras que en 2008, el total fue de 22 mil 769 a lo que Díaz Loving, investigador y catedrático de la Facultad de Psicología de la UNAM, comentó;

Esto se debe a que en la actualidad, la expectativa de vida de las parejas se aleja del concepto de "unión eterna" que exigía la sociedad de generaciones pasadas. Anteriormente podían existir casos de violencia, acoso y abuso contra algún miembro de la familia, sin embargo, tomar la decisión de separarse

rompía las expectativas de amor y felicidad de los seres más cercanos (EXCELSIOR; 2009).

Los anteriores datos nos indican el número aproximado de divorcios en México. Dichos trámites en muchos casos no solo van acompañados de separación emocional de los integrantes de la pareja sino también de los hijos con el padre que no tiene la custodia (en mayor o menor medida) además de la necesidad de reestructuración de la relación paterno-filial y la de los padres como tales, conflictos para acuerdos educativos entre los padres, dificultades de relación de los hijos con la familia extensa, conflictos económicos debido a la nueva estructura familiar, problemas de vivienda, enojos, rencores y venganzas, entre otros.

Violencia en el hogar

Otro problema que aqueja y ha aquejado a las familias, pero que solo a partir de unos años para acá se ha aceptado como tal es la *violencia dentro del hogar*, al respecto cabe revisar lo que a nivel nacional ha sucedido:

La violencia familiar no es un asunto privativo de algún país o cultura, no es exclusivo de algún estrato social o económico y, por sus consecuencias a nivel individual y social, tampoco puede considerarse como un problema privado. □ Por ello, el Gobierno del Distrito Federal, desde 1997, reconoció su responsabilidad ante esta problemática y aprobó la *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar*, en la que se reconoce la necesidad de combatir la violencia familiar. Así mismo implementó el Programa de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, con el propósito de contribuir a la erradicación de la violencia familiar y el fomento de nuevas relaciones de convivencia familiar fundadas en la equidad, la justicia, la tolerancia y el respeto (Secretaría de Desarrollo Social; 2009).

Corsi (1994), respecto a la violencia y el maltrato dentro de la familia menciona que no es un fenómeno aislado ni reciente y que alrededor del 50% de las familias

sufre o ha sufrido alguna de las formas con las cuales se manifiesta el problema. Dicha situación añade, se encuentra en todas las clases sociales y en todos los niveles socioeducativos. Las diversas formas que adopta, agrega, son: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, abandono y negligencia.

Ramírez (2000) por su parte, habla de que el 60 % de las mujeres es víctima de la violencia física por parte de sus compañeros; es decir, seis de cada 10 mujeres la sufren. Y agrega que, una mujer debe temer más a su compañero de vida que a cualquier otra persona, pues más mujeres mueren a manos de ellos que por cualquier otra forma de violencia.

Lagarde (en Ramírez; 2000) nos habla de cómo se desarrolló una conciencia feminista que dirigió su análisis a la relación entre condición masculina patriarcal y violencia, mostrándose que la violencia *requiere sofisticados sistemas pedagógicos* y de reproducción social, cultural y política, es decir, *se aprende, se enseña, se fomenta, se legitima, se la autoriza* y se la convierte en valor, virtud y cualidad, en atributo de género, clase y edad.

Detendiendonos aquí, podemos notar que, cuando las personas empezamos a ver el fenómeno de la violencia, cuando se empiezan a notar las cifras, cuando se aprende qué, lo que sucede en la familia, al ser privado, ha permitido una serie de vejaciones a sus miembros, inician a surgir términos tales como el de "síndrome de la mujer maltratada" (Ferreira; 1996) para identificar a aquella mujer que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico o sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo. Igualmente se inicia a hablar del "círculo de la violencia" donde se nota que hay relaciones que aun cuando parecen modificarse, vuelven a caer y generalmente de manera creciente, en la interacción violenta. Se habla también del "niño maltratado" para indicar los diversos malos tratos que los infantes pueden sufrir en el hogar y sus graves consecuencias.

De esta forma tenemos que, actualmente, varios países han iniciado campañas de prevención, revisión de leyes, creación de refugios, así como, la preparación más eficiente de equipos interdisciplinarios que atiendan este grave problema.

En este mismo tenor, Hartley (2000, en Mirapeix; 2004) dice: no hay duda de la alta co-ocurrencia entre violencia doméstica y maltrato infantil, siendo este un tema de tal relevancia que la State Office de New York acaba de desarrollar unas guías que favorezcan la identificación y tratamiento precoz de estos sucesos.

En este último rubro podemos notar algo que se ha mencionado a lo largo de este escrito, la familia puede ser un *lugar de armonía y sana convivencia o una fuente de contagio de ansiedades, dolor y sufrimiento*, y en el caso de la violencia, no uno sino varios miembros suelen estar afectados. En este sentido, en México se han hecho también diversos cambios a la legislación para proteger a los menores y su relación con sus padres, uno de ellos es por ejemplo, el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y el Consejo de la Judicatura del Distrito Federal quienes han constituido los Centros (2) de Convivencia Familiar Supervisada para atender a las familias que se encuentran inmersas en procedimientos judiciales de orden familiar. Dichos centros tienen como fin el que el padre o madre que no posee la custodia puedan llevar a cabo los encuentros con sus hijos, procurando el sano desarrollo emocional de los menores a la vez de preservar la relación con la figura del progenitor ausente (Centros de Convivencias del TSJDF ; 2006).

En este sentido, cabe reflexionar acerca del por qué, las relaciones familiares han tenido que ser atendidas por elementos judiciales más que (o aparte de) por instituciones de Salud, que trabajen en la prevención y la promoción de la Salud mental familiar.

Con esta breve revisión, aunado a la experiencia profesional ya reunida y lo observado en las clínicas de la UNAM, podemos enunciar, de manera sintética, algunos rubros de la problemática familiar actual en México, de los cuales, algunos pudieran ser susceptibles de atenderse por un o una terapeuta sistémica:

EN EL SISTEMA = FAMILIA:

- ❖ Desintegración familiar (separación de los cónyuges -con o sin divorcio- y de los hijos, por este motivo).
- ❖ Problemas relacionados con la Patria Potestad, Custodia y pensión alimenticia de los hijos.
- ❖ Dificultades de acuerdos entre progenitores, estando estos juntos o no, para la educación de los hijos.
- ❖ Migración (de uno o ambos padres, de los hijos o de la familia completa) y las dificultades emocionales y prácticas que ello conlleva.
- ❖ Matrimonios o nuevas parejas, después del divorcio.
- ❖ Familias monoparentales
- ❖ Pluralidad de formas familiares.
- ❖ Infidelidad
- ❖ Alcoholismo (u otras adicciones)
- ❖ Luchas de poder entre cónyuges y/o con integrantes de la familia extensa.
- ❖ Jerarquías difusas o invertidas
- ❖ Conflictos conyugales que generan conductas disruptivas en los menores
- ❖ Padres emocional o físicamente ausentes
- ❖ Técnicas de afrontamiento de conflicto ineficaces
- ❖ Uso de estilos de crianza inadecuados y/o ineficaces
- ❖ Comunicación insuficiente o ineficaz entre los miembros de un sistema
- ❖ Problemas conductuales y/o escolares, en - o con - los hijos

EN EL MACROSISTEMA, PROBLEMÁTICAS que inciden y se reflejan en las familias:

- ❖ Violencia de género
- ❖ Violencia (de diversos tipos) hacia los más débiles o indefensos: ancianos, niños, personas con alguna discapacidad.
- ❖ Pobreza
- ❖ Inequidad social

- ❖ Discriminación
- ❖ Analfabetismo
- ❖ Altas tasas de desempleo

Hasta aquí hemos realizado una semblanza de la importancia de la familia en el desarrollo del individuo, de los problemas que hoy la aquejan, así como a la sociedad en la que está inserta y del campo de trabajo donde, como terapeutas del cambio, se puede incidir.

1.4) La Terapia Familiar Sistémica Y Posmoderna Como Alternativa Para Abordar La Problemática Señalada.

Conceptualizar y analizar a la familia y otras estructuras sociales como *sistemas* remite su origen a 1937, con la formulación de la Teoría de los Sistemas elaborada por *Von Bertalanffy* cuya publicación fue en la década de los 40`s (Bertalanffy; 1991). Asimismo, al trabajo de *Gregory Bateson* quién analizó las relaciones humanas y las diversas formas de interacción que se presentan en éstas y, finalmente a la *cibernética de Wiener* (1948). Todo lo anterior estuvo acompañado y fue posible debido a que en el mundo de la Ciencia hubo inquietud respecto a ciertos problemas complejos (en particular de índole biológica, humana y social) que no se podían estudiar con los métodos hasta entonces ocupados, por lo que estaban siendo dejados de lado, tal como situaciones de relación, interacción e intercambio, que se presentan en *los sistemas abiertos*.

Watzlawick, Bavelas y Jackson (1997, p. 119) lo expresan del siguiente modo:

La distinción (que permitió la teoría de los sistemas generales) entre sistemas cerrados y abiertos ha liberado a las ciencias que se ocupan de los fenómenos de la vida de las cadenas de un modelo teórico esencialmente basado en la física y la química clásicas, esto es, un modelo de sistemas exclusivamente cerrados. Puesto que los sistemas vivientes tienen tratos cruciales con su medio, la teoría y métodos de análisis

adecuados a cosas que pueden colocarse en un recipiente aislado y sellado resultaban notablemente paralizantes y equívocas.

De tal manera que se propició la búsqueda de métodos, modelos y conceptos que fueran funcionales para las necesidades encontradas. Veamos a continuación, brevemente, los antecedentes de la Terapia Familiar o sistémica:

Bertalanffy, fue un biólogo húngaro, quien se encontraba insatisfecho (como otros biólogos de su tiempo) con el método científico entonces conocido (enfoque mecanicista ocupado de cursos causales lineales, con mucha efectividad para pocas variables pero no así para situaciones más complejas y que procura separar los elementos para obtener el máximo control) ya que no le permitía estudiar a los organismos vivos en toda su complejidad. Él reconoció que cada ser vivo está ubicado en estructuras mayores sucesivamente más incluyentes y que hay una interconexión y comunicación entre dichas estructuras. Asimismo que los seres vivos tenían un grado de complejidad y organización que era poco comprendido, estudiado y hasta minusvalorado. Desarrolla así la Teoría General de Sistemas como hipótesis de trabajo para poder avanzar en sus investigaciones. La mostró al público en 1937 en un seminario, para después guardarla por aproximadamente 10 años, debido a qué, como él dice "era mal visto teorizar en biología" (p. 93 en Bertalanffy; 1991). Cuando finalmente se atrevió a exponerla fue bien recibida y se inició su aplicación en diferentes áreas de la Ciencia.

La Teoría General de Sistemas posee dos acepciones:

- **Como Ciencia básica;** Teoría General de los Sistemas, que parte de una definición general de sistema como *totalidad organizada de componentes interactuantes*. Donde acompañan a esta definición diversos conceptos que se han utilizado ya en la teoría de la información, la teoría de los juegos, la teoría de la decisión, las matemáticas relacionales y que pueden ser aplicados a fenómenos concretos, tales como: la interacción que se presenta entre diversos mamíferos que pertenecen a una agrupación o la de las naciones, en su relación con el entorno mayor y entre ellas mismas (cuestiones multivariadas o

multicausales de gran complejidad).

- **Como Ciencia aplicada** o Ciencia de los sistemas, íntimamente vinculada a la automatización moderna y la tecnología. En esta última se incluyen la Ingeniería de sistemas, la investigación de operaciones y la Ingeniería humana, entre otras (Ackoff y Hall, en Bertalanffy; 1991).

Así, el punto de vista sistémico posibilitó el hecho de estudiar fenómenos sin aislar sus elementos sino, por el contrario, *relacionarlos*, con el fin de *comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca*.

Surgió así una *nueva forma de ver* los problemas; *una concepción armónica* de no exclusión, que se llegó a llamar *la exploración científica del todo y de sus totalidades*.

Éste y otros enfoques que empezaron a permear en la ciencia permitieron la posibilidad de entender a la construcción científica como *un modelo que representa determinados aspectos* o panoramas de la realidad, reconociéndose así que no hay un modelo que lo abarque todo o que sea la única perspectiva válida.

Tenemos por otro lado a **Wiener** quien acuñó el nombre de Cibernética en 1948 y a quien Bertalanffy (1991) le atribuye el enorme progreso del campo.

La cibernética se puede entender como una derivación o uno de los modelos de la Teoría General de Sistemas. Es el estudio de cómo los sistemas complejos afectan y luego se adaptan a su ambiente externo; se centra en fenómenos de control y comunicación: ambos fenómenos externos e internos del sistema. La cibernética trata acerca de sistemas de control basados en la retroalimentación. Esta capacidad es natural en los organismos vivos y se ha imitado en máquinas y organizaciones. El lenguaje interdisciplinario que brindó la cibernética permitió construir sistemas artificiales y entender a los naturales.

Así, podemos encontrar cibernética en: la teoría de la información (avance y desarrollo en sistemas computacionales), en la ingeniería de sistemas, de donde

deriva la ingeniería humana y la ergonomía (busca que humanos y tecnología trabajen en completa armonía), entre otras.

Vemos de esta forma que la cibernética es una ciencia interdisciplinar, ligada tanto a la física como al estudio del cerebro y al de las computadoras; tiene que ver con los lenguajes formales de la ciencia y proporciona herramientas con las que describir, de manera objetiva, el comportamiento de todos estos sistemas. Bateson llegó a afirmar que ésta era "el más grande mordisco a la fruta del árbol del Conocimiento que la humanidad haya dado en los últimos 2000 años".

En este sentido cabe mencionar que este mismo personaje vislumbró las posibilidades que la cibernética daba para el estudio de las interacciones humanas de modo tal que, con ella, se podía tener una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social.

La cibernética permitió así un procedimiento formal para examinar procesos interaccionales y métodos de cambio, además de permitir y promover un respeto, aprecio y admiración por los sistemas naturales (Keeney; 1987).

Veamos ahora a **Gregory Bateson**, cuya persona tiene una fuerte formación en la biología, su profesión fue la antropología y sin embargo fue llamado etnólogo, desde 1949 hasta 1962 en el Hospital de la Administración de Veteranos en Palo Alto (p. 10 Bateson; 1991). Él laboró (como él mismo lo refiere) en el área de la antropología, la psiquiatría, la evolución biológica y genética y la nueva epistemología que resultó de la teoría de los sistemas y de la ecología (Bateson; 1991, p. 12). Él utilizó conceptos de estas ramas para comprender el comportamiento humano.

Entre las aportaciones de Bateson se encuentran el analizar cómo la cultura se perpetúa a sí misma, la forma en que se presentan las interacciones entre los seres humanos y cómo estas pueden ubicarse en uno de dos tipos de relación, simétrica o complementaria además de estudiar la naturaleza general de la comunicación en términos de niveles, utilizando para ello la teoría de los Niveles

Lógicos de Russell. En este último rubro encontró cómo ocurre, por la discontinuidad entre niveles, la paradoja.

Hemos revisado hasta aquí, someramente, a los tres pilares que formaron la cuna de lo que hoy conocemos como **Terapia Sistémica Familiar** la cual concibe al individuo como sistema y a éste, inmerso en sistemas mayores tales como la familia, la escuela, la empresa y la sociedad. Donde, la familia, por otra parte, se concibe como un sistema abierto con funciones dinámicas, que se mantiene en constante interacción al interior y con intercambio hacia el exterior (Bertalanffy; 1991). Derivando así los siguientes supuestos (Andolfi; 1991):

- a) La familia es un sistema en constante transformación
- b) La familia es un sistema activo que se autogobierna
- c) La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas

Además de *principios básicos* (Sánchez y Gutiérrez; 2000), tales como:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus propias reglas, donde los elementos de organización son independientes pero a la vez interconectados. Es decir, en el caso de la familia, sus miembros tienen una interacción hacia adentro del sistema, pero también independencia para relacionarse con otros sistemas externos a este primero. Y toda situación que afecte a uno de sus subsistemas, afectará al sistema total y viceversa.
- La estructura familiar posee jerarquías y está formada por subsistemas.
- Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales.
- Cada miembro del sistema, aporta una perspectiva diferente de dicha organización.
- En los sistemas abiertos la evolución y los cambios son inherentes.
- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de la homeostasis.

Con esta nueva epistemología, la terapia sistémica se consolida gracias a la relación y comunicación que se dió entre científicos de varias disciplinas (psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, sociólogos, antropólogos, biólogos, ingenieros, filósofos) quienes buscaban entre otras cosas, encontrar la naturaleza de la patogenia en los sistemas sociales (Zuk y Boszormenyi-Nagy; 1985).

Se buscó encontrar las leyes que regían a estos sistemas, el por qué de las conductas repetitivas, el cómo surge la enfermedad mental en algunos contextos y en otros no, en cómo las interacciones que se dan en una díada pueden semejarse a las que se dan en una comunidad, etc. Así el estudio psiquiátrico y psicológico pasó del individuo a la díada, posteriormente a la tríada para, finalmente llegar a grupos aun mayores. La epistemología y el estudio pasó así, del interior del individuo (psicoanálisis y psiquiatría) a la comunicación entre personas.

Hoy por hoy, un terapeuta familiar puede incidir en sistemas como el individuo, la familia, o cualquier otra agrupación que éste forme. Es decir, puede trabajar *en y con* el contexto donde se ubica el individuo con alguna problemática en particular. Esto se debe a que, para la teoría sistémica, los individuos están interrelacionados de manera tal que un cambio en cualquiera de los miembros del sistema afecta a los otros, lo que a su vez afectará al primero en una cadena circular de influencia.

La Terapia sistémica es una terapia que actúa en el nivel del sistema de relaciones (Fishman y Rossman 1986). Es un enfoque psicoterapéutico que se aboca al sistema y sus subsistemas. Puede atender, según el modelo que siga, a la familia nuclear, a la familia extensa o incluso, en algunos casos, a una extensa red social.

La orientación sistémica tiene como elemento central de toda indagación a la interacción (Rolland; 2000).

Entre los elementos que investiga y valora, se encuentran:

- ✓ Los límites
- ✓ Las jerarquías

- ✓ La estructura
- ✓ Las alianzas
- ✓ Las coaliciones
- ✓ Los roles y las funciones asumidas
- ✓ Las Triangulaciones
- ✓ La Flexibilidad vs la rigidez
- ✓ Las Formas de Comunicación
- ✓ Las interrelaciones
- ✓ El Conflicto
- ✓ El Paciente identificado y su interacción con la familia
- ✓ El Ciclo de vida, entre otras cosas (Zuk y Boszormenyi-Nagy; 1985)

Los modelos terapéuticos que tratan a la familia con los conceptos sistémicos, se ocupan de las fuerzas que promueven *el cambio*, cuidan de las que brindan *estabilidad* al sistema, identifican a la *comunicación* como un proceso complejo, reconocen los *dinamismos* que intervienen en la familia, perciben a ésta dentro de un *contexto* más amplio, sociocultural y trabajan, principalmente en el *aquí y ahora*.

En este punto me parece importante detenerme para explicar los conceptos de *cambio vs. Estabilidad*, anteriormente mencionados; desde el enfoque sistémico, se procura respetar y cuidar de la organización que tiene cualquier sistema, para permanecer. En la práctica, se puede traducir de esta manera: las familias pueden oponerse al cambio de la misma forma en que pretenden ser diferentes. En este sentido, Selvini (1998) sugiere que los terapeutas podemos apoyar la parte de la estabilidad buscando incrementar la fuerza que impulsa el cambio.

Sin embargo, cabe aquí mencionar que, estos conceptos se relacionan también con ciertas críticas que ha recibido el enfoque sistémico familiar, en particular en lo relacionado a la violencia en el hogar; esto es, la posibilidad de caer en la idealización de "la familia" sin tener en cuenta las grandes diferencias que puede haber entre éstas. Por ejemplo, aquellas que cuidan y nutren a sus miembros y

aquellas otras en que sus miembros están sufriendo serios perjuicios por pertenecer a dichas organizaciones, pudiéndose así ocasionar el fenómeno que Ravazzola (2005) llama "no ver que no vemos": defender la estructura por la estructura misma. Donde, si una mujer violentada se topa con un terapeuta familiar que "no ve que no ve" puede entonces culpabilizarla dejando a la vez enmascarados los abusos de poder -tras el éxito que implica haber conseguido convocar y mantener dentro de la estructura terapéutica al abusador- reforzándose en esta mujer su negación de daños y riesgos, la repetición del ciclo de la violencia y el hecho mismo de que las mujeres (que viven en estas condiciones) dejen de lado su protesta y sigan sacrificando su bienestar personal a fin de conservar *la unión familiar*.

En este sentido, es importante mencionar que aquél o aquella Terapeuta Sistémico que desee atender a quiénes le consulten adecuadamente, ha de estar bien enterado de todo aquello que atañe a la familia, capacitándose continuamente en lo relacionado al ámbito profesional, con una revisión constante a la ética universal así como a la propia del área de trabajo así como a todo lo referente a la legalidad y los derechos humanos universales e inalienables.

Para terminar este capítulo cabe mencionar que, en México el movimiento familiar o enfoque sistémico de la psicología ha ido creciendo. Una forma de notarlo son las escuelas que imparten esta especialidad. Antes de 1980 se construyeron dos escuelas privadas para este fin, de 1980 a 1990 se formaron 5 más, de 1990 a 2000 el crecimiento se dio principalmente en provincia, popularizándose el modelo y extendiéndose a Universidades Públicas. Así, hoy, mas de 20 instituciones educativas ofrecen dicho entrenamiento (Eguiluz; 2004).

En este mismo sentido, es sabido también que, en diversos países se están aplicando los principios sistémicos y la terapia familiar, con modelos o herramientas acordes a la problemática de cada lugar.

Dentro de esta temática, la Universidad Nacional Autónoma de México, dentro de su Facultad de Psicología, brinda la Residencia en Terapia Familiar, la cual promueve:

- La investigación
- La práctica (en clínicas debidamente equipadas, pertenecientes a la Institución o con acuerdos con ésta, con acompañamiento y supervisión de los catedráticos para sus estudiantes, quienes brindan la atención terapéutica a familias y personas).
- La formación de futuros terapeutas familiares (quienes con ética, compromiso y participación social inciden en las problemáticas del país).

Los modelos o enfoques con que se cuenta actualmente para atender a las familias son:

- Modelo Estructural
- Modelo Estratégico
- Modelo Breve
- Modelo De La Escuela De Milán
- Modelo Post Milán
- Modelo Constructivista
- Enfoque Narrativo
- Enfoque Colaborativo
- Con Equipo Reflexivo

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

Introducción

La Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con la Coordinación de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Esta Coordinación desarrolla acciones vinculadas con las funciones sustantivas de docencia, investigación y servicio, primordialmente con aquellos responsables de prestar servicios de atención comunitaria, a través de diversos Centros y Programas. De esta Coordinación es de quien dependen los *Centros Comunitarios "Dr. Guillermo Dávila"* y *"Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro"*, escenarios en donde fue desarrollado el trabajo clínico de la Residencia en Terapia Familiar. Asimismo, se pudo contar con una tercera sede clínica, el *Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*.

2.1) Descripción de los escenarios.

2.2) Análisis sistémico de los escenarios

Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor Sánchez Y Navarro"



Este Centro depende de la *Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

Acerca del nombre que lleva:

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, cuando el Dr. Julián Mac Gregor encabezó a un grupo de investigadores en un estudio en la Colonia Ruiz Cortines. Posterior a ello, el mencionado Doctor trabajó en su fundación y su funcionamiento. Este lugar primero llevó el nombre de "Dr. Oswaldo Robles", después, tras el fallecimiento del Dr. Mac Gregor, el Centro adquiere su nombre como reconocimiento póstumo.

Ubicación:

El Centro se encuentra en la calle de Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortines de la Delegación Coyoacán. Cercanas a él están las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo, de donde provienen la mayoría de los usuarios del Centro.

Los Objetivos principales de este Plantel son:

- Participar en la **profesionalización de los estudiantes** de la Licenciatura. Posgrado y Especialización de la Facultad de Psicología de la UNAM, mediante su incorporación en los programas y actividades del Centro, bajo la supervisión de profesoras/es del área de competencia.
- Proporcionar **apoyo a la comunidad** mediante la creación de programas preventivos y de intervención, tomando en cuenta las principales problemáticas y el nivel de incidencia, que se presentan en dicha comunidad.

Sus funciones son:

- Proporcionar a los alumnos un escenario real para el desarrollo de sus habilidades profesionales.
- Promover permanentemente los programas y actividades que en el Centro se realizan, entre los profesores y el estudiantado, quienes tienen la oportunidad de insertarse en ellos, para llevar a cabo sus prácticas, servicio social, tesis o formación en la práctica.

- Proporcionar servicios tanto a nivel preventivo como de intervención, a los diferentes grupos de la comunidad.
- Mantener relación estrecha con la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, así como con los distintos centros y programas.
- Establecer contacto e interacción con asociaciones, grupos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de potenciar los programas del Centro.

Infraestructura:

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

Servicios:

En el Centro se otorgan diferentes servicios psicológicos a través de diversos programas y actividades dirigidos a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad.



Las actividades de **prevención** están organizadas por pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acuerdo de fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma.

En el nivel de **tratamiento** los enfoques psicológicos que se manejan son Humanista, Gestalt, Cognitivo - Conductual y Psicodinámico. Dicho tratamiento está bajo la responsabilidad de los maestros y alumnos (terapeutas) que prestan su servicio en el lugar.

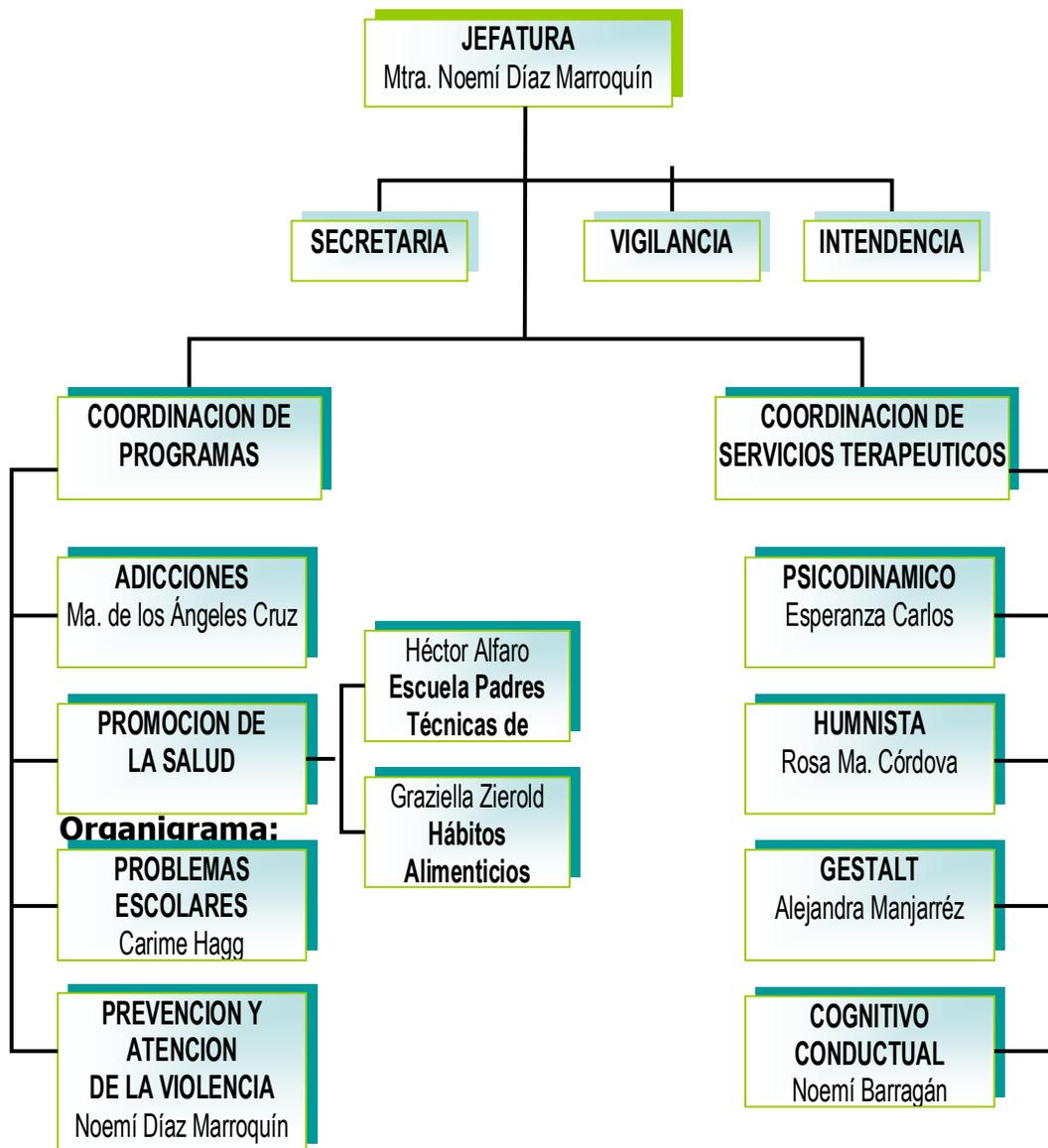
Es importante mencionar que se ha podido detectar que los usuarios del Centro presentan como principal **motivo de consulta** los problemas familiares o de pareja, seguido por problemas de conducta de los hijos. Otros motivos de consulta importantes son: problemas de aprendizaje y/o problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, baja autoestima, etc.

Por cada uno de *los Programas y Servicios Terapéuticos* (de acuerdo al enfoque psicológico), que se llevan a cabo, existe *un docente*, que funge como *Coordinador*.

Los programas con los que actualmente cuenta el Centro son:



ORGANIGRAMA



El Centro Comunitario se encuentra a cargo de la *Mtra. Noemí Díaz Marroquín*, responsable de la administración, supervisión y coordinación de todo el lugar.

Cuenta con personal de *apoyo administrativo* a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia.

La secretaria del Centro es quien se encarga de proporcionar a los usuarios información general acerca de las actividades que se realizan. Asimismo, lleva el registro (libreta de la lista de espera), de las personas que por vía telefónica o personalmente acuden a solicitar el servicio. Se encarga además de la recepción de los pacientes que acuden a consulta o a los distintos eventos y recibe de los estudiantes-terapeutas, los reportes mensuales de ingresos derivados de las cuotas de los usuarios.

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

Los Coordinadores de los Programas y Servicios Terapéuticos fungen como supervisores del alumnado que acude al Centro para llevar a cabo sus prácticas. Son los responsables de las actividades que éstos llevan a cabo.

Proceso de captación de pacientes:

Los estudiantes (terapeutas) consultan la libreta (lista de espera de pacientes), analizan a quienes pueden atender (de acuerdo a su enfoque teórico, preparación y capacidad) se comunican telefónicamente y acuerdan la primera cita en donde, además de brindarse a los pacientes el encuadre institucional, se acuerdan horarios y periodicidad de las citas. Comúnmente el o la terapeuta (y en su caso, co-terapeuta) trabajan acompañados (por medio del circuito cerrado) de Supervisora y equipo terapéutico (4 ó 5 estudiantes-terapeutas) y el tratamiento suele ser de 5 a 10 sesiones con una periodicidad entre ellas de 15 días. El alumno (terapeuta), por otro lado, también se hace cargo de la recepción de las cuotas de recuperación (que paga el paciente), de las cuales rinde un informe mensual que entrega al personal administrativo (secretaria-recepcionista) junto con el monto total de las mismas.

Centro De Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila

Sobre el nombre que lleva;

El Dr. Guillermo Dávila, médico, psicoanalista y neuropsiquiatra, es reconocido por ser uno de los pioneros en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en México. Fue profesor en la Licenciatura de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Entre sus contribuciones está el establecimiento de una oficina para proporcionar servicios de salud mental dentro del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública y ser uno de los fundadores de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en 1950.

La contribución del Dr. Dávila a la psiquiatría y psicología fue amplia, como maestro, investigador, asesor, fundador del Instituto Mexicano del Seguro social y fundador de la Sociedad Interamericana de Psicología. Falleció el 3 de Agosto de 1968.

Acerca del Centro de Servicios Psicológicos

La Facultad de Psicología estuvo adscrita a la Facultad de Filosofía y Letras desde 1945. En 1973 la Facultad de Psicología se constituye como tal y se impulsa un nuevo currículo que pretende unificar los aspectos teóricos con los prácticos.

En 1977 siendo directora de la Facultad la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollan iniciativas para la creación de Centros de Atención a la Comunidad; así, surgen convenios con el Centro de Psicología Humana, Instituto de Psiquiatría, Centros de Integración Juvenil y Departamento de Integración Familiar. El objetivo de estos centros era establecer un contacto más estrecho con la comunidad y dar servicio en las áreas de: educación, clínica, social y rehabilitación. Finalmente, nacen dos centros de Servicio a la comunidad dependientes exclusivamente de la Facultad:

1.- El Centro de Servicios Comunitarios coordinado por el Dr. Julián Mc Gregor, donde los estudiantes de la Facultad de Psicología realizan su servicio social.

2.- El Centro de Servicios Psicológicos, que ofrece servicio tanto a los estudiantes como a su familia nuclear. Es un centro donde se desarrolla la docencia y la investigación a nivel de estudios superiores; al principio surge adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquiere la autonomía en 1983.

El Centro de Servicios Psicológicos

Al crearse este Centro, tuvo como objetivos:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica
- Desarrollar programas de investigación.
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad (población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear, más adelante el servicios se amplió para toda la población universitaria y a la comunidad en general).

En 1981 el CSP se torna proyecto a partir del trabajo realizado por el Dr. Lichtszajn y la Lic. Benavides y su visita a la Universidad de Austin, Texas, para conocer el funcionamiento del Centro en esa universidad. El proyecto en ese momento tenía los siguientes puntos:

1. Se elaboró por escrito la estructura y las funciones del CSP
2. Se invitó a los maestros de estudios superiores a participar y colaborar con el CSP, a fin de que pudieran vincular el trabajo docente con una actividad práctica terapéutica.
3. Se creó un seminario de entrenamiento terapéutico con el personal asignado.

Ubicación:

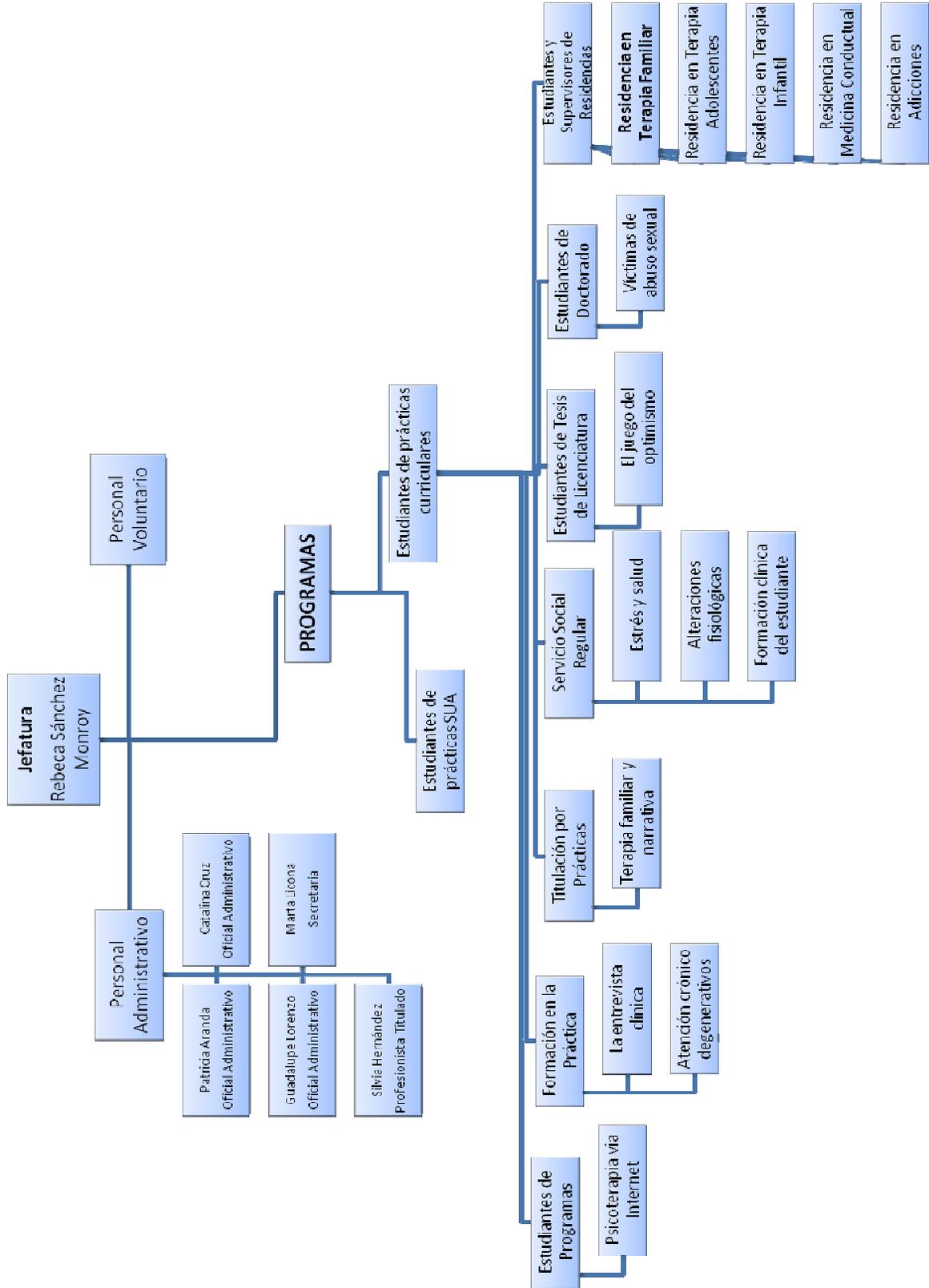
El CSP queda ubicado en el sótano del nuevo edificio destinado a la División de Estudios de Posgrado (Edificio "D") de la Facultad de Psicología. Tiene 7 cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, 4 salas para usos múltiples, y 3 salas de observación con el sistema de Cámara de Gesell.

Propósito actual del Centro de Servicios Psicológicos:

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

Organigrama

Actualmente, el CSP tiene en la Jefatura a Rebeca Sánchez Monroy. Cuenta con personal administrativo (quienes realizan funciones de recepción y secretariado), con personal voluntario (servicio social de estudiantes de la Facultad) y varios docentes y estudiantes (licenciatura, maestría y doctorado) quienes llevan a cabo los programas con los cuales cuenta el Centro para ofrecer a los usuarios.



Proceso de captación de pacientes

Admisión:

1. En un primer momento las personas que solicitan la atención deben llenar una solicitud en la que anotarán sus datos generales (ocupación, composición familiar, nivel socioeconómico), lo que consideran su motivo de consulta así como una auto-evaluación sobre su funcionamiento y satisfacción en áreas como la afectiva, laboral, social, física y sexual.
2. Posteriormente alguno de los residentes que prestan sus servicios en el centro realiza una preconsulta. En dicha entrevista se exploran con mayor profundidad aspectos como el motivo de consulta del paciente y la historia de su padecimiento, la organización familiar, y el historial médico, farmacológico y psicoterapéutico.
3. El siguiente paso es hacer una selección y clasificación en función al tipo de problemática, la gravedad y/o urgencia de ésta. Dicha clasificación también obedece a el hecho de que si el servicio que requiera el solicitante pueda ser brindado por el centro o no. En caso negativo se hace una canalización a instituciones con las que la coordinación del centro se haya vinculada. En toda canalización se expide un formato que requiere ser contestado con una contrareferencia, lo que permite un seguimiento posterior.
4. Por otro lado, con las solicitudes que si pueden ser atendidas por los servicios del Centro se realizan clasificaciones por edad, en infantil, adolescentes y adultos. Cabe aclarar que el centro no cuenta con especialidad geriátrica, por lo que este sector no es incluido.
5. Finalmente los casos son canalizadas internamente hacia la Residencia o programa correspondiente; se realiza la apertura del expediente y el enlace del terapeuta con sus pacientes.
6. Quedan en lista de espera aquellas solicitudes que pueden ser atendidas por el Centro, pero que, al momento (alta demanda, menos profesionales) no se pueden atender.

Preconsulta

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

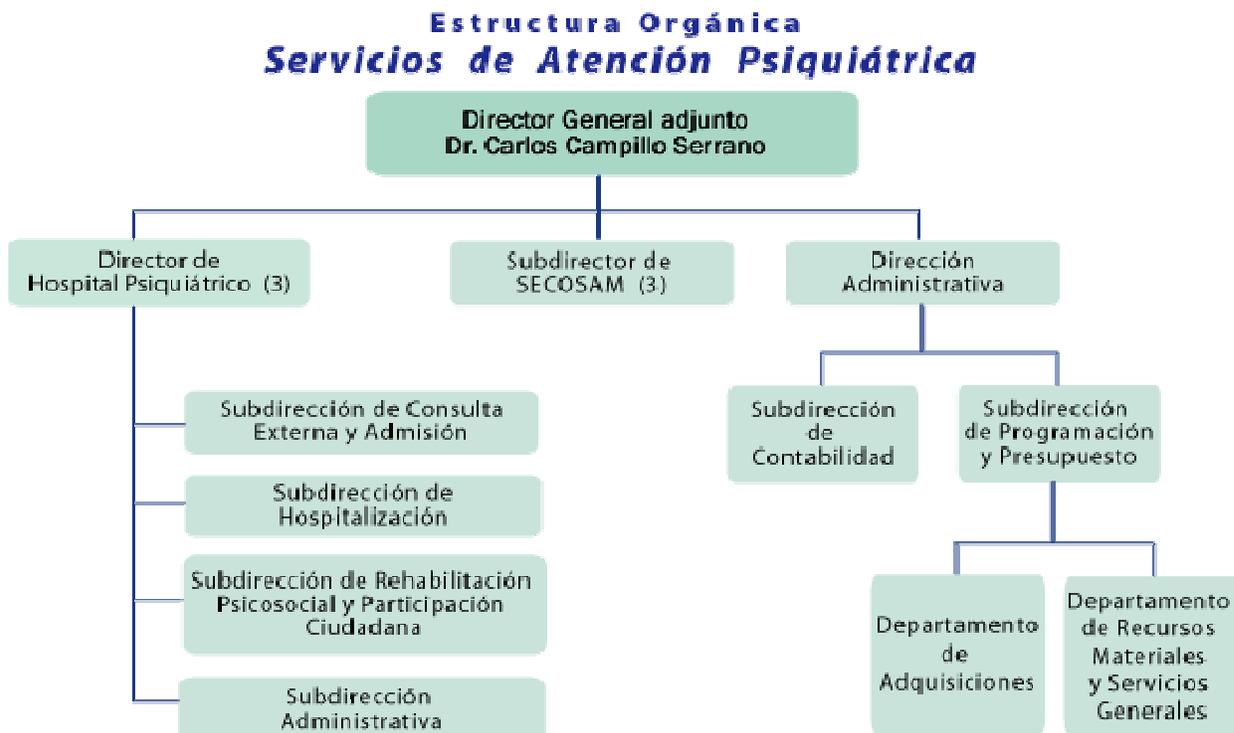
Una vez terminada la entrevista, se le informa al solicitante que debe esperar aproximadamente 15 días para que le llamen al teléfono que él o ella haya indicado para recibir recados, y le asignen cita (día, hora y tipo de servicio), asimismo se les comenta que si no reciben la llamada, ellos se comuniquen,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

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro," ubicado en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez de la Delegación Tlalpan, fue inaugurado el 24 de octubre de 1966.

Brinda a sus usuarios *atención primaria* (promoción de salud mental e identificación temprana), *secundaria* (diagnóstico oportuno y tratamiento) y *terciaria* (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

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



Servicios del Hospital

El Hospital ha ido evolucionando en su modelo de atención para dar solución a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia, con un modelo multidisciplinario, tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo. Cuenta para ello con cinco *áreas fundamentales*:

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

Además, el Hospital brinda atención en dos modalidades:

a) *Consulta no urgente:*

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

b) *Atención urgente:*

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

Entre sus intervenciones *multidisciplinarias* se encuentran los servicios de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Servicios Médicos, Diagnósticos, Terapia y Rehabilitación. Se han integrado asimismo, equipos de trabajo enfocados a actividades por psicopatología y etapas de desarrollo a través de "clínicas". El especialista de primer contacto con los usuarios es el Paidopsiquiatra, quien coordinará al equipo y es responsable de la atención integral del usuario.

Los *equipos multidisciplinarios* realizan las siguientes actividades:

- *Psicología*: Psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal y apoyo a los padres de los pacientes (información, orientación en grupo o individual).
- *Enfermería*: Sus funciones están encaminadas a satisfacer las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden a los diferentes servicios del Hospital.
- *Trabajo Social*: Investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y adolescencia, orientados a la prevención, al fomento de la salud y la rehabilitación de éstos.
- *Rehabilitación Psicosocial*: Proporciona a los usuarios del Hospital la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, a través de un equipo integrado por profesionales especializados en diferentes áreas como: Psicomotricidad, Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Socialización, Orientación Familiar, Terapia Familiar, Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ambiental, Terapia del Lenguaje y Psicopedagogía.

En la actualidad el hospital cuenta con seis *talleres*: Expresión Corporal, Pintura, Educación Física, Corte, Fútbol, Orientación y Estimulación Educativa.

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

- *Clínica del Desarrollo*: Atiende población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (Retraso Mental y niños con alto riesgo).
- *Clínica de las Emociones*: Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- *Clínica de los Trastornos de la Conducta*: Atiende a menores entre 6 y 12 años que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento social y trastornos del aprendizaje escolar y trastorno disocial.
- *Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual)*: Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemática de abuso sexual.
- *Clínica de Sueño*: Atiende a menores con trastornos del sueño.
- *Clínica de la Adolescencia*: Atiende a personas entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos, de aprendizaje o de la conducta alimentaria.
- *Psiquiatría Legal*: Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.
- *Hospital de Día*: Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

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

- *Paidea*. Esta unidad atiende a menores de ambos sexos con problemas relacionados con la fármacodependencia, en un modelo de atención similar

a una comunidad terapéutica, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional además de las propias de su tratamiento. La unidad atiende de las 8 a las 16 horas, de lunes a viernes.

- *Unidad de Adolescentes para varones y mujeres.* En esta unidad cuenta con áreas separadas para varones y mujeres, donde se atiende a adolescentes (entre 12 y 17 años), con trastornos psiquiátricos graves que requieren de hospitalización para su manejo, con padecimientos como depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de conducta.

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

- Neuropediatría
- Pediatría
- Dental
- Medicina Física y Rehabilitación
- Genética
- Laboratorio Clínico
- Rayos "X"
- Electroencefalografía
- Psiquiatría Comunitaria

Infraestructura:

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

Requisitos para usuarios:

- Acudir por voluntad propia.

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

Figura 1. Consultas en el periodo 2000-2004.

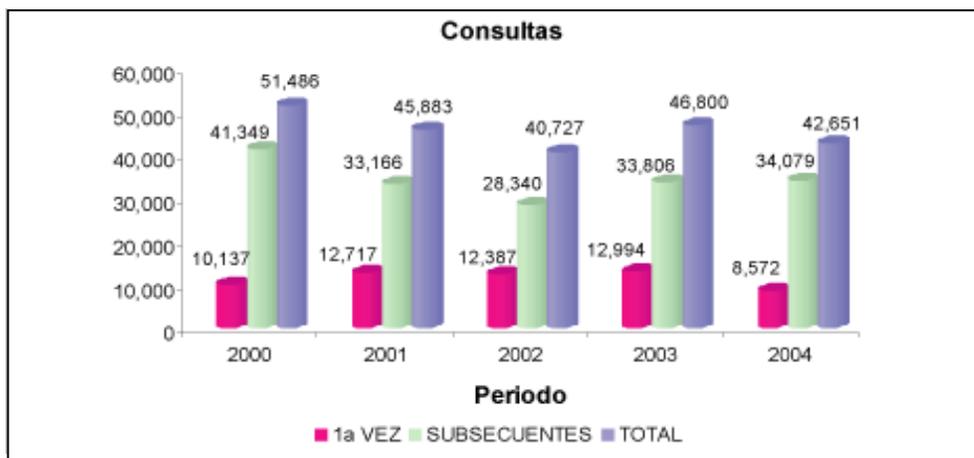


Figura 2. Urgencias Atendidas en el periodo 2000-2004.



(Secretaría de Salud; s. f.)

2.3) Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico

Centro Dr. Julián Mac Gregor

Como parte del grupo de terapeutas en formación, acudimos al Centro Mac Gregor los jueves, cada quince días, de dos semestres. Ahí me tocó practicar la co-terapia con mi compañera la Psicóloga Fania Delgado para atender a una joven madre con sus dos hijos. La mayor parte de las veces estuvimos acompañadas por la supervisora, Mtra. Noemí Díaz Marroquín y 4 compañeros del grupo (los otros 6 compañeros estaban en la Sede "Navarro"), quienes formaban el equipo terapéutico. También pude ser, en este Centro, parte del equipo terapéutico, acompañando a otros compañeros (quienes también hicieron co-terapia) a atender a una familia de 4 miembros y a una compañera que atendió a una joven quien había sufrido una violación sexual y que fue llevando para cada sesión a un familiar distinto para acompañarla. Los tres procesos terapéuticos -desempeño de mis compañeros o el mío propio, sus supervisiones correspondientes: pre o post sesión- me permitieron adquirir importantes aprendizajes.

La relación con todo el personal del Centro, desde mi punto de vista, siempre fue de cooperación, respeto y entendimiento.

Centro Dr. Guillermo Dávila

Es en este último centro, "Dávila," donde mis compañeros y yo, terapeutas familiares en formación, tuvimos la mayor parte de actividad terapéutica debido, en buena parte, a que se ubica en la Facultad de Psicología.

En mi caso, durante la formación -4 semestres- atendí *en este lugar* 3 casos: 1) una familia compuesta por 4 personas 2) un esposo, quién en ocasiones acudió con su cónyuge, otras con su hijo y la mayoría él solo y 3) una joven madre que acudió sola a las citas, todo el tratamiento.

Ahí, en las distintas supervisiones (de acuerdo al Modelo terapéutico) cada uno de nosotros, solos o en pareja (co-terapia), entramos a la cámara de Gesell y fuimos vistos y escuchados desde el otro lado (tras el espejo) por el equipo terapéutico (compañeros de formación) y él o la supervisora.

En estas mismas cámaras hubo momentos en que, no habiendo pacientes (por cancelaciones) trabajamos, los compañeros y yo, por medio de *roleplaying*:

1. Con la persona del terapeuta
2. Con la familia de origen de cada uno de los terapeutas en formación
3. Casos que cualquiera de nosotros estuviésemos atendiendo para allegarnos de nuevas perspectivas, sugerencias de trabajo, hipótesis, etc.

En general, siempre tuvimos el apoyo del personal de recepción del Centro así como de la responsable de él. Desde mi perspectiva, la estancia y el trabajo realizado en este Centro fueron armoniosos y fructíferos.

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.

Teoría De Los Sistemas

La teoría general de los sistemas fue elaborada por el biólogo Von Bertalanffy, se llegó a conocer también como Teoría organísmica o como la “exploración científica del todo y de sus totalidades” ya que observa las relaciones dentro de un sistema, concibiendo a éste como un complejo de componentes interactuantes y organizados. Esta teoría se relaciona de manera fundamental con lo que hoy conocemos como Terapia Familiar.

Se sabe (Sánchez y Gutiérrez, 2000) que antes de Bertalanffy, hubo otros que usaban este tipo de terminología y concepción de los fenómenos, tales como Leonardo Da Vinci (1500), Nicolás de Cusa (1464), Paracelso (1530), Köhler y Lotka; este último se ocupó de un concepto general de los sistemas, interesándose en problemas de poblaciones que en cuestiones de organismos individuales, concibiendo a las comunidades como sistemas.

La Teoría General de Sistemas deriva de una definición de “Sistema” que se refiere a totalidades organizadas. Los teóricos de sistemas coinciden en que el concepto, de origen fisiológico, es aplicable a cualquier todo que consista en componentes que interactúen (Bertalanffy;1991).

Entre los **antecedentes** para la elaboración de esta teoría tenemos que:

- El campo de la ciencia en general era principalmente física teórica. Se

necesitaba una nueva terminología y una forma de enfocar y estudiar algunos problemas científicos – complejos, multivariantes, vivos, multifactoriales - de manera más completa. Se requerían nuevas herramientas de estudio y nuevos modelos conceptuales interdisciplinarios (Bertalanffy;1991).

Una vez que esta Teoría se dio a conocer, fue recibida con incredulidad; tenía aplicaciones posibles tanto en las matemáticas como en otras ciencias. Así, se inició su análisis y aplicación a diversas ramas del saber, con lo que la ciencia se enriqueció: una de las cuestiones que permitió fue el pasar de modelos cuya premisa básica era aislar y controlar los elementos pertenecientes a un universo observado, para su estudio, hacia el punto de vista sistémico que *permitía ver la relación entre los elementos* con el fin de comprenderlos en su interacción tanto al interior como al exterior de dichos elementos. Otra cuestión que impulsó la nueva epistemología fue la posibilidad de reconocer que no hay *un* sistema de estudio y análisis del mundo, universal y único que lo abarque todo. Comprendiéndose así que en la construcción científica hay varios modelos que representan determinados aspectos o panoramas del objeto de estudio.

Ashby (1958 en Bertalanffy; 1991) explica *dos métodos generales en el estudio de los sistemas*:

1º) Desarrollado por Bertalanffy, que es principalmente empírico- intuitivo; donde se observa el mundo tal como está, examinando los varios sistemas que lo componen y permitiendo así enunciados de las regularidades válidas.

Con este método Bertalanffy pudo manifestar algunos "Principios de Sistemas" tales como totalidad, suma, centralización, diferenciación, parte conductora, sistemas cerrados y abiertos, finalidad, equifinalidad, crecimiento en el tiempo, crecimiento relativo y competencia.

2º) Desarrollado por Ashby que es más bien deductivo y que considera el conjunto de todos los sistemas concebibles y entonces lo reduce a un grupo de dimensiones mas razonables. Gracias a este método llega Ashby al modelo

cibernético donde conceptualiza al sistema como máquina con entrada, abierto a la información pero cerrado con respecto a la transferencia de entropía (de este modelo Bertalanffy hace un primer análisis concluyendo que no puede ser empleado para sistemas vivos o sociales. También menciona que, en las áreas donde se aplica la Teoría General de Sistemas, suelen encontrarse ambos métodos traslapados).

La Teoría General de Sistemas tiene aplicación en diversos ámbitos, tales como:

- En la teoría de los juegos (Matemáticas)
- En la teoría de la decisión (adiestramiento, selección de personal, juegos militares y de negocios, usados principalmente en ingeniería).
- Forma parte de la Cibernética (Wiener, 1948; en Bertalanffy; 1991)
- En teorías de la personalidad (organísmicas: Goldstein y Maslow)
- Brindó una nueva concepción del sistema nervioso (Von Holst)
- En cuestiones filosóficas
- En el funcionamiento organizacional
- Permite someter a análisis diversas entidades cuyos componentes son de lo más heterogéneo: hombres, máquinas, edificios, valores monetarios, etc.
- Contribuyó a la Ciencia en general y a ciertos enfoques de la realidad.

Finalmente, en el área de la salud mental, permitió un nuevo enfoque para comprender y atender a los sufrientes y a sus familias, entendiéndose que:

Un sistema abierto es aquél que intercambia materiales, energías o información con su ambiente. Donde, la familia es conceptualizada como sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí, con reglas comportamentales y con funciones dinámicas en constante interacción entre ellas y en su intercambio con el exterior (Bertalanffy: 1991).

De esta manera la familia:

- Está en constante transformación
- Es un sistema activo y se autogobierna (Andolfi, 1991)

Gregory Bateson

Bateson, posteriormente a su asistencia a las conferencias Macy, retomó conceptos de la Teoría General de Sistemas y de Wiener y su cibernética (retroalimentación, calibración, circularidad, información, auto-organización, entre otros) para aplicar estos términos en el campo de las ciencias sociales para la comprensión de sistemas interaccionales.

Por ejemplo, la noción de *retroalimentación* que, en un termostato funciona para vigilar su propio desempeño y autocorregirse, lo traspoló a la familia comprendiendo que este proceso le permite estabilidad a su organización.

En el caso de la *homeostasis*, evento que se refiere a que todo cambio se presenta por el empeño en mantener una cierta constancia le permitió entender que, toda constancia se mantiene a través del cambio.

Entre las primeras inclinaciones de Bateson estaba el saber de qué manera la cultura se perpetúa a sí misma. Asimismo le interesaba saber sobre la naturaleza general de la comunicación. Él utilizó los niveles lógicos de Russell para estudiar esto último, lo que le permitió encontrar la discontinuidad entre niveles; la paradoja. Por otro lado, identificó que cada mensaje tiene al menos dos niveles: uno de contenido y uno de significado. Fue de los primeros en sostener la importancia de la función jerárquica de los niveles de abstracción o tipos lógicos de la comunicación (Eguiluz; 2004).

Bateson en compañía de Ruesch, después de sus observaciones en un hospital psiquiátrico, publicó "Comunicación: la matriz social de la psiquiatría" en 1951, donde afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación, que todo suceso es un mensaje y que es necesario observar el tipo de transmisión de información que se está llevando a cabo en las interacciones sociales.

En 1952, Bateson en colaboración con Weakland (ingeniero químico y exdiscípulo suyo), Jay Haley (estudiante de posgrado en artes) y William Fry (psiquiatra) investigó sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que estos dan lugar a las paradojas. Entre los discursos que el equipo analizó se encuentran los de pacientes con esquizofrenía así como el que utilizaba en sus procesos terapéuticos el psiquiatra Milton Erickson. Consideraron que las personas con esquizofrenia tenían una incapacidad para codificar mensajes de tal modo que, confundían una declaración metafórica con una literal.

En 1956, en la revista Behavioral Science, se publicaron las observaciones hechas por el grupo incluyendo ya al psiquiatra Donald Jackson, quien se les unió en 1954. Posteriormente publicaron un artículo titulado "Hacia una teoría de la esquizofrenia" donde hablan de "patología", de "comunicación", de "niveles de abstracción" y de "la paradoja". En este artículo se postula a la esquizofrenia como un fenómeno comunicativo, producto de las relaciones familiares de tal modo que, la enfermedad mental empieza a considerarse dentro de patrones específicos de interacción. En dicho artículo se encuentran dos principios básicos: la familia como sistema homeostático y la hipótesis del doble vínculo. Se incrementa así el interés por estudiar y entender las interacciones de la familia y su relación con el paciente esquizofrénico.

Bateson tuvo entre sus amigos, a M. Erickson, quien le compartió generosamente sus puntos de vista como experto en el campo de la hipnosis. Para los años cincuenta, Bateson le pide a Erickson que reciba a Haley y Weakland como parte de su proyecto de investigación y Erickson acepta.

Epistemología General

Del griego, *episteme*, 'conocimiento' y *logos*, "teoría", la epistemología es una rama de la filosofía que se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, los criterios, los tipos de conocimiento posible y el grado con el que cada uno resulta cierto; así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido. La epistemología estudia la manera en que

determinados organismos o agregados de organismos conocen, piensan y deciden (Abarca; 1991).

Bateson (1990) ocupa el término epistemología para referirse a las *reglas de que nos valemos los seres humanos* para dar sentido a nuestro mundo. Estos lineamientos, dice, no siempre son conscientes, pero determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación de las conductas de los demás.

En la historia natural del ser humano, la ontología y la epistemología, no pueden separarse. Sus creencias acerca de qué clase de mundo es aquél en que vive, determinarán la manera como lo ve y actúa dentro de él. A su vez, sus maneras de percibir y actuar determinarán sus creencias acerca de la naturaleza. De esta manera el ser humano está inmerso en una red de premisas epistemológicas y ontológicas que, independientemente de su verdad o falsedad últimas, se convierten, al menos parcialmente, en válidas para él.

La epistemología abarca aspectos de la red de premisas que gobiernan la adaptación (o mala adaptación) del ser humano a su ambiente relacional y físico. Son estas las reglas mediante las cuales un individuo "construye" su experiencia (Bateson, 1991).

Epistemología cibernética o sistémica:

Como se mencionó, nuestra epistemología determina todo lo que pensamos, decimos y hacemos, por ello, es fundamental que reconozcamos que tenemos una epistemología y cuál es ésta. La Epistemología tiene un doble sentido: indica *cómo* piensa, percibe y decide una persona y *qué* piensa, percibe y decide.

Keeney (1987), respecto a la epistemología cibernética nos explica que:

- ✓ Es una cosmovisión radicalmente distinta de nuestros modos habituales de conocer el mundo.
- ✓ Muchas de sus intelecciones básicas surgieron de la biología y las ciencias humanas.

- ✓ Es una manera de redescubrir la naturaleza biológica de nosotros mismos, de nuestras relaciones interpersonales y de nuestro planeta.
- ✓ La cibernética es una ciencia adecuada para el estudio de los procesos mentales y vivientes, ya que brinda las herramientas para estudiar sistemas complejos, su organización e interacción, al interior como al exterior del individuo, además de ser una ciencia autocorrectiva.
- ✓ La cibernética es un procedimiento para examinar los procesos y métodos que se requieren para el cambio. Es una comprensión estética de éste, pues promueve el respeto, aprecio y admiración por los sistemas naturales y su organización.
- ✓ El cambio epistemológico es el más profundo que los seres humanos somos capaces de manifestar ya que significa transformar la propia manera de vivenciar el mundo.

Nos explica también que en cierto momento estuvo a consideración el cómo llamar a este paradigma alternativo: epistemología ecológica, paradigma general de los sistemas, epistemología ecosistémica, para finalmente tomar el nombre de "epistemología cibernética" ya que conecta con una tradición intelectual que incluye a Ashby, Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, von Foerster y Wiener, entre otros (Keeney; 1987).

Veamos algunas diferencias entre la *epistemología lineal* y la *sistémica*:

Pensamiento lineal:

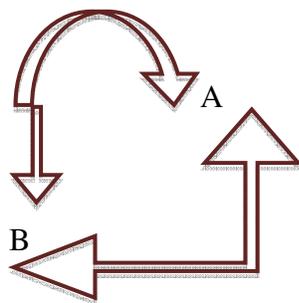
Este tipo de pensamiento considera que se puede conocer con objetividad la realidad (positivismo). Incluso que se le puede controlar, por ejemplo, para estudiarla. De esta forma, el conocimiento científico solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico, donde se defiende el monismo metodológico – teoría que afirma que hay un solo método aplicable a todas las ciencias – donde la explicación científica ha de tener la

misma forma en cualquier ciencia si se aspira a ser ciencia, específicamente el método de estudio de las ciencias físico-naturales. En este sentido, tiene como objetivo de conocimiento explicar *causalmente los fenómenos*, por medio de las leyes generales y universales, lo que lleva a considerar a la razón como medio para otros fines (razón instrumental, objetiviza las realidades con que trata).

En este pensamiento se ubica al observador fuera de sus observaciones y como tal, se espera que éste no afecte aquello que observa. Se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Es anticontextual. Dentro de esta concepción el entorno y las relaciones que en el se dan se visualizan como causas y efectos. Ejemplo de este tipo de pensamiento son la nosología psiquiátrica, el enfoque conductista de Psicología y el psicoanálisis.

Pensamiento circular, recursivo o sistémico

Esta manera de pensar pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Se refiere a una manera de entender los fenómenos dentro de una interacción de factores; A influye a B tanto como B a A y ambos reaccionan (o son causa) del otro. Así, la retroalimentación se refiere a una interrelación de hechos e implica un sistema circular de comunicación.



En este sentido, Bateson diferencia el mundo de los objetos físicos del mundo de las formas vivas y aclara que en el caso de los sistemas vivos no es posible asignar a una parte una influencia causal ante otra (Von Bertalanffy, 1991).

Este tipo de pensamiento ve en los fenómenos procesos recursivos, por ejemplo,

incluso, en nuestra forma de hacernos de una epistemología: vemos el entorno y hacemos distinciones y descripciones de él. A la vez, estas distinciones y descripciones van modificando nuestra manera de pensar y actuar sobre dicho entorno. Y finalmente, podemos conocer (pensar, reflexionar) sobre nuestro modo de conocer de tal forma que vamos reciclando el conocimiento y haciendo modificaciones en nuestra manera de actuar.

Cabe aquí aclarar que ambos pensamientos, el lineal y el circular, no son ni más ni menos correcto o válido, uno que otro. Son dos maneras de puntuar y analizar nuestro entorno y, en momentos, pueden ser complementarios. La ciencia misma nos ha dado aportaciones desde ambas formas de ver y pensar y nuestra comunicación diaria suele estar dominada por una u otra manera de trazar lo que acontece a nuestro alrededor.

En este tenor, en el área clínica Keeney (1987) por ejemplo, sugiere: no renunciar a las intervenciones lineales progresivas (pensamiento lineal) y al pensamiento correspondiente, cuidando de verlas como una aproximación a pautas recurrentes más abarcadoras.

Cibernética

En 1942, en las conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, donde asistieron, entre otros, Rosenblueth, Wiener y Bigelow, Bateson y Mead, se comenzaron a mencionar los procesos de retroalimentación y su relación con la conducta intencional. En 1946, en otro ciclo de conferencias, se propusieron nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la Ingeniería sino también en el de la Biología y el área social. Wiener y Von Neuman hablaron de las claves analógicas y digitales y de cómo es posible comprender la comunicación en distintos niveles de abstracción. Wiener acuñó el término de "cibernética" para designar el nuevo tipo de pensamiento que estaban abordando.

Dos artículos publicados en 1943 se consideran "el nacimiento de la cibernética

explicita" dice Papert (1965, en Keeney; 1987). Uno era publicado por Wiener, Rosenblueth y Bigelow y el otro por McCulloch y Pitts. Dichos artículos procuraban discernir las pautas de organización que subyacen a la conducta intencional y a la percepción, respectivamente.

La cibernética se enfocó a los procesos de comunicación, retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas. Con esta epistemología se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió construir sistemas artificiales así como comprender a los sistemas naturales.

La *cibernética* es una rama de las matemáticas que se ocupa de los problemas del control, la recursividad y la información (Bateson, 1990).

En términos simples, la cibernética forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización. Dentro de este esquema, cambio y estabilidad son dos caras diferentes de la misma moneda sistémica. La cibernética se refiere al mundo de los procesos recursivos y ofrece una manera de considerar las pautas organizacionales (Keeney; 1987).

La cibernética se tornó el soporte teórico de un campo emergente, donde concurren la explicación interaccional y la naciente terapia familiar. Dentro de este desarrollo Gregory Bateson desempeñó un papel fundamental llevando los conceptos de este encuadre a la explicación del comportamiento.

Dentro de *la clínica*, *la cibernética* brinda un procedimiento para examinar los procesos y métodos de cambio. Permite a los terapeutas comprender que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución. En este encuadre se considera que las conductas de cliente y terapeuta están circular o recursivamente conectadas. Según esta perspectiva, el síntoma forma parte de la lógica organizativa de su propia ecología (Keeney;1987).

Cibernética del primer orden:

La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta

organizadora de los procesos físicos y mentales. Es un término tomado de las matemáticas y retomado por la terapia familiar, para determinar la pauta y la organización en la relación paciente - terapeuta la cual, concebida desde la cibernética de primer orden, se desarrolla de forma vertical. Es decir, el paciente espera que el o la terapeuta (experto) le indique que es lo que debe hacer y se presume que si el primero no mejora es por sus resistencias y/o cualquier otro proceso interno del individuo.

Esta cibernética también se conoce como "de los sistemas observados" debido a que cuando se aplica, el sistema observado se considera fuera del observador. La mayoría de los *encuadres terapéuticos no sistémicos y sistémicos de primer orden* caen dentro de este parámetro cibernético: Observador – Observado. El terapeuta así, se mantiene en una pauta de interacción *fuera del sistema, vigilante* del fenómeno a observar o modificar.

Así, en los comienzos de la cibernética se hablaba de las "cajas negras" en donde la ingeniería cibernética analizaba la relación entre aquello que entra en un sistema (input) y lo que sale de él (output). Esta relación era cibernética si la salida actuaba sobre la entrada de forma que modificaba las salidas futuras. Desde esta perspectiva tanto los síntomas como las intervenciones terapéuticas son "entradas" en la "caja negra" del cliente. Esta concepción es útil para diseñar estrategias terapéuticas. Aquí el terapeuta se asemeja a un ingeniero que se ocupa de "ajustar" o "recalibrar" o "cambiar la organización estructural de las familias" que acuden a tratamiento, persiguiendo una finalidad explícita (Keeney; 1987).

El grupo del MRI, por ejemplo, enfocando a la familia desde este encuadre la describe como un sistema que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación.

Los postulados teóricos de la cibernética de primero orden son, de acuerdo con Keeney, (1987):

- Circularidad: que se refiere a la repetición en la interacción de las partes

de un sistema que actúan como un todo.

- Estructura: se refiere a la totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, donde la estructura puede cambiar o permanecer estática.
- Sistemas abiertos: son aquellos que tienen intercambio de estímulos con el exterior. Son los sistemas vivos.
- Sistemas cerrados: que por lo general son no biológicos.
- Retroalimentación: recurso propio de los sistemas para auto-regularse.

En los principios de la terapia familiar el Instituto de Investigaciones Mentales (MRI por sus siglas en inglés) usaba la cibernética simple. Entre los terapeutas que lo emplearon así se cuentan Beavin, Fisch, Haley, Jackson, Watzlawick y Weakland, entre otros. Gracias a sus trabajos, investigaciones y aportaciones fue posible ir reconociendo órdenes superiores de recursión y así llegar a la cibernética de la cibernética o segunda cibernética (llamada así por M. Mead) en la cual, entre otras cosas, se valoran las distintas perspectivas que puede haber dentro del contexto del diálogo, en la que cada persona y cada situación son recibidas como maestros valiosos (Keeney, 1987).

Esta segunda etapa de la cibernética se basa en el modo en que los sistemas cambian su organización por *la retroalimentación positiva*, en procesos de desviación y ampliación.

Quienes la introdujeron como modalidad terapéutica fueron Salvador Minuchin y Carl Whitaker, buscando la desestabilización del sistema, la ampliación de la desviación y el reto a la estructura previa (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Cibernética del 2º. orden:

También llamada de los sistemas observantes pues considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta. Retomando el tema de las cajas negras que se mencionaron en la primera cibernética, podemos ejemplificarlo con una persona que ajusta la salida de la caja (output) para que haga cambios en la entrada (input) y viceversa. Es decir, hay un orden de

recursión superior que incluye a alguien que afecta a dicha caja negra y que está inmerso, también, en el sistema.

En la primera cibernética, el sistema del cliente es una caja negra que puede ser observada y operada desde una posición externa; en la segunda cibernética, el o la terapeuta es incorporado al sistema y queda vedada toda desconexión del circuito integrado por él y el cliente. Se considera así al terapeuta y al cliente dentro de un proceso recursivo total (Keeney; 1987).

Bateson, Maturana, Varela y von Foerster indican que todos los procesos vivientes y mentales implican la recursión, la auto-referencia y la paradoja y que esta perspectiva es la del mundo de la cibernética y la de la cibernética de la cibernética (Keeney; 1987).

Desde este encuadre el o la terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino un *receptor de la realidad familiar y sus significados*. El terapeuta forma así parte del sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación. Aquí, el clínico únicamente induce diferencias significativas donde pueden surgir nuevas perspectivas compartidas de modo que se logre el objetivo terapéutico.

Tenemos así que, el estudio de los procesos recursivos incluyó a la cibernética misma como fuente de estudio (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El modelo terapéutico que deriva de la cibernética de segundo orden es neutral, sin jerarquías, con la aceptación de respetuosas aportaciones. El terapeuta no busca desequilibrar. Él no es el experto ni el poseedor de la verdad. Dentro de este enfoque, el terapeuta se involucra con la familia, con sus diálogos, con sus historias, sus fuerzas, sus recursos y sus significados. El terapeuta forma parte de la realidad observada a través de la reflexión, la recursividad y la neutralidad.

Keeney (1987) considera que la cibernética es la base epistemológica y el lenguaje apropiado para el cambio personal y social. Esta segunda cibernética agrega, incluye los conceptos que corresponden a unidades más complejas de la

mente.

Teoría de la comunicación humana:

De manera general, la Teoría de la Comunicación Humana nos permite saber que, si observamos directamente la comunicación entre individuos de un sistema (en nuestro caso, familiar), eventualmente es posible identificar patrones de comunicación que permiten obtener un diagnóstico así como planificar una estrategia para la intervención terapéutica. Con el enfoque comunicacional se observan las relaciones entre los integrantes de un sistema en el momento actual, buscando ahí (no en significados simbólicos, en causas de antaño o en motivaciones internas) los problemas y sus soluciones.

Este enfoque es una aportación de Watzlawick, Bavelas y Jackson, quienes hablan de los efectos *pragmáticos y visibles* en la conducta, de la comunicación humana y de los trastornos que se pudieran presentar debido a perturbaciones en ésta última. Ellos hacen notar la *interrelación* que hay entre comunicación y conducta.

Ellos llevaron a cabo un análisis del lenguaje, aplicando principios de la Teoría General de Sistemas, proponiendo un modelo de trabajo que sirviera para quienes trabajan con problemas de interacción sistémica. Ven a la comunicación como un proceso de interrelación donde utilizan conceptos como los de información, retroalimentación y redundancia. Hablan también de las tres áreas de la comunicación: Sintáctica, Semántica y Pragmática.

Gracias a sus investigaciones, ubican el uso cotidiano de la paradoja. Asimismo que hay familias que abusan de ella, pudiendo con ello derivarse una patología. Pudieron establecer, también, paradójicamente, el valor terapéutico que ésta tiene.

Con esta teoría quedó clara la constante interacción y transmisión de información, que se presenta entre uno y el contexto o los elementos de éste.

Los axiomas de la comunicación identificados son:

1. Es imposible no comunicar.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.
3. Hay puntuación en las secuencias de los hechos.
4. Hay comunicación analógica y digital.
5. Todos los intercambios comunicacionales se ubican en una de dos formas relacionales: simétrica o complementaria.

Veamos a continuación lo que cada uno de estos axiomas implica:

1. Es imposible no comunicar:

- Toda conducta es comunicación.
- Es imposible no actuar, comportarse.
- El esquizofrénico parece que trata de no comunicarse a la vez que niega que su negación sea una comunicación.

2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.

- Toda comunicación implica un compromiso y por ende define la relación.
- Una comunicación transmite información e impone conductas.
- Las relaciones humanas rara vez se definen deliberadamente o con plena consciencia.
- Las relaciones enfermas se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, disminuyendo la importancia del contenido.
- La capacidad de metacomunicarse (comunicar algo acerca de la comunicación misma) es necesaria para que la comunicación sea eficaz.
- El aspecto relacional es una metacomunicación.

3 Puntuación en la secuencia de los hechos:

- La puntuación no es buena ni mala, pero organiza los hechos y por ende

resulta vital para las interacciones en marcha.

- Todos los humanos puntuamos para conocer y “manejar” nuestro entorno.
- Bateson (1991) habla del aprendizaje del nivel II, considerando que en él se da nuestra “concepción de la Vida”: nuestra forma de puntuar los hechos.
- La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es causa de incontables conflictos en las relaciones.

4. *Comunicación analógica y digital:*

Analógica:

- Es similar o se relaciona con aquello que simboliza.
- No se guía por reglas de sintaxis.
- Son movimientos, signos, señales, contexto.
- No tiene entre sus signos la manera de expresar “no”.
- Es parecida al proceso primario del que habló Freud.

Digital:

- Hace uso de signos arbitrarios (lenguaje oral y escrito) que pueden o no, relacionarse con aquello que representa.
- Usa la sintaxis y lógica del lenguaje.
- Se refiere al área del contenido.
- Tiene mayor complejidad, versatilidad y abstracción que la comunicación analógica.
- Se semeja al proceso secundario de que hablaba Freud.

5. *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios.*

- El intercambio complementario se basa en la diferencia.
- El intercambio simétrico se basa en la igualdad y produce competencia.

Doble vínculo:

Bateson, en 1956, introduce el término “doble atadura” para dar cuenta de

callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. Es una comunicación a muchos niveles, en el que una demanda expresada en un nivel es anulada o contradicha en otro. Hay un atador y un atado (Hoffman, 1987). Así, Bateson plantea entonces la teoría del doble vínculo, la cual surge de su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos. El término doble vínculo alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

Una situación de doble vínculo se presenta cuando el mensaje está estructurado de modo que:

- Afirma algo
- Afirma algo de su propia afirmación,
- Ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.
- Dado el tipo de relación que se establece entre las personas, es imposible que alguna de ellas se salga del marco determinado.

Este tipo de mensajes provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación dude de sus propias percepciones, encontrándose sin acceso a metacomunicarse. El sujeto ante esta situación queda sin opciones pudiendo salir únicamente si elabora un mensaje en un nivel lógico distinto.

Es importante mencionar aquí que, con las aportaciones de Bateson y el grupo de investigadores con quienes colaboraba se creó la llamada "Terapia Breve" del Mental Research Institute (MRI) la cual a nivel terapéutico nos presenta las siguientes premisas (diferentes a las de las terapias hasta entonces usadas en la salud mental):

- Pasar de la búsqueda en el pasado a buscar en la situación social presente la causa de lo que era denominado psicopatología.
- El cambio de visión del síntoma; de conducta inapropiada y desadaptada, a verlo como conducta de adaptación adecuada al contexto particular en que se vive.

Constructivismo

Los orígenes filosóficos de esta perspectiva epistemológica se remontan a Giambattista Vico (primer constructivista, dice Glasersfeld; 1991 en Lyddon 2000) Immanuel Kant y Hans Vaihinger, quienes hablaban del carácter proactivo del ser humano y su importante papel en lo relacionado a configurar "la realidad" a la que respondemos.

Así, este modo de pensar, dice Glasersfeld (1991 en Lyddon; 2000) tiene cuatro fuentes: 1) el lenguaje 2) las obras de los escépticos 3) un concepto fundamental de la teoría de la evolución de Darwin y 4) la cibernética. Éstas, aunadas a los puntos de vista que brindaron Von Foerster y Humberto Maturana, respecto a como percibimos y conocemos el mundo.

Donde, un análisis del lenguaje, los idiomas y los distintos puntos de vista de los hablantes hacen notar que las "certezas" del mundo se relacionan con el grupo que las enuncia. Aunado al hecho de que no tenemos manera de llegar al mundo externo si no es por nuestra experiencia en él a través de nuestro sistema sensorial y conceptual.

En lo relacionado a la adaptación (Darwin) todo nuevo pensamiento ha de adaptarse al esquema previo de estructuras conceptuales de un modo que no provoque contradicciones. Es decir, la cognición es una actividad adaptativa (Piaget) donde el conocimiento nos brinda un mapa de lo que puede hacerse en el ambiente en el que uno tuvo experiencias. Es decir, conocemos lo que hemos creado.

Y finalmente, la cibernética con sus conceptos de autoregulación y auto-organización que nos permiten un análisis del conocimiento como resultado de la autoregulación, así, llamamos conocimiento a aquello que se construye a partir de un material que le es accesible al sujeto que conoce.

Como se mencionó, en esta perspectiva es parte importante Maturana, neurobiólogo chileno quien en su teoría, enuncia:

1. Los sistemas vivos están "estructuralmente determinados", su operación es una función de cómo están contruidos, ordenados y unidos.
2. Los sistemas vivos son "sistemas de información cerrados" sus organizaciones autónomas no pueden ser descritas como simplemente "causadas" o directamente "instruidas" por fuerzas externas.
3. Los organismos sobreviven acoplándose entre sí y con otros aspectos del medio circundante, devienen "estructuralmente acoplados"
4. El curso de un sistema vivo consiste integramente en una "deriva" sin propósito determinado en un medio.
5. Los seres humanos son sistemas observadores que describen, distinguen y diseñan en palabras y símbolos (lenguaje)
6. No percibimos un universo objetivo. Los objetos que pensamos, vemos y estudiamos son producto de las actividades de nuestro propio sistema nervioso (The Newfield Group, 1993).

Tenemos así que el constructivismo admite la multiplicidad de sistemas de creencias, la variedad de perspectivas, el reconocimiento de realidades divergentes. Esto, en oposición a las verdades contundentes y eternas así como a la creencia de un mundo objetivo. Lo anteriormente mencionado se relaciona directamente con el posmodernismo (diferente del modernismo, donde prevalece la creencia de un mundo y un sí mismo cognoscible) Neimeyer (1988).

El pensamiento constructivista se presenta como perspectiva destacada en diversas áreas de la psicología tales como la cognitiva, la evolutiva, la educativa, la psicopatología evolutiva, la ambiental, la de la emoción, la terapia familiar, la feminista y los estudios de género, la psicología narrativa y del discurso, la percepción y la memoria, la personalidad, la psicoterapia y el asesoramiento psicológico, la psicología personal y la psicología social (Lyddon; 2000)

Construccionismo Social

Keneth Gergen es uno de los fundadores del construccionismo social. Le antecedió en este interés, Harry Goolishian quien en una investigación sobre el

proceso terapéutico, considerado como construcción social, invitó a Gergen a participar. Cuando aparecen sus trabajos (finales de la década de los 80's), ya los terapeutas familiares se habían liberado de una epistemología centrada en la búsqueda de la verdad. Sin embargo, el construccionismo social nos presenta una novedad; una nueva concepción del yo, el cual, según Gergen (2006), se origina en las relaciones humanas. Las construcciones del yo, así, son esencialmente sociales y nuestras descripciones del mundo nacen en y a través de las relaciones sociales, cobrando forma en el interior del lenguaje. Por lo que, para lograr cambios en el entorno humano, desde esta perspectiva, es necesario cambiar el lenguaje.

A nivel terapéutico esta perspectiva nos indica que la significación, aquello que tendrá sentido, es co-generada, producida conjuntamente entre el terapeuta y el paciente. No hay una voz única y tampoco un yo unificado. El terapeuta así, se esforzará por guiar al paciente para que haga surgir en su interior otras voces que instauren otras formas de conversación convirtiéndose así, el espacio terapéutico, en un espacio de diálogo el cual, a través de su propia evolución lleva al paciente al cambio.

En este sentido, queda claro el enfoque terapéutico de Harry Goolishian y Harlene Anderson, que está inserto totalmente en el posmodernismo, quienes procuran conversaciones que apuntan a disolver el problema (Anderson; 1999).

El construccionismo social es un medio heurístico a través del cual podemos enriquecer nuestra práctica, una manera de hablar, un punto de vista. Donde no se busca deshacerse de las metáforas usadas antes en terapia familiar (cibernéticas y del construccionismo) sino, crear un diálogo entre ellas. Por otro lado, el construccionismo social toma metáforas de la antropología y la teoría literaria, para hacernos llegar sus ideas, para utilizar sus herramientas para pensar (Elkaim, en Gergen; 2006).

En la terapia familiar, el construccionismo nos permite situarnos en una posición en la que podemos, desde una actitud co-creativa, hacer narraciones de progreso así como trabajar en co-construcciones alternativas (Gergen;2005).

Posmodernismo

Este movimiento, o como diría Harlene Anderson, esta "crítica" (Anderson 1997, en Tarragona; 1999) cuestiona la naturaleza del conocimiento; el cómo conocemos, poniendo en duda la posibilidad de aprehender la realidad directamente. Propone en cambio que nuestra definición de la realidad es construída a través del consenso lingüístico.

A continuación podemos observar *algunas* diferencias entre el pensamiento moderno y el posmoderno (Gergen; 1990 y Hoffman; 1990 en Tarragona; 1999):

MODERNIDAD

Parte de una epistemología positivista que supone la existencia de una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva, donde, la verdad es algo accesible a través del método científico. El lenguaje representa la visión correcta del mundo.

POSMODERNISMO

Proviene de una epistemología construccionista donde se considera que el conocimiento se construye socialmente, no pudiéndose tener una representación directa del mundo. Más bien, se considera que siempre miramos a través de algún tipo de "lente" personal. El lenguaje, aquí, no representa la realidad, sino la constituye. Le da forma a nuestra consciencia y a nuestra realidad.

El yo es una construcción social.

Consecuencias en la TERAPIA

El terapeuta es un observador objetivo que posee un conocimiento experto.

Hay una relación jerarquizada entre profesional y cliente.

Desde su cuestionamiento a premisas tradicionales sobre la naturaleza de las personas, los problemas y la relación terapéutica, surgen diversos enfoques terapéuticos: Construccionista, Constructivista, Narrativa, Colaborativa,

<p>El primero sabe cómo deben ser las personas, lo que realmente pasa y lo que se requiere hacer en consulta. Se utiliza el lenguaje del déficit.</p>	<p>Post-Estructuralista, Centrada en Soluciones, Reflexiva, entre otras.</p> <p>Los terapeutas constructivos consideran que la realidad se construye socialmente, se enfatiza la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica donde se co-construyen significados y se evita la relación jerárquica terapeuta-paciente, donde ambos son expertos sobre diferentes temas. Usan el lenguaje cotidiano orientado hacia el futuro, con optimismo sobre el cambio.</p>
---	--

Hasta aquí hemos dado cuenta, brevemente, de los antecedentes, inicios, avances y personas que estuvieron involucradas en lo que es hoy la Terapia Familiar, desde los enfoques centrados en la estructura, en el proceso y hoy por hoy, en la construcción del significado.

Podemos reconocer como, el diálogo entre personas de un universo multidisciplinario (matemáticos, físicos, ingenieros, biólogos, antropólogos, psicólogos, psiquiatras y economistas, entre otros) ha permitido la formación, el cuestionamiento, la reflexión y la evolución de este enfoque terapéutico.

Desde luego, son varias las personas que hicieron aportaciones a este modelo de trabajo, de los que, por mencionar algunos (sin el afán de hacer un análisis exhaustivo) cito a los siguientes: Hirschfeld, Popenoe, E. Mudd, c. Wittaker, Deaborn y Groves, David y Vera Mace, T. Lidz, Midelfort, Wynne, I. Nagy, J. Riskin, G. Bateson, J. Sullivan, D. Jackson, P. Watzlawick, M. Erickson, N. W. Ackerman, B. Montalvo, J. Haley, C. Madanes, O'Hannlon, De Shazer, C. Sluski, H. Goolishian, M. White, H. Anderson, T. Andersen.

Entre los considerados, primera generación de terapeuta familiares, se encuentran Don Jackson, Murray Bowen, Lyman Wynne y Salvador Minuchin.

En México, el movimiento de terapia familiar lleva el siguiente desarrollo:

1950-- 1970	El trabajo psicoterapéutico estaba regulado y controlado por grupos psicoanalíticos.	APM, AMPAG, IMP, AMPP, entre otras instituciones.
1960--70	Regresan médicos psiquiatras formados en el extranjero, por ejemplo, en 1963 lo hace el Dr. Raymundo Macías, después de su entrenamiento en Montreal.	
1969 Universidad Panamericana	Dr. Raymundo Macías, Roberto Derbez y Lauro Estrada	Quienes establecen el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares
1972 Instituto de la Familia A. C. (IFAC)	Fundado por el Dr. Raymundo Macías Creador del enfoque "Dinámico-Sistémico-Integrativo," con su propio esquema de evaluación familiar.	Con área clínica y de enseñanza.
1980 Universidad de las Américas	Ofrece la formación en terapia familiar con nivel de Maestría, con un enfoque Estructural Sistémico.	Miren Izaurieta Martha Pardo Ma. Luisa Velasco
1981 Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF)	Fundación de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) que busca propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus socios, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines; promover la elaboración de programas, servicios, y actividades que faciliten el conocimiento, la investigación, y el desarrollo de la psicoterapia familiar; y velar por los intereses éticos de los psicoterapeutas familiares como grupo profesional y por la psicoterapia familiar como especialidad.	
1986	Primer Congreso Nacional de Terapia Familiar, con 41 ponencias.	

1988	Sale a la luz el primer volumen de la revista Psicoterapia y Familia de la AMTF	
1984 ILEF	Ignacio Maldonado y otros fundan el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Incluye en su área clínica un programa para la atención de la violencia en la familia además del área para la enseñanza.	
1980 Instituto Personas	Freidberg, Lichtein y Villa fundan el Instituto de Enseñanza e Investigación en Psicoterapia Personas Su modelo conceptual es la Terapia Existencial, Estructural Sistémica, de Milán, del MRI y de Ackerman.	
1986	Instituto Mexicano de Terapias Breves	Fundadora Dra. Mari Blanca Moctezuma
1987	Instituto "Cencalli" Fundado por la Dra. María Luisa Velazco Cuyo programa de maestría es reconocida por la Secretaría de Educación Pública en 1995	Capacitación de Terapeutas Familiares
1989	La UNAM abre la modalidad "diplomados", entre ellos el de Terapia Familiar.	
1992	El Dr. Raymundo Macías asume la presidencia de la International Family Therapy Association (IFTA) y se asigna a México la sede del VII Congreso Mundial de Terapia Familiar, que se lleva a cabo en Guadalajara, Jalisco.	
1990 Crisol	Javier Vicencio funda dos sedes del Centro de Investigaciones Psicosociales, Crisol.	
1990	Se instituye el grupo Polanco o "Campos Eliseos" por Sylvia London, Margarita Tarragona, Elena Fernández e Irma Rodríguez. El Instituto trabaja en colaboración con el Grupo Tao que dirige Harlene Anderson y el Houston Galveston Institute (HGI).	
1994	La División de Educación Continua de la UNAM abre el diplomado de Terapia de Pareja con enfoque sistémico.	

1997 CEDIPSI	Se funda el Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica. Este Centro es representante en México del Mental Research Institute.	
2001 Universidad Nacional Autónoma de México, plantel C. U. Y Fes Iztacala	La UNAM hace reestructuración del posgrado y abre nuevos programas, entre ellos La Residencia en Terapia Familiar, con enfoque sistémico y construccionista, con diversas sedes clínicas y área de enseñanza para formar terapeutas familiares. Cuenta con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) organismo que la ubica en su padrón de excelencia.	Cuenta con catedráticos de la talla del Dr. Raymundo Macías y la Dra. Ma. Blanca Moctezuma, entre otros.
Diversos Programas de Maestría en Terapia Familiar en diversos estados de la República, como Yucatán (Universidad del Mayab), Guadalajara (Centro de Estudios Superiores y Atención a la Familia), la Universidad Autónoma de Tlaxcala, el Instituto Regional de Estudios de la Familia A. C., y en Morelos, Sinaloa y Guerrero, el Instituto Crisol, con su Centro de posgrado en Terapia Familiar.		

Finalizo esta revisión de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica con el comentario de Wittezaele (1994) que sintetiza el movimiento del que venimos hablando:

A principios del siglo XX el hombre se topó con sus propios límites como ser biológico y aceptó que había varias cosas de este universo que aún no se conocían y otras se dejaban de lado, por no ser "científicamente estudiables", entonces fue que la ciencia empezó a interesarse en el estudio de cuestiones como la información, la organización y el control, que no son ya entidades en el sentido habitual de sustancia, materia o energía, que no ocupan un espacio y tiempo físicos, más bien poseen características abstractas de conjuntos de elementos de interacción de sistemas. En el marco de esta nueva corriente científica se desarrolló el estudio de la comunicación, el comportamiento y las relaciones humanas.

1.2. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

1.2.1 Modelo Estructural

Salvador Minuchin, psiquiatra argentino creó el Modelo Estructural. Ello fue posible gracias a su experiencia de varios años en el área de la salud, trabajando principalmente con familias de nivel socioeconómico bajo que tenían un miembro sintomático. El Dr. Minuchin trabajó también en el entrenamiento de terapeutas, enfatizando la supervisión en vivo así como el uso de videograbaciones (Minuchin; 1990).

Técnicas De Intervención:

- Espontaneidad
- Coparticipación
- Planificación
- Fijación de fronteras
- Desequilibrio
- Complementariedad
- Reencuadre
- Foco
- Escenificación
- Intensidad
- Consejo profesional

La Promoción al cambio se hace por medio de:

- a) El cuestionamiento del síntoma o redefinición; donde se cuestiona y reencuadra al síntoma en una perspectiva sistémica, donde todos tienen responsabilidad.
- b) El cuestionamiento o reestructuración de la estructura familiar; donde

hay confianza en que la persona cambia si el contexto lo hace.

- c) El cuestionamiento de la realidad familiar o construcción de la realidad; el terapeuta busca y brinda alternativas de realidad y funcionamiento.

Búsqueda y promoción de los Lados Fuertes:

- Recursos individuales y familiares de los consultantes
- Promoción en el paciente de una visión más optimista.
- Tareas en sesión y/o en casa, para practicar formas alternas de relacionarse, más funcionales (Minuchin; 1990; Minuchin y Fishman; 1994).

Las técnicas de la terapia estructural promueven la reorganización de la familia mediante el cuestionamiento de su organización, produciendo así, nuevas pautas (Minuchin y Fishman; 1994 Minuchin; 1990).

Principios:

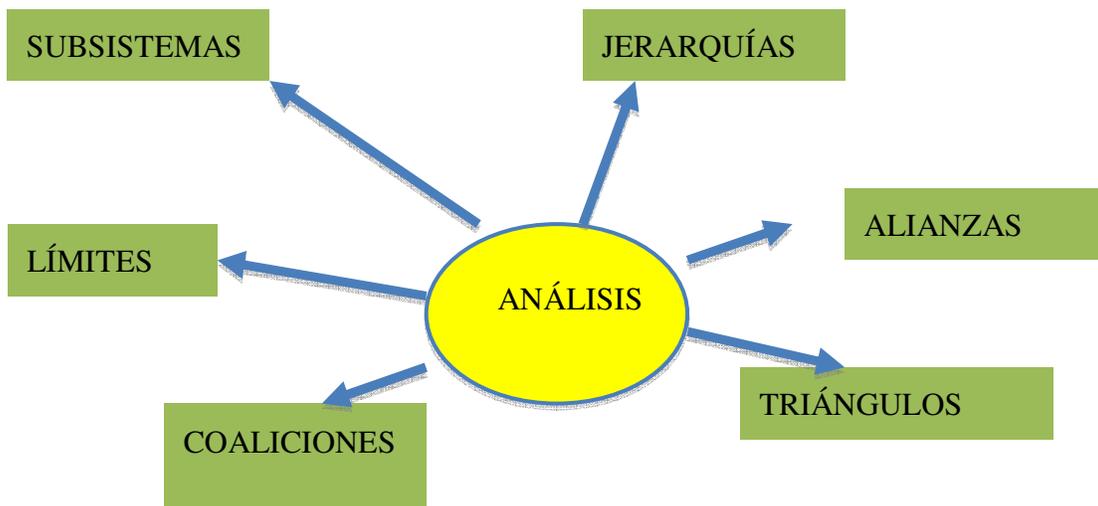
- ❖ El individuo y su familia se adaptan a sistemas sociales mayores. En ocasiones, es necesario trabajar terapéuticamente, con esos otros sistemas.
- ❖ El problema o síntoma se ubica, entre el sujeto y sus contextos.
- ❖ Terapeuta y paciente forman un nuevo sistema terapéutico, en el que, el terapeuta (como líder), busca reparar o modificar el funcionamiento familiar, promoviendo así su mayor eficacia.
- ❖ Si la familia responde con rigidez a las tensiones, se desarrollan pautas disfuncionales.
- ❖ El niño responde a las tensiones que afectan a la familia.
- ❖ La estructura familiar es una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan.
- ❖ Si se promueven cambios de posición, redundarán en cambios de percepción y más tarde, cambios de conducta (Andolfi; 1991; Minuchin; 1990).

Metas:

1. *Elaboración del diagnóstico estructural:* hipótesis que expliquen la relación entre las interacciones sistémicas y los síntomas de sus miembros.
2. *Hechura del mapa estructural:* Esquema donde se vislumbran las hipótesis y el tratamiento (el cual irá modificándose con el tiempo).
3. *Evaluación de la disposición al cambio,* acuerdo de metas, conocimiento resultados esperados (con la familia).

Identificación de la estructura familiar

Análisis



CONSIDERACIONES GENERALES

El Modelo Estructural de Terapia Familiar fue el primero que empezó a funcionar como tal. En su momento, aplicando lo que hasta ese momento se conocía y comprendía de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, dando resultados positivos. Aunque hoy pudiéramos pensar que el Modelo es "antiguo", sus principios y estrategias siguen vigentes. Por ejemplo, quizás hoy, más que nunca, el devolver jerarquía a los padres, el no permitir que los hijos "se suban a los hombros de alguno de ellos", el reacomodar la estructura familiar, puede ayudar

a una familia con problemas diversos. Asimismo el hecho de que los padres triangulen a los hijos, sucedía antes y sucede hoy y quizás, esto se ha acrecentado debido a la alta tasa de divorcios que se está presentando donde el hijo puede ser "el mueble más caro de la casa, por el que hay que pelear", encontrándose en medio de la batalla campal que llevan a cabo sus padres.

Por otro lado, el Modelo, como todo proceso cibernético, ha funcionado, se ha retroalimentado, ha hecho ajustes a sus técnicas y principios de modo que pueda continuar trabajando con los tipos de familia que tenemos actualmente. Ejemplo de esta evolución es un comentario que en 2002, en su visita a México, hizo el mismo Salvador Minuchin acerca de ser un "terapeuta estructural - estratégico y narrativo".

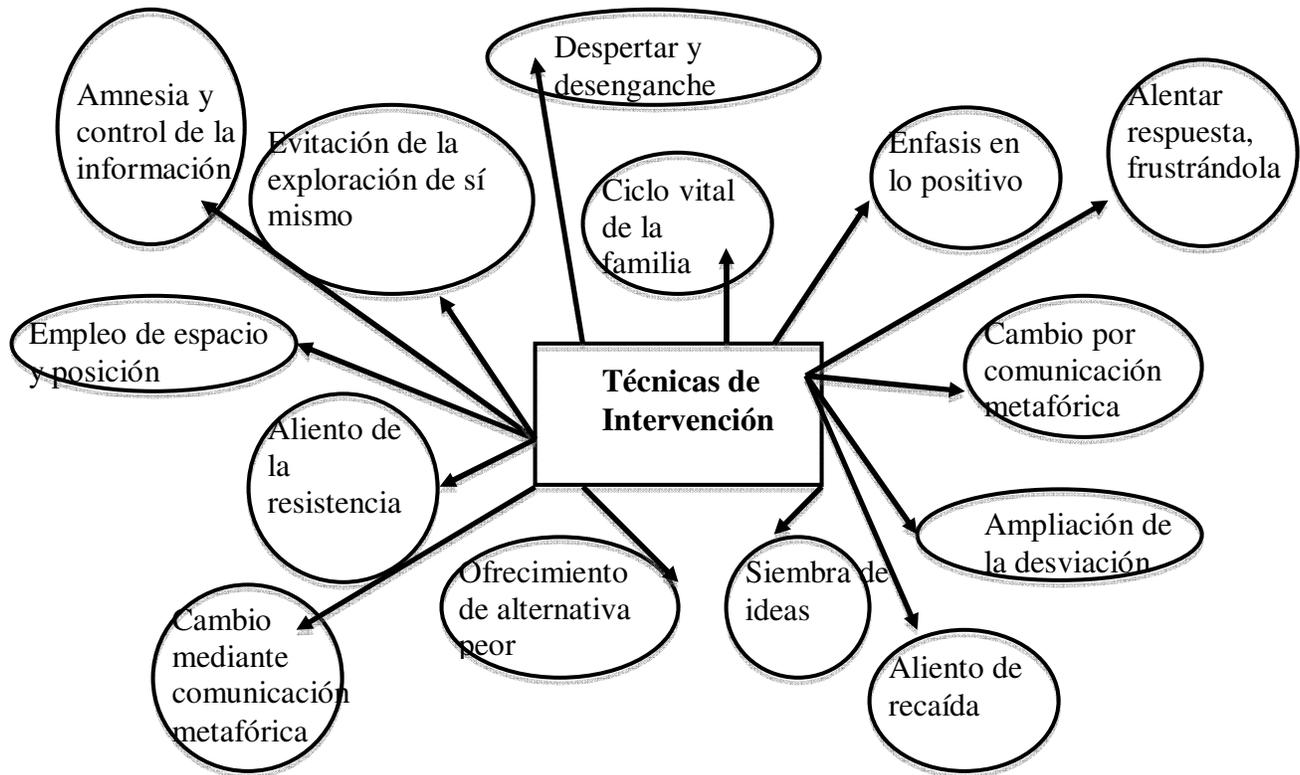
Las aportaciones que Minuchin, al elaborar este Modelo hizo a la terapia familiar, siguen vigentes. La cuestión es, conocer la gama de herramientas que como terapeutas sistémicos tenemos y dilucidar qué necesita una familia en particular para entonces, utilizar y ayudar a la familia a continuar en su andar.

1.2.2 Modelo Estratégico

Jay Haley colaboró con S. Minuchin y B. Montalvo en Filadelfia. También con G. Bateson y el grupo del MRI. Tuvo consultas por varios años con el Dr. Erickson. Posterior a los sucesos mencionados, él crea su propio Modelo de Terapia, donde él mismo reconoce la influencia de estos 3 importantes grupos, donde, sin embargo, él imprime su propio sello.

Primero consideró que como unidad mínima de análisis en el trabajo terapéutico estaba la díada para después juzgar que lo era la tríada. Trabajó al lado de Cloé Madanes en lo relacionado a formar terapeutas y ella fue parte importante también para desarrollar el modelo. Haley tiene una forma específica de ver a la familia, el tratamiento terapéutico de ésta y la responsabilidad que él o la terapeuta tiene en éste.

Técnicas de Intervención



Directivas:

- Para hacer que la gente se comporte de manera diferente y con ello obtengan experiencias subjetivas disímiles también.
- Para intensificar la relación entre clientes y terapeuta, tanto en la sesión como entre sesiones.
- Para obtener información; Observando las reacciones al recibir las directivas y al hablar sobre la realización de las tareas.
- Para trazar líneas generacionales y/o aclarar las funciones de las personas y/o diferenciarlas.

Con dos formas de impartir directivas:

- decir a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan.
- decirle a la gente lo que tiene que hacer con el propósito de que no lo cumplan.

Donde las directivas deben considerar:

- a) Precisión
- b) Participación total
- c) Revisión de la tarea
- d) El informe de la tarea

Dentro de las Tareas que plantea este Modelo tenemos las metafóricas y las paradójicas las cuales llevan una secuencia para su elaboración:

1. Reflexionar sobre el problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y
2. Hallar una directiva que cambie a ambos.

Donde, cabe recordar que tareas más eficaces usan al síntoma como palanca para introducir el cambio (Haley; 1983; 1988).

Principios

- Es una terapia pragmática, orientada a metas, donde cliente y terapeuta acuerdan los objetivos del tratamiento, alcanzables y posibles de evaluar.
- Utiliza sugerencias indirectas, consideradas más efectivas que las directas, además de las tareas terapéuticas entre sesiones.
- Dentro del enfoque se considera el respetar el límite interno de los individuos y entre las personas.
- Usa intervenciones para bloquear ciertas conductas y no promueve la auto-comprensión, sino el cambio.
- Se considera que un cambio en la organización, promoverá cambios estructurales.
- Las relaciones son descritas en términos de pautas de comunicación dentro de una teoría de sistemas circulares.
- Se considera que los síntomas de un paciente se perpetúan por la forma en que éste se comporta y por la influencia de otras personas íntimamente relacionadas con él.
- Cuando un miembro sintomático, mejora, se presentan conflictos o

síntomas en otros miembros de la familia o ésta se ve amenazada con la disolución.

- El terapeuta ha de reconocer su responsabilidad para influir a los clientes y debe cuidar el uso de directivas de manera consciente (Haley; 1980; 1989).
- El terapeuta utilizará el lenguaje del cliente, sus intereses y motivaciones, la conducta presente, los síntomas y la resistencia para trabajar con la familia.
- El término de la terapia se logra cuando paciente y terapeuta consideran que se han alcanzado las metas fijadas.

El Modelo Estratégico (Haley; 1989) está basado en una teoría interpersonal que utiliza las paradojas terapéuticas para promover el cambio en el paciente. El cambio, de primordial importancia en este enfoque, es factible si se consideran algunas variables que en él intervienen:

Poder y organización:

- La jerarquía, en cualquier organización, es mantenida por todos sus integrantes.
- Las coaliciones son comunes en los grupos, pero, si éstas permanecen, se trastorna la organización.
- Cuando una secuencia se torna rígida y repetitiva puede desembocar en patología o al menos en malestar subjetivo.
- Las líneas generacionales también son líneas jerárquicas de poder.
- Las personas para obtener control de las relaciones que establecen, usan maniobras.
- Una de las luchas comunes (aumentada en las familias disfuncionales) es la lucha por el poder.
- Hay conflictos manifiestos y otros encubiertos. La consecuencia de estos desacuerdos en el seno de la familia es que un miembro de ella manifieste síntomas neuróticos o psicóticos.

- El psicoterapeuta no modifica a la familia, sino que se limita a imprimir un viraje en la lucha por el poder que ha incapacitado a los miembros de la misma.
- Información y poder son sinónimos: quien tiene la información y la controla está en una meta-posición.
- La posición jerárquica de un terapeuta está determinada en buena medida por su control de la información.

Metas Terapéuticas

Las *intervenciones* buscan modificar la forma en que los miembros se relacionan entre sí. Cloe Madanes (1982), al respecto menciona:

- Es un enfoque que se dirige a los niveles de organización, más que a los niveles de comunicación.
- El psicoterapeuta modelará el manejo de los problemas de autoridad.
- El enfoque está dirigido a la congruencia de las relaciones; Resolviendo la organización jerárquica, se resuelve la comunicacional.
- Se busca impedir la repetición de secuencias ineficaces e introducir mayor complejidad y alternativas al sistema.
- Las intervenciones se programan para involucrar o quitar involucramiento a miembros entre sí.
- Las directivas planificadas deliberadamente son la principal técnica terapéutica.
- Busca las pautas involucradas en el mantenimiento de los problemas.

CONSIDERACIONES GENERALES

Con la publicación en 1963 de *Strategies of Psychotherapy* por J. Haley y el trabajo ulterior del Centro de Terapia Breve de Palo Alto, se produjo un rápido crecimiento de enfoques terapéuticos breves/estratégicos. Dichos enfoques se caracterizan por ser activos y directivos.

En el enfoque de Haley y Madanes se analiza el uso del poder que se da en las familias, las incongruencias que puede haber en las jerarquías y se trabaja (el o la terapeuta) usando el poder (metaposición) para dirigir a la familia hacia el cambio. Se observan las secuencias repetitivas considerando que el síntoma cumple una función en la familia, además de aportar información metafórica sobre la disfunción jerárquica.

En este enfoque se enfatiza el hecho de que él o la terapeuta estén conscientes de la responsabilidad que implica el proceso terapéutico y cuiden del uso de la ética en su trabajo.

Haley, aunque influenciado por Minuchin, Bateson (con sus respectivos grupos de trabajo) y Erickson, sintetiza, ajusta y aporta para brindarnos este Modelo de terapia familiar, con el cual se puede trabajar con diversas familias y/o sus integrantes.

Tenemos por ejemplo qué, en la actualidad, algo que se puede encontrar fácilmente son hogares donde los abuelos se hacen cargo de los nietos durante la jornada laboral de los progenitores. También, madres jóvenes y solteras, que continúan viviendo con sus familias de origen y que crían ahí a su (s) hijos. Asimismo, en el caso de que se unan o se casen, llevan ahí al padre de su hijo (a). En los casos mencionados es muy fácil notar (aunque esto se puede presentar aun viviendo en casas separadas y hasta lejanas geográficamente) jerarquías traslapadas, uso y abuso del poder de algún miembro de la familia, niños y niñas "subidos en los hombros" de algún adulto. Todo lo cual crea confusión a los miembros del sistema y puede ocasionar síntomas en los más débiles. El Modelo estratégico de Haley y Madanes puede ser de gran ayuda entre otros, en estos casos.

1.2.3) El M. R. I. y el Centro de Terapia Breve

En 1958 D. Jackson crea el Mental Research Institute, el cual abre sus puertas oficialmente en 1959. Trabajaron con él J. Riskin y Virginia Satir.

El proyecto del MRI buscó analizar si había relación entre la interacción familiar y el desarrollo de la salud (o la enfermedad) en los miembros de la familia y como se daba ésta. Se hacía investigación, teoría y formación de terapeutas.

Aquí se lanzó el primer programa de formación de terapeutas familiares.

En 1960-61, Jackson, Haley y Ackerman proponen una publicación de los temas que atienden. Se convierte en el primer número del "Family Process".

En 1960 se integran al grupo Paul Watzlawick y Carlos Sluski. Los trabajos de Haley, que posteriormente llamó psicoterapia estratégica, son base de la terapia breve que elaborará el equipo de Palo Alto. En 1968 comienza en el MRI el Centro de Terapia Breve, con Fisch como Director. Este tipo de terapia se aleja completamente de la manera tradicional de ejercer la psicoterapia, donde lo intrapsíquico y existencial ya no se considera de su incumbencia. Se busca reducir al mínimo las inferencias y presuposiciones. Se instauran intervenciones rápidas (6 a 20 sesiones) que permitan a los clientes métodos eficaces de continuar su vida sin la problemática que en el momento presente les perturba. Se pretende modificar las conductas problemáticas.

Como influencias básicas en este enfoque están la obra del Dr. M. Erickson, la investigación de la intercomunicación humana y la psicoterapia Interaccional del Grupo de G. Bateson y Don D. Jackson con las teorías subyacentes de los Grupos y de los Tipos Lógicos (Watzlawick, Weackland y Fisch; 1982).

Como creadores de este enfoque se encuentran: Watzlawick, Fisch, Weackland y Segal además de tener como colaboradores a Evans, Brast, Coyne, Moley, VanderWell, Salomón y Sabourin (Fisch, Weackland y Segal; 2003).

Principios

Toda conducta normal o problemática, resulta configurada y conservada de manera continuada, primordialmente mediante reiterados esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta aquella conducta. De tal forma que la conducta de uno instiga y estructura la conducta de

otro y viceversa. Estas interacciones, durante cierto tiempo, crean pautas repetitivas de interacción.

Problemas, dificultades, soluciones

Las soluciones muchas veces mantienen el problema que se intenta resolver.

Hay dificultades de la vida que se convierten en problemas cuando:

Se hace frente a la dificultad de forma equivocada.

O cuando al no resolverse la dificultad se aplica una dosis más elevada de la "solución".

Los problemas son concebidos como cuestiones de conducta, que *se convierten en problema* al presentarse de manera repetida, donde:

El problema es algo *que se hace* no algo que *se es*.

La persistencia de la conducta no productiva en los individuos tiene que ver con:

Las soluciones aprendidas culturalmente, que todos tenemos definidas.

De manera general, *las dificultades pueden empeorarse* de tres modos:

- 1) Adoptando una solución que equivale a negar el problema
- 2) esforzándose en modificar una actitud inalterable o inexistente ó
- 3) confundiendo errores de tipo lógico.

Cambio

- Cualquier problema es potencialmente soluble, si se evita la falsa solución que le ha permitido perdurar. El terapeuta es quien iniciará dicho movimiento, siendo agente activo del cambio.
- No es necesario comprender los problemas o revivir el pasado para resolverlos.
- Todo cambio en la conducta de una persona influye en la conducta de las otras.
- Lo adecuado en ciertos problemas puede ser cambiar la evaluación negativa por parte del cliente de la conducta problemática.

- La terapia breve ataca al síntoma directamente, no busca en las profundidades del pensamiento o de la personalidad; no busca el insight.
- Las emociones se reconocen, más no son objetivo del proceso terapéutico.
- Es necesario conocer la concepción del mundo que tiene la familia para evitar descalificaciones y encuadrar las soluciones. Igualmente será necesario delimitar el subsistema a tratar, así como el objetivo concreto a lograr y la forma en que se verificará si se ha tenido éxito o no, en alcanzarlo.

Intervención

Con la intervención terapéutica se busca que la dolencia o queja del paciente se solucione, para lo cual se cuenta con dos tipos fundamentales de estrategias: *Las principales y las generales.*

Las primeras se ocupan cuando observamos que los pacientes están empleando *alguno de los 5 tipos básicos de solución:*

1. Intento de forzar algo que solo 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 mediante un acto de libre aceptación.
5. Confirmación de las sospechas del acusador, a través de un intento de defensa propia.

Las segundas se utilizan en cualquier momento del tratamiento y para una amplia gama de problemas.

Intervenciones principales:

- Provocar el síntoma
- Definición del síntoma indeseado como beneficioso
- Incorporación de un ritual
- Ritual aversivo
- Renuncia a una conducta concreta

- Exposición a la tarea exigiendo una ausencia de dominio en ella.
- Exposición del paciente a la tarea temida
- Promoción de una actitud de inferioridad (negociación)
- Sabotaje benévolo
- Promoción de complementariedad de roles.
- Cambiar la comunicación indirecta por directa.
- Anunciar una recaída
- Redefinición del síntoma
- Abandono de papel repetitivo.
- Interferencia
- Aceptación de las acusaciones por parte del defensor

Intervenciones generales:

- No apresurarse
- Anunciar los peligros de una mejoría
- Un cambio de dirección
- Indicar cómo empeorar el problema

Se agregan además, estrategias que sirven para *mantener o mejorar la capacidad de maniobra* del terapeuta:

- La oportunidad y el ritmo
- El tiempo necesario
- El uso de un lenguaje condicional
- Buscar que el cliente concrete
- Mantener una actitud igualitaria
- Sesiones individuales y conjuntas

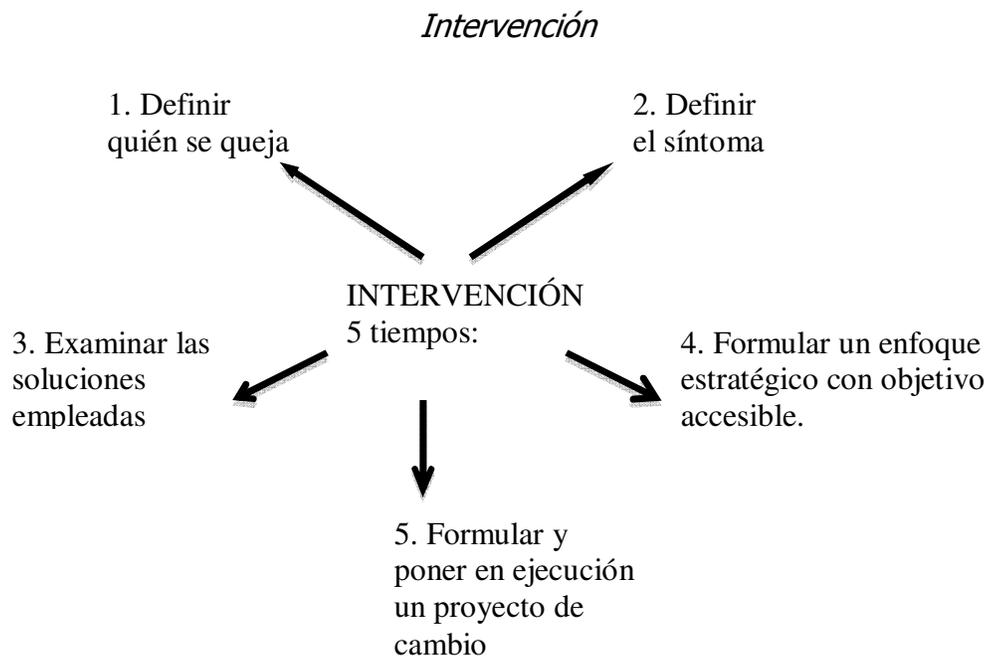
Así como *para el uso de la postura* del paciente en pro del proceso:

- Negociar un "nuevo contrato"
- Trabajar con el afectado real
- Lograr que se decida a "comprar"
- Finalizar la relación terapéutica

- Evitar que imponga sus condiciones para el tratamiento
- No caer en las conspiraciones de silencio

Y para *romper el círculo vicioso* "problema – intentos de solución":

- El reencuadre.* Donde el terapeuta que sigue el modelo Breve modifica la percepción que el paciente tiene del problema; abriendo así el camino para poder aplicar soluciones nuevas y originales.
- Las órdenes sobre el comportamiento.* Estas pueden ser órdenes paradójicas, que van en contra de los intentos de solución y que provocan un efecto a un nivel lógico superior.



Metas terapéuticas:

En este enfoque se considera que una persona acude a tratamiento por una insatisfacción significativa con la propia existencia, así la desaparición de este grado de insatisfacción constituye el *objetivo global y definitivo* de la terapia. La *tarea básica* del terapeuta consiste en la solución efectiva y eficiente de diversos problemas. Como *éxito del tratamiento* es aceptable y suficiente una declaración

del cliente, mencionando que la dolencia desapareció o haciendo notar que su evaluación de la problemática se modificó, por lo cual ya no le considera problema.

Las *intervenciones* van dirigidas básicamente a:

- *Impedir que el cliente o quienes le rodean continúen con una conducta que permita la perpetuación del problema o
- *Rectificar la opinión del cliente acerca del problema de modo tal que ya no se sienta perturbado por éste ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

Actividades del MRI, en la actualidad:

En 1990 el MRI había realizado 53 proyectos de investigación, publicado 40 libros, más de 400 artículos y organizado 9 Congresos Internacionales. Algunas de las actividades que se realizan en este centro son:

Clínica:

Terapeutas en consulta privada.

Consulta por orden judicial; especializada en casos de difícil intervención con niños y adolescentes.

Centro de tratamiento de urgencia; se realizan intervenciones con el consentimiento de los adultos implicados en el problema, tales como violencia familiar, intentos de suicidio y problemas con personas perturbadas (rehenes, amenazas de muerte).

Investigación:

Jules Riskin dirigió un gran proyecto sobre las "familias normales" y actualmente dirige un proyecto de las consecuencias del estrés provocado por las amenazas de un conflicto nuclear.

Formación (Wittezaele y García; 1994):

- a. Formación de larga duración: nueve meses en terapia familiar y terapia breve.

- b. Formación a corto plazo: dos meses para Terapia Breve Avanzada y Desarrollo de habilidades de grupos pequeños.
- c. Programa de residencia por un mes o cuarenta y cinco días en el que se asiste a diversas actividades.
- d. Talleres

CONSIDERACIONES GENERALES

En este enfoque se busca precisar el problema, definir el objetivo y pensar en los medios que permitan a los consultantes establecer condiciones de funcionamiento satisfactorias. Entre sus aportaciones están la simplicidad, la precisión y la rapidez. Como sello distintivo del enfoque del MRI está la concepción interaccional del comportamiento, lo cual no ha quedado solo enfocado al consultorio, sino actualmente se ha ampliado a la escuela, los negocios e incluso entre países, para acuerdos internacionales.

Actualmente, el Instituto continúa con investigación en varias áreas, gracias a las aportaciones económicas de diversas fuentes. Asimismo brindando consulta a diversas problemáticas tales como: familias con necesidades especiales o con miembro (s) alcohólico o con pacientes psiquiátricos así como familias de comunidades hispanas, entre otras. Cabe mencionar que el MRI celebra este año el 50 aniversario de su fundación (1959 – 2009).

Desde mi perspectiva, este enfoque ha dejado una huella muy importante en la terapia familiar, casi como sello distintivo de ésta, siendo terapias breves, enfocadas a objetivos, ubicadas en el presente. En este sentido, hoy por hoy y con las problemáticas que hay en el mundo entero y en México en particular, además de las cifras crecientes de población y los pocos recursos económicos (los que da el Estado y los privados) escasos para la salud mental, este modelo y los que de él derivan pueden ser de mucha ayuda para incidir en todo un sistema social, de manera pronta y eficaz. Permite que la gente no se perpetúe como “paciente” y al contrario, resuelva y siga su camino y desarrollo.

En este mismo tenor, su enfoque interaccional nos permite trabajar con las personas en su contexto, llámese empleo, escuela, hogar o país.

1.2.4) Modelo De Milán

Antecedentes

Mara Selvini Palazzoli, Médica y psicoanalista, insatisfecha con la duración de los tratamientos y los resultados que los métodos de estas disciplinas le daban en lo relacionado al fenómeno de la anorexia, se acerca a las entonces nuevas ideas sistémicas - cibernéticas y comunicacionales (Bateson, Jackson, Watzlawick, Haley). Su interés se amplía hacia la investigación de las psicosis, buscando llegar a trabajar en su prevención. Ella pretendía encontrar la relación entre el trastorno de la pareja parental con la afección que presentaba el hijo, es decir, entender la etiología relacional de la llamada enfermedad mental. Su método de trabajo ha pretendido y alcanzado coherencia de fondo, continuidad teórica y clínica.

En 1967, Selvini Palazzoli funda el Instituto de la Familia en Milán, colaboran con ella Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, también psicoanalistas.

En 1971 la anorexia empieza a ser abordada desde la terapia familiar con orientación sistémica. Los colaboradores trabajan así, en equipo, formando "una mente colectiva que posibilita procesos de auto-corrección, autorreflexión y auto-observación" (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino; 1993).

En 1972 este equipo lleva a cabo una investigación con familias con miembro psicótico. El reporte de dicho estudio se puede ver en su libro "Paradoja y Contra paradoja". Por otro lado, en su texto "Muchachas anoréxicas y Bulímicas" (1999) podemos encontrar los casos examinados por el grupo de Milán, atendidos por tres equipos distintos:



Uno de los intereses de estos grupos y de Selvini Palazzoli en particular, ha sido el construir modelos de los procesos psicóticos usando el modelo sistémico. Sin embargo, éste último les resultó insuficiente para la empresa propuesta: "El dogma sistémico de la equifinalidad nos había inducido a ignorar la historia de los individuos y de sus familiares y a ocuparnos solo del aquí y ahora".

Posterior a éste discernimiento, ellos utilizaron "la metáfora del juego" (Palazzoli; 1993) para explicar procesos dados en las familias y que se convirtió en piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán. Así, estudian "el juego familiar" que engloba las *relaciones* de los miembros en la familia, las *creencias* que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto.

Entre 1968 y 1988 los grupos tuvieron como objetivo "arrojar luz sobre el misterio de la psicosis" (Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino; 1993) e incidir en su prevención. En estas fechas describen la estructura de sus sesiones:

1. Presesión: donde se revisa la información para la sesión.
2. Sesión: con duración aproximada de una hora y que puede ser interrumpida por el equipo terapéutico.
3. Discusión: cuando el terapeuta va con el equipo terapéutico para discutir algunos datos de la sesión o la prescripción.
4. Prescripción: donde el terapeuta da indicaciones a la familia para hacer en casa.
5. Postsesión: donde se discuten los comentarios y reacciones de la familia en la sesión.

La principal población con que trabajó el equipo de Milán fue llamada "familias con transacción esquizofrénica". Ello les permitió identificar los juegos psicóticos familiares los cuales tienen como características el hecho de que todos los miembros *evitan definir* la relación y *la rechazan* cuando se da. Viven una *simetría exacerbada* y encubierta. Las normas son *rígidas y repetitivas*. Hay temor al rechazo y se hace uso de las *paradojas* en la comunicación, presentándose con ello el *doble vínculo*.

De esta forma, la metáfora del juego resultó muy adecuada para integrar las reglas generales de la interacción de los jugadores (razonamiento sistémico holístico) con las movidas de los individuos (razonamiento estratégico). Asimismo para apreciar las diferencias individuales, la implicación de la cultura y la dimensión histórica de los fenómenos.

Esta última situación es posible gracias al hecho de que este grupo, enriquecido por sus conocimientos y experiencia médica, psicoanalítica, comunicacional, cibernética y sistémica, además de sus investigaciones y metódicos análisis, no se conforma con trabajar en el aquí y ahora. Aun cuando trabaja con un sistema (familia) sabe que éste se halla inmerso en otros mayores y que hay en ellos influencias recíprocas, un ejemplo de ello es el argumento de Palazzoli donde habla del cómo la anorexia se da en culturas occidentales donde "lo delgado es bello" y no en otro tipo de culturas donde "lo gordo es bello."

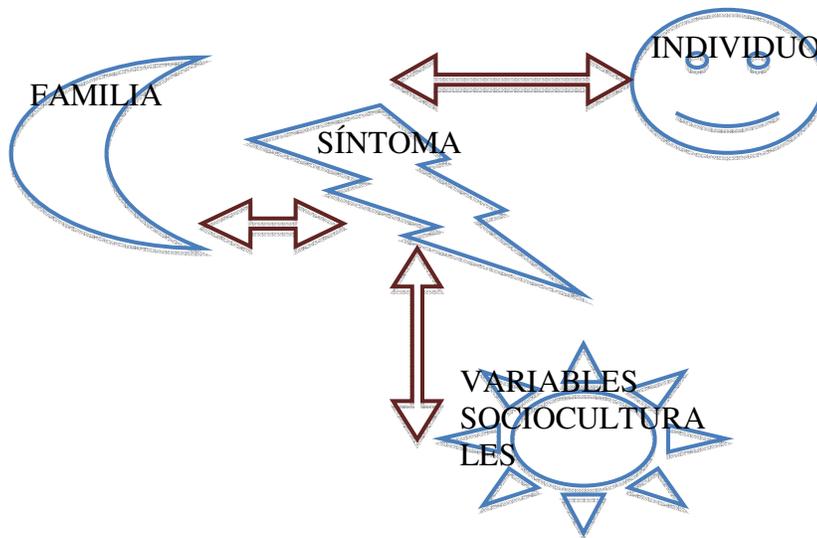
En este sentido, podemos ver cómo estos diversos grupos, todos precidados por Selvini Palazzoli, han estudiado las situaciones de anorexia, bulimia, los procesos psicóticos y la toxicodependencia desde diferentes ópticas:

- Médica (de donde parte Mara Selvini P.)
- Psicoanalítica (su primer acercamiento a la psique humana)
- Comunicacional-familiar-sistémica
- Aproximación familiar trigeneracional
- Enfoque de la complejidad: donde se busca entender el sentido y la actuación de los pacientes y sus allegados y no solo el "cómo" de las transacciones familiares.

Esta última perspectiva se refiere al hecho de concebir que la personalidad de cada sujeto, miembro de una familia, se ha de apreciar en su individualidad en el aquí y ahora de su relación tanto con el terapeuta como con sus familiares, además de con su expresión cotidiana. Donde se entiende el presente como fruto de las relaciones en curso o de la historia de relaciones pasadas que han determinado la cristalización del actual equilibrio emotivo de la persona.

Desde esta visión, multidimensional compleja (Selvini y otros; 1999) se investigan los significados que hay que dar al síntoma y a las defensas del paciente, conectando sus elecciones subjetivas con la historia familiar, en el entrelazamiento de las concomitancias temporales, concebidos como rigurosamente específicos de aquella paciente y familia concreta.

Así, se correlaciona más bien una cierta constelación de síntomas con una cierta personalidad de la paciente por un lado y con un cierto tipo de familia, por el otro. Trabajando sobre tres polos y no dos:



Con esta postura, ellos han encontrado un sentimiento de inadecuación que parece ser universal en las pacientes anoréxicas, donde, eso sí, la manera de defenderse de dicha angustia está cultural e históricamente determinado.

Detectan 3 tipos de anorexia (que en esta faceta definen en relación a las *necesidades de apego* más que de alianzas y coaliciones ofrecidas /aceptadas por la paciente misma (p. 181, Palazzoli y otros; 1999):

La *primera o tipo A*, donde la enfermedad es una reacción defensiva frente a un estado depresivo del yo, en el que, el alivio subjetivo permite que una angustia

vivida como pasividad se vuelva actividad. Aquí los cónyuges se ven más como padres que como esposos y suelen estar insatisfechos uno con el otro.

La *segunda o tipo B*, que es una fase crónica, donde la paciente se precipita a una condición de estancamiento; Siente una enorme capacidad de control sobre el ambiente, en particular sobre los padres quiénes suelen tener una riña conyugal donde puede haber infidelidad o provocaciones sexuales o frialdad en uno u otro cónyuge hacia el otro.

La *tercera o tipo C* cuyas pacientes tienen una infancia privada de fuertes vínculos tanto con el padre como con la madre. Niñas confiadas a terceros, por lo que no se favoreció su apego o cuya madre estuvo con ellas aunque distante emocionalmente.

En los tres grupos de anorexia, el grupo de Milán encontró (en su texto Muchachas anoréxicas y bulímicas) en más de la mitad de las chicas – de 52 pacientes - la presencia de una gran distancia con la madre.

Con más frecuencia aún, esto sucedió con el padre, pero de forma cualitativamente distinta, aunado a la idealización de éste, situación, dicen, que no sucede o, raras veces, con la madre.

Durante el avance de este grupo y gracias a su constante revisión de los éxitos y los fracasos en los tratamientos, aunado a allegarse de instrumentos conceptuales para entender los complejos fenómenos que estudian, ellos se acercaron también a las ideas de Kohut (necesidades de empatía en el desarrollo del yo infantil), Bowlby (sobre el apego), entre otros.

Estas lecturas les permitieron entender cómo las modalidades relacionales nocivas para los hijos ejecutadas por padres y madres tenían que ver con experiencias de confusión o carencia vivida (en el pasado) por ellos en su propia familia de origen,

de modo que ellos trataban con sus personas más queridas en base a sus propias necesidades no resueltas, poniendo en práctica aquello que en el pasado les había protegido del sufrimiento en sus relaciones con sus propios padres y hermanos. Se pudo ver también cómo, cuando se contaba la historia de los padres en la familia, se presentaba una intensa compasión por parte de los hijos y un efecto terapéutico sinérgico.

Con estas lecturas, análisis de la historia de aquellos que conforman la familia y los avances en general en el Modelo, otra situación que cambió en la persona de Selvini Palazzoli y en el enfoque en sí, fue el hecho de entender mejor la posición de las madres (que antes habían sido juzgadas duramente) en una cultura donde se sobre valoriza al varón y se le absuelve de todo lo problemático concerniente a la familia (p. 173, Palazzoli y otros; 1999).

Principios

- * Toda familia juega. El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de los años, convirtiéndose en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones familiares. Éste puede heredarse de generación en generación. El juego deja de ser adaptativo cuando se rigidiza.
- * Ningún organigrama (o juego) cuando es explícito, es de por sí, disfuncional. Esto es debido a que, aun cuando se presentan diversas organizaciones, éstas son conocidas, identificadas y lo más importante, habladas por los familiares, lo que a su vez consiente cierto análisis y manejo de la situación.
- * La patología explota cuando un hijo es involucrado y se involucra en un embrollo relacional.
- * Para cambiar las conductas problemáticas, el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que *creencias y conductas* se influyen recíprocamente.

* Entre las *intervenciones cognitivas*, dirigidas hacia las creencias, este grupo tiene: la redefinición, la connotación positiva y las metáforas.

* Por otro lado, como intervenciones *dirigidas a la conducta* están: las prescripciones directas, las prescripciones paradójicas y las prescripciones ritualizadas (rituales, tarea ritualizada de los días pares e impares y la prescripción invariable).

*El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza desequilibrar al sistema familiar (homeostasis) o para reclamar la necesidad de que se produzca dicho cambio.

* Ellos hacen y consideran conveniente tener, una perspectiva trigeneracional de los consultantes.

* Ellos hacen una estadiación del proceso psicótico, relacionado con el estancamiento conyugal.

*Hipótesis:

Cada cita se planea con hipótesis en mente, que se basan en las observaciones (de la ficha de datos o de las entrevistas) y pretende seguir y entender los patrones de relación en cada familia en particular. Así, las hipótesis deben ser sistémicas y llevar supuestos de la función relacional.

*Neutralidad:

Donde el terapeuta se mantiene con todos a la vez, no critica ni juzga y cuida de no aliarse con ninguno de los familiares en particular. Se consideró una actitud terapéutica necesaria para trabajar, sin embargo, posteriormente cambió a lo que se da en llamar:

*Equicercanía, donde se reconoce la importancia de la alianza entre terapeuta y paciente, así como con los familiares. Esta posición en la actualidad incluye la atención, "una especie de tutela", hacia los miembros más débiles de la familia, reconociendo que comunmente suelen ser mujeres (entrevista a Matteo Selvini, por Des Champs, Rocco y Serebrinsky; 1997/98).

*Circularidad:

Esta se comprende por la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que éste solicita respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios (Penn; 1982). Así, cada familiar es invitado a comentar como ve la relación entre otros dos lo cual permite ver las relaciones triádicas, ya que como postulado de la circularidad está el hecho de considerar que dos afectan con su conducta a un 3º y este a su vez a los otros 2.

Peggy Penn (1982) habla del patrón de cuestionamiento circular como técnica, indicando que con ella se puede transitar en el tiempo, presente, pasado, futuro, para detectar las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del problema. Así, permite una intervención de entrevista relacional y de transcurso en el tiempo, de modo que se puede conocer su historia.

Intervenciones

Las intervenciones usadas por el grupo de Milán han ido cambiando paralelamente a su evolución. La intervención paradójica se fue abandonando a favor de intervenciones ritualizadas. La metáfora ha sido usada también, así como las intervenciones conductuales directas y las intervenciones cognitivas, en estas últimas destacan la Redefinición y la Connotación Positiva.

Entre las intervenciones conductuales están: las Prescripciones Directas, las Prescripciones Paradójicas y las Prescripciones Ritualizadas.

**Entrevista:* El formato de entrevista creado por el Grupo de Milán está regido por los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad. En ella se hacen hipótesis circulares que guían la recogida de información. Cuando se encuentra una hipótesis confirmada, se crea la intervención. Así, es un proceso de producción de información entre terapeuta y familia.

Penn (1982) habla de 9 categorías de preguntas;

1. De información verbal y analógica
2. De definición del problema

3. De alianzas y coaliciones en el presente
4. De secuencia diferente
5. De clasificación y comparación
6. De acuerdos
7. para conocer interacciones
8. comparación de subsistemas
9. preguntas de explicaciones

**Ritual:* Se da una prescripción específica para cada familia, no se repite en ninguna otra. Promueve una nueva forma de transacción entre los familiares para bloquear la forma de comportamiento estereotipado que tienen.

**Prescripción ritualizada:* contiene una estructura formal, se puede utilizar con cualquier familia, en diferentes circunstancias.

**Paradoja:* tácticas y maniobras que aparentemente se oponen a los objetivos de la terapia, pero que en realidad se adaptan para alcanzarlos (Rorbaugh y otros; 1977 en Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino; 1993).

Selvini y colaboradores puntualizan que el método paradójico funciona para el paciente identificado como una provocación capaz de impulsarlo, por el enojo, al cambio. Sugieren apelar a la paradoja solo como recurso extremo, si no hay resultados con métodos más directos o si la familia o el cliente no coopera. (Weeks y L'Abate y Stanton en Palazzoli; 1993). La paradoja puede servir, además, para revelar el juego familiar.

El método paradójico ocupado por el primer y segundo equipo de Milán incluye un análisis detallado y específico de las relaciones familiares (Palazzoli; 1993) convirtiéndose así en una paradoja sistémica, contribución específica del grupo de Milán (Selvini-Palazzoli y otros; 1993).

**La Prescripción Invariable:* Esta prescripción actúa en múltiples niveles relacionales interrumpiendo la trama de juegos, aún sin conocerlos. Su uso se dio principalmente en familias con hijos anoréxicos y psicóticos y también tiene

utilidad para definir límites intergeneracionales, donde no los hay. También para restituir al paciente su sitio en la familia nuclear (Palazzoli, 1993).

**Días iguales, días desiguales:* que apunta a dar con la interferencia recíproca de los progenitores en la situación de "que hacer con el hijo". Su blanco es el fenómeno de la confusión de fronteras intergeneracionales (Palazzoli; 1993)

**Connotación Positiva:* con esta intervención se define la relación entre los miembros de la familia como complementaria (haciendo innecesaria la simetría encubierta), también define el vínculo terapeuta – familia como complementario y terapéutico. Se connota positivamente la tendencia homeostática del sistema, el síntoma y las conductas de los familiares asociadas al síntoma (se suele usar junto con la paradoja).

Otras Intervenciones son:

- De la rivalidad del hermano al sacrificio
- Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos
- Los terapeutas aceptan una mejoría sospechosa
- Recuperación de los ausentes.
- Elusión de la desconfirmación.
- Trabajo con las coaliciones negadas.
- Los terapeutas se declaran impotentes.
- Los terapeutas se prescriben la paradoja.
- Los terapeutas abandonan la función paterna, prescribiéndola.

Con el objeto de facilitar la orientación relacional o circular cuando se describen conductas o interacciones, los terapeutas de este grupo sustituyen el verbo ser por el *verbo mostrar o actuar* que habla de algo no inherente a la persona; habla de una diferencia interpersonal, de una forma de responder a ciertas circunstancias.

Juegos Patológicos encontrados por el Grupo de Milán:

El Embrollo: proceso interactivo complejo que se estructura y desarrolla en torno de una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre- hijo) que en realidad no lo es. Es una estrategia que apunta contra alguien. Este equilibrio estacionario se rompe cuando la evidencia dice la innegable importancia que un progenitor tiene para el otro o, por el nacimiento del interés auténtico del padre por otra de sus hijas (Palazzoli; 1993; 1999).

Juegos sucios: juegos o maniobras hábilmente ocultas donde los actores recurren a medios desleales como engaños sutiles, mentiras impúdicas, venganzas camufladas pero implacables, manipulaciones, seducciones, promesas ambiguas, violaciones igualmente ambiguas, etc. (Palazzoli; 1986 en Palazzoli; 1993).

La Instigación: Pauta de provocación disimulada a rabia disimulada, y viceversa. Donde la (el) provocador (a) nunca consigue hacer explotar al provocado, que por ello, con su conducta, re-provoca. Cuando uno instiga a otro implica un nivel (cuando menos) triádico, uno instiga a otro, contra un tercero. Y aquí el instigado es asimismo instigador, el instigador es asimismo instigado. La instigación es un proceso interactivo en devenir, donde la envidia juega un papel importante. (Palazzoli; 1993)

Efecto bumerang: curvas de sentido recursivo; el retorno de la acción instigadora a la persona que presumiblemente la había comenzado.

Estadios del proceso psicótico:

1. El impasse de la pareja conyugal
2. Entrada del hijo en el juego de los padres
3. La conducta inusitada del hijo
4. El viraje del presunto aliado

5. La eclosión de la psicosis
6. Las estrategias basadas en el síntoma

Metas

Enfoque terapéutico que suele llevarse un máximo de 10 sesiones con un periodo de un mes entre entrevistas.

La *evaluación* en este modelo tiene por objeto conocer cual es el juego familiar.

Se busca determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro de este sistema relacional. La *Evaluación* se basa en una causalidad circular que se considera más completa que la lineal.

Las *Técnicas de intervención* se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas del sistema, por otras más flexibles y complejas.

Su *meta terapéutica* es modificar la visión epistemológica que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para lograr el cambio de la secuencia sintomática.

CONSIDERACIONES GENERALES

De 1978 en adelante la escuela de Milán abandona el dar una prescripción como "bomba" para romper los antiguos patrones relacionales y el equilibrio familiar. En vez de ello se prioriza el conocer e investigar más a fondo el juego familiar y el ser más respetuosos con las familias, su equilibrio y el cambio que se pueda provocar. El interrogatorio familiar-circular pasa a ser tanto un instrumento para detección del juego familiar tanto como para modificarlo.

La contribución más importante de Milan, opina Hoffman (Palazzoli; 1999) no es la paradoja sistémica, sino el trabajo de investigación para construir una hipótesis que explique la presencia de un síntoma en la familia y su conexión con el todo.

Actualmente el modelo de Milán es utilizado en diversas partes del mundo. Matteo Selvini (Des Champs, Rocco y Serebrinsky; 1997/98) nos da idea de la evolución

que el modelo ha tenido: el tratamiento incluye sesiones previas para brindar encuadre a los consultantes; informarles acerca de la forma de trabajo y del cómo cómo se visualiza su padecimiento. Al mismo tiempo, se valora la colaboración que tienen los integrantes o no con el procedimiento. Posteriormente se inician las hipótesis relacionales y el tratamiento en sí. De acuerdo a la condición que viva el paciente identificado (paranoia o esquizofrenia grave), así como a la colaboración o no de la familia y la cantidad de secretos familiares acumulados se considerará el trabajar o no, con toda la familia.

Una de las formas de trabajar, actual, es brindar terapia individual al paciente identificado (si es quien hizo el contacto telefónico) y posteriormente el terapeuta individual y el familiar trabajan con la familia completa. No se jerarquiza una intervención específica sino que se toman los casos individualmente y se realiza una estrategia específica. Las estrategias van desde terapia individual, terapia individual y la madre del paciente, hasta terapia familiar únicamente.

En lo relacionado al género, se trabaja la relación entre la condición de mujer y la anorexia, vinculado al tipo de padre en la familia. Se ha pasado de la idea de que las anoréxicas poseen un tipo de personalidad común, a la idea de que hay tipos de personalidad de anoréxicas y bulímicas muy diferentes, definiéndose en este sentido, cuatro tipos distintos de personalidad. La anorexia y la bulimia, desde esta perspectiva son sólo síntomas y no se establece un tipo de familia del anoréxico o del esquizofrénico, más bien se considera que el síntoma va asociado al tipo de personalidad y de acuerdo a éste, en determinada familia, se utilizarán defensas diferentes contra el sufrimiento.

1.2.5. Modelo De Terapia Breve Centrada En Soluciones

El Modelo de Terapia Breve centrado en la solución ha sido desarrollado por William O´Hanlon y Michele Weiner-Davis. Tiene como base las ideas terapéuticas de:

1. Milton Erickson.
2. El enfoque de Terapia Breve Centrada en la Solución de Steve de Shazer

3. Y el enfoque de Terapia Breve Centrada en el Problema, de los teóricos del MRI (Selekman; 1996).

Objetivos

MODIFICAR

Las creencias o constructos del cliente que están relacionados con la forma de percibir, encarar y mantener las dificultades.

Las sentencias repetitivas que rodean el problema, derivadas de aquellos constructos.

Las posiciones y enfoques del terapeuta que se vuelvan partes de un pat
La relación del cliente y quizá del terapeuta con los sistemas Globales de la familia, el vecindario o la profesión.

De esta manera hay que:

- *Diseñar un plan específico para cada cliente.
- *Obtener una meta compartida entre terapeuta y cliente, pertinente y alcanzable.
- *Conocer los problemas y buscar las soluciones (Cade y O´Hanlon, 1995)

Premisas:

NO

Imponer nuestro marco conceptual o de experiencias, al paciente.

Buscar causas o antecedentes del pasado.

Considerar la situación del cliente como algo patológico, sino como algo cotidiano y normal (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1993).

Se buscan las pautas individuales e interaccionales asociadas con la dificultad.

Se mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, lo que fortalece a los clientes y hace más eficaz y agradable el trabajo (Cade y O´Hanlon; 1995).

Se considera que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.

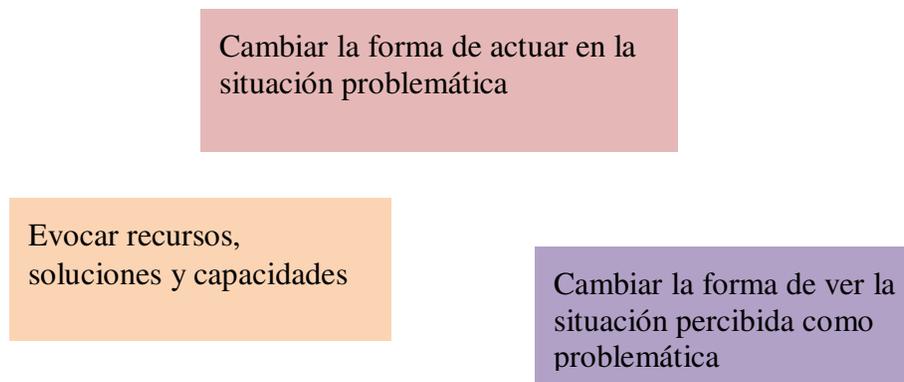
El cometido del terapeuta será identificar y ampliar el cambio.

Las "quejas" (síntomas) no cumplen funciones.

La duración media del tratamiento es inferior a diez sesiones.

Se evitan los constructos psicológicos que no son útiles para el cambio. (O´Hanlon y Weiner- Davis; 1993)

En este Modelo se *trabaja en 3 áreas principales* (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1993)



Hay 5 supuestos orientadores con vistas a la solución (Selekman; 1996):

- a) La resistencia es un concepto inútil
- b) La cooperación es inevitable y el cambio constante
- c) Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos
- d) La realidad es definida por el observador y el o la terapeuta participará en la co--creación de la realidad del sistema terapéutico.
- e) Existen muchas maneras de enfocar *una* situación, ninguna es más "correcta" que las otras.

Tenemos así que la *habilidad del terapeuta consiste* en encontrar una manera de ver la realidad familiar lo bastante próxima a las ideas de los miembros de la

familia, de modo que se comprometan en una "realidad compartida" pero con una perspectiva lo bastante distinta como para ayudar a generar cambios en los significados y, por lo tanto, también en la experiencia y la respuesta (Cade y O'Hanlon; 1995).

Técnicas e intervenciones

- "Conversaciones productivas" que enfatizan los recursos y las soluciones, el presente y el futuro, buscando formas fecundas de pensar en los problemas e ideas prácticas para abordarlos (Furman; 1996).
- Se dan nombres esperanzadores para el problema, sin desestimar la gravedad.
- Se involucra a las personas en la resolución del problema.
- Se visualiza el pasado del consultante como contribución a mejorar sus recursos en vez de provocar sus problemas.
- Se abstiene el o la terapeuta de presumir relaciones causales entre diversos problemas coexistentes.
- Se comparten experiencias personales.
- Se promueve la generación de soluciones creativas.
- Se ejercitan fantasías positivas
- Se fijan objetivos, alcanzables, tratables.
- El procedimiento se centra en las excepciones y los progresos (permite ver al problema como modificable y temporal).
- Se hace notar quienes participan en los cambios y las excepciones (Furman; 1996).
- Se usan analogías, anécdotas, parábolas, relatos, cuentos humorísticos.
- Si el problema es grande, se divide.
- Se hacen seguimientos.
- Se valora el contexto para identificar la aplicabilidad.
- Se identifican las soluciones intentadas (y sus resultados).

En lo referente a las Emociones:

- Se escucha, valida y retroalimenta a los pacientes.
- Se elige el marco más útil para interpretar una excitación, de modo que sea cooperativa, alentadora y optimista (Cade y O´Hanlon;1995)
- Se mira hacia el futuro, con preguntas de avance rápido
- Se buscan recursos y soluciones.
- Se elogia o enfatiza lo positivo (O´Hanlon y Weiner- Davis;1993)

Prescripciones para el cambio, para alterar la forma de actuar y la forma de ver el problema: Intervención sobre el patrón de la queja.

1. cambiar la frecuencia o tasa de la queja
2. cambiar el tiempo de ejecución de la queja
3. cambiar la dirección de la queja
4. cambiar el lugar en el que se produce la queja
5. añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja.
6. cambiar la secuencia de elemento/eventos en el patrón de la queja
7. descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños
8. unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.
9. Intervención sobre el patrón del contexto (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1990)

La entrevista centrada en las soluciones es considerada como *una intervención*, donde los clientes pueden experimentar cambios y con ello actuar más productivamente. Usando preguntas "constructivas" (Lipchik y de Shazer), hacia el futuro, "preguntas para introducir información nueva" (Schmidt, Deissler y Trenkle), "preguntas reflexivas" (Andersen) o "preguntas presuposicionales" (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1990)

La entrevista incluye:

- Conocimiento y Unión con la familia
- Breve descripción del problema
- Búsqueda de excepciones

- Normalización de la situación
- Introducción de duda en creencias que no son útiles.
- Definición de objetivos
- Pausa: consulta con el equipo.
- Elogios
- Encontrar y mencionar las tendencias positivas ya presentes
- Reestructurar o connotar positivamente (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1990)

A continuación se enumeran algunas de las técnicas que se han incorporado a este modelo, junto al nombre de su autor:

1. Preguntas sobre la explicación y la redescrición únicas (M. White; 1988)
 2. Preguntas para consolidar, reforzar y amplificar el cambio, además de las preguntas presuposicionales (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1989).
 3. "Las puertas abiertas" al finalizar casos (Selekman; 1996)
 4. "si funciona, no lo arregle, esa es nuestra creencia" (de Shazer, 1985)
 5. Tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987)
 6. "La Tarea de la Sorpresa" (O´Hanlon y Weiner-Davis 1989)
 7. Intervalos más largos entre sesiones (Selekman; 1996)
 8. Preguntas presuposicionales y/o la bola de cristal (de Shazer, 1985)
 9. La metáfora de la videocinta (O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
 10. La pregunta por la escala (Selekman; 1996)
 11. Tarea de "hacer algo diferente" (de Shazer, 1985)
 12. Tarea de predicción (de Shazer, 1988)
 13. *¿cómo han evitado que las cosas empeoren?* (Selekman; 1996)
 14. "La secuencia "pesimista" (Berg y Gallagher, 1991).
 15. "La evaluación macrosistémica" (Selekman y Todd, 1991).
 16. "Externalizar el problema" (White y Epston, 1990)
 17. La intervención sobre la pauta (O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989)
- Cambiar la frecuencia/proporción del síntoma.

- Cambiar la duración del síntoma.
 - Cambiar el tiempo (día, semana, mes, año) del síntoma.
 - Cambiar la localización del síntoma.
 - Suma o resta de un elemento de la secuencia.
 - Cambio de la secuencia de los acontecimientos en torno del síntoma.
18. La "tarea de la predicción" y la tarea de "simular que se produjo el milagro" (Selekman; 1996).

CONSIDERACIONES GENERALES

Este es un modelo optimista. Me parece que más que los anteriores. Su énfasis está en los recursos, lo excepcional, el presente, el futuro, la salud, lo "normal", lo cotidiano. Sus intervenciones son precisas y rápidas.

Me parece que en muchos casos este enfoque puede ser útil, aplicado solo o como acompañamiento a otros modelos. Ante todo promueve una sana (o equilibrada) autoestima (lo cual a veces es el ingrediente necesario para que la persona o familia inicie a hacer cambios por ellos mismos). Permite también, ver otras perspectivas, crear, imaginar. Desde mi punto de vista, autoestima sana y visualización de opciones son una combinación muy útil para la idiosincracia del mexicano en general. Hay investigadores (O. Paz, S. Ramirez, Rodríguez y Ramírez, entre otros) que han encontrado que los mexicanos solemos auto-flagelarnos, auto- devaluarnos, también, descartamos opiniones ajenas "...por que no saben" "por que ésta es mi familia y hablamos solo entre familiares", etc. Me parece que este enfoque puede incidir positivamente en cambios rápidos en las diversas personas y familias que nos consulten.

Por otro lado, como en todos los modelos revisados, él o la terapeuta habrá de conocer lo mejor posible a la familia en cuestión, su problemática, sus objetivos, sus valores y, valorar las herramientas que pueden serle más útiles para alcanzar sus metas y/o una mejor salud mental grupal y/o individual. Por otro lado, creo que con este enfoque, más que con los anteriores, se corre el riesgo de que si se aplica incorrectamente, se puede caer en un optimismo insano e incluso riesgoso

con ciertas problemáticas específicas, por ejemplo, la violencia de género, la intrafamiliar, algunos padecimientos físicos o mentales.

Así, desde mi perspectiva, la experiencia, bagaje teórico y vivencias en el consultorio con la familia en cuestión, deberán dictar los caminos a tomar.

1.2.6. Modelos Posmodernos De Terapia Familiar

Como nos explica Craig (1995), *el sistema de lenguaje colaborativo* (CLS por sus siglas en inglés) y el referente a la *deconstrucción externalizante* (DE, siglas en inglés) utilizan la *aproximación posmoderna* para la terapia; Ambos consideran a los clientes como *expertos en sus vidas* e intentan *co-construir* más o diferentes historias y posibilidades con los clientes. Ambos se apoyan en la filosofía del *social construccionismo* en la que se reconoce la multiplicidad de realidades en las cuales se puede trabajar y, la realidad se considera socialmente construida y consensualmente validada.

Asimismo, ambos adoptan *la metáfora "narrativa"* como una forma significativa de distinguir su trabajo. Ven a las personas con la posibilidad de tener diferentes descripciones o historias de si mismos, de modo que, se habla de múltiples "yo", más que un esencial y verdadero "yo".

Dentro de esta orientación, los terapeutas están particularmente interesados con el tipo de postura que los terapeutas adoptan con los clientes.

En este sentido hay, dice Craig (1995), tres cuestiones en relación a la postura, tanto en los terapeutas del enfoque colaborativo como en los de deconstrucción externalizante; Primero; ambos prefieren posturas que privilegien la *descripción del cliente* sobre la del terapeuta (quien estará curioso por conocerla). Segundo; a diferencia de la postura del terapeuta más tradicional, donde hay jerarquía y distancia del cliente, los terapeutas de estos enfoque son *colaboradores y se envuelven en el proceso*. Tercero; se adopta una postura donde *predomina la transparencia*.

Los terapeutas de la perspectiva Colaborativa son: Harlene Anderson, Harry Goolishian, Tom Andersen, William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten. Y, los del enfoque Deconstructivo son Michael White, David Epston, Karl Tomm, Vickie Dickerson y Jeff Zimmerman, Hill Freedman y Gene Combs, entre otros (Craig; 1995).

A continuación podremos ver ambas ópticas en su singularidad.

1.2.7. Colaborativo

ANTECEDENTES

Hoffman (en Anderson; 1999) nos habla de Harry Goolishian (fallecido en 1991) y Harlene Anderson, quienes fundaron y desarrollaron el Galveston Family Institute (actualmente Houston Galveston Institute) y con ello, su enfoque en la terapia, colaborativo. Tienen entre sus bases filosóficas la teoría de Gergen (1994) de la construcción social, con su marco sociolingüístico (donde la realidad se teje y vuelve a tejer en telares lingüísticos compartidos). La hermenéutica (como arte de la interpretación) y la teoría de la narrativa (donde se entiende que los sucesos humanos sólo se hacen evidentes cuando se los cuenta).

En este enfoque la "voz del cliente" gana espacio, en lugar de "la voz del experto profesional". Se valora la conexión con las personas, a quienes se escucha atentamente y se les devuelven sentidos, buscando su retroalimentación. Las interpretaciones e intervenciones son escasas. La terapia se concibe como una conversación o una sociedad conversacional.

Este enfoque tiene un paradigma lingüístico orientado a lo colectivo, usa la postura de "no saber" (que es algo que agregan Anderson y Goolishian a las terapias relacionales), tiene un aspecto político donde él o la terapeuta refrena su impulso de controlar (se despoja de poder para dar poder a otros), evitando tener una comprensión superior y permitiendo que emerjan soluciones decididas con mutualidad (Hoffman, en Anderson; 1991).

Este enfoque y sus autores utilizan la metáfora de los sistemas de diferente forma que los modelos anteriores. No se analizan las historias de familias perturbadas, ni se estudian pautas interaccionales patogénicas, ni creencias ineficaces. Tampoco hay listas de preguntas para formular.

En alusión a los sistemas humanos como sistemas lingüísticos, desarrollaron los conceptos "sistemas determinados por problemas" y "sistemas de disolución de problemas".

Un concepto clave para este enfoque conversacional y relacional es el de "no saber". Ello marca una diferencia fundamental entre esta óptica y otras formas de terapia y define radicalmente la intención, la dirección y el estilo del terapeuta.

Herramientas de intervención

- Conversación y escucha
- Respeto a los significados y sentimientos de la gente.
- Reconocimiento de que la narrativa tiene un poder transformador y que en ella el cliente puede ser el héroe de su propia historia.
- No hay guía de preguntas. Cada pregunta resulta de un intento de entender lo que acaba de ser dicho y lo no dicho. Cada una es elemento del proceso conversacional general. Las preguntas correctas son las que surgen cuando una se sumerge en el mundo del cliente.
- Toda pregunta, comentario, pensamiento u opinión se hacen de un modo tentativo.
- Hay apertura hacia la otra persona, dando espacio a su participación.
- Hay interés en el lenguaje (del cliente, para aprender sus valores, puntos de vista, palabras y frases).
- Se busca notar y oír el lenguaje particular de cada miembro del sistema. Oír cada descripción del problema y de su solución. Mantener la riqueza de las diferencias.
- Uno por vez (hablar con cada individuo por vez, permitiendo que los demás escuchen), con interés y respeto genuinos y dando el tiempo

necesario a la historia en cuestión, para descubrir nuevas explicaciones para la historia y experiencia del otro.

- Se usa el lenguaje cotidiano; con los clientes, los profesionales y los estudiantes que escuchan las historias, humanizando a los clientes y a los profesionales.
- Se suspenden los conocimientos "expertos"; escuchando lo que sucede localmente, permitiendo intervenciones que surgen de las conversaciones, más que de la "teoría" y el conocimiento externo.
- Se pone atención a la pericia del cliente y a sus conocimientos.
- Indagación compartida; Siendo aprendices inquisitivos, en el lenguaje y los significados de los clientes, alentando con ello su voz. Se da un entrecruzamiento de ideas, opiniones, preguntas, formándose un proceso dialógico.
- Incertidumbre; donde se sabe que es imposible predeterminedar o predecir el resultado y las consecuencias de las conversaciones terapéuticas. No hay *que saber*. No se es experto en como deben vivir los clientes, ni de las preguntas correctas ni de la mejor narrativa.
- Escuchar todas las voces; de los clientes, de los estudiantes, de aquellos con quienes se comentan las historias.
- Equipo terapéutico; que comenta con los clientes sus ideas. No en una metaposición. Se da importancia a la integridad de la otra persona y se invita a la expresión de múltiples voces permitiendo que el terapeuta haga públicos sus pensamientos (similar a los "equipos reflexivos" de Andersen; 1987, en Anderson; 1999).
- "No saber" Se basa en el supuesto de que la creación dialógica de significados es siempre un proceso intersubjetivo que da lugar a posibilidades. Una de esas posibilidades es el diálogo. Es una actitud y una creencia de la o el terapeuta, donde:
 1. No tiene información privilegiada
 2. No puede comprender plenamente a la otra persona

3. Necesita estar constantemente informado por el otro y aprendiendo de lo que se ha dicho.

Es una postura interpretativa; un análisis continuo de la experiencia tal como ocurre en un contexto y tal como es narrada por el cliente. La interpretación es siempre un diálogo entre terapeuta y cliente. Requiere "incertidumbre," la cual conlleva la "voluntad de dudar" y la "voluntad de arriesgar", además de humildad (de lo que no se sabe).

6 rasgos del no saber:

- confiar y creer
- hacer preguntas conversacionales
- escuchar y responder
- mantener coherencia
- mantener la sincronía
- honrar la historia del cliente.

Confiar y creer; Creer en lo que ha vivido el cliente, confiando en sus motivos, percepciones, etc. Donde cada relato y versión son únicos.

Hacer preguntas conversacionales; son elementos de un proceso general que ejemplifican la postura honesta y consecuente del terapeuta de no entender demasiado rápido, no determinar el marco para el diálogo y "no – saber". Cada pregunta es un elemento del proceso conversacional global. Las preguntas conversacionales muestran interés y curiosidad por el cliente. Ayudan a que éste clarifique y amplifique una historia. Se van haciendo en un continuo preguntar dentro del proceso dialógico. Invitan al cliente a hablar con la o el terapeuta y a una indagación compartida. Permiten al cliente construir la respuesta.

Escuchar y responder; La elaboración de comprensiones a través del diálogo requiere actitudes y acciones especiales del terapeuta. Es oír, escuchar,

comprender. Querer entender correctamente. Es una manera de ser, una actitud genuina que demuestra interés, respeto y curiosidad.

Mantener la coherencia; donde la o el terapeuta se abre a la historia de la otra persona. A trabajar con la realidad del cliente. Cuando no se sabe y se trata de aprender, se mantiene la coherencia.

Mantener la sincronía; se refiere a avanzar, en la historia, al paso del cliente.

Honrar la historia del cliente; se reconoce y respeta la narrativa del consultante. Se busca un proceso y una relación caracterizados por el conectar, colaborar y construir; se invita a los clientes a entablar conversaciones dialógicas y relaciones de colaboración narrativa.

Equipo reflexivo de una persona: Goolishian (1991, en Craig; 1995), para transparentar el proceso terapéutico, sugiere preguntar al o los clientes si están de acuerdo en que el o la terapeuta comparta sus pensamientos o imágenes de sus monólogos privados. Aceptado esto, y compartidos los pensamientos, el cliente elige de ello lo que le sirva.

Equipo reflexivo: Tom Andersen (1987, 1991; en Craig, 1995), su creador, es un terapeuta del enfoque colaborativo. Este equipo es un proceso abierto donde los clientes pueden observar lo que los terapeutas hablan sobre ellos. Posteriormente, los clientes eligen o descartan las ideas que ellos consideren les correspondan o no.

Premisas

También conocido como Enfoque Colaborativo de los Sistemas de Lenguaje, esta perspectiva parte del pensamiento posmoderno (con su nueva definición y perspectiva del propio self, donde el individuo y la relación pasan a primer plano, las relaciones van más allá de las relaciones familiares, no se privilegia ningún

sistema sobre otro, se revisa el qué y el cómo de la indagación, se pone el foco en la persona en la relación y ningún supuesto explicativo se acepta sin cuestionamientos) y tiene como aspectos centrales de la terapia, *el lenguaje, la conversación y la relación*.

- Proceso y relación están caracterizados por la conexión, la colaboración y la construcción.
- La terapia es concebida como un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa – una búsqueda conjunta de posibilidades. Es un proceso de conversaciones dialógicas interiores y exteriores.
- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido. Son formas de acción social más que procesos mentales independientes, cuando construyen la realidad.
- Una mente individual es un compuesto social y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
- El lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo y opera como una forma de participación social.
- La terapeuta es una autora más de las historias nuevas, generadas en el lenguaje y a través de la relación.
- El concepto de “familia” es insuficiente para trabajar y pierden importancia los roles y jerarquías dentro de ésta para tener una conversación. Se ve a las personas como parte de un “sistema determinado por el problema” o un “sistema organizador de problemas” y un “sistema disolvente de problemas”.
- Términos como “terapia y terapéutico” son abandonados, pues aluden a patología. Se toma el de “consultores” para definir el “conversar con la

gente”.

- Se considera que los consultantes saben más de su vida que uno, terapeuta y, que el saber de este último, incluso, puede estorbar las narrativas de los clientes y la movilización de sus propios recursos. Así, la voz del cliente está en el centro del escenario.

Metas

Ciente y terapeuta han de pasar a ser compañeros en una conversación, donde la pericia del cliente sobre sí mismo se combina con la pericia de la o el consultor sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos.

La relación con el cliente y el proceso de la terapia es colaborativo. La responsabilidad por la terapia y su resultado es compartida (Anderson; 1999).

La terapeuta busca captar la historia del cliente, no determinar su causa. Busca aprender el significado de lo que dice un cliente, de sí mismo.

Se busca no cuestionar la realidad o historia del otro, más bien aprender de esa historia, ser sensible a ella, mantener coherencia con ella.

Se busca abrir espacio para recontar una historia, permitiendo la aparición de nuevos significados y nuevas narrativas, en un diálogo abierto.

En el enfoque colaborativo se crea espacio para el otro, se habla con.

La tarea de la o el terapeuta es encontrar la pregunta o la herramienta que le permita al consultante aprender más sobre su experiencia. La narrativa se va construyendo a partir de las preguntas. En este proceso local y continuo de recontar y re-describir, las posibilidades para la comprensión, el significado y el cambio son abiertos e infinitos.

1.2.8. Terapia Narrativa

Antecedentes

Michael White y David Epston, uno australiano y el otro neocelandés, utilizan la analogía del relato o del texto, unida a ciertos elementos de la epistemología de Bateson (el "método interpretativo", que estudia los procesos por los que desciframos el mundo o interpretamos la realidad. Y la dimensión temporal: que sitúa los eventos en el tiempo para la percepción de la diferencia lo cual desencadenará nuevas respuestas), para crear este enfoque (White y Epston; 1993).

White analiza la perspectiva de Foucault y su relevancia para la terapia, donde, una cuestión importante es la discusión del conocimiento "como poder". En este sentido, propone el análisis de las diferencias entre grupos culturales, prestando atención a las prácticas donde una cultura o grupo margina a otro (Anderson; 1999, en White y Epston; 1993). Se revisan así en este enfoque los discursos de clase, raza y cultura, discursos que oprimen a las personas.

Como marco conceptual para los recursos narrativos, Epston y White acuden a la noción de "textos narrativos", donde la terapia se percibe como un proceso de "contar" y/o volver a contar las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas (White y Epston; 1993). Se busca co-crear narraciones nuevas y liberadoras.

Este enfoque también es conocido como deconstructivo-externalizante.

Principios o Premisas:

- Ninguna expresión de la experiencia está fuera de un sistema de significado.
- Es necesario consultar a las personas acerca de cuáles son los efectos que perciben de nuestro trabajo terapéutico con ellos.

- Se ayudará a las personas a establecer una descripción de las relaciones de poder participantes en su experiencia de modo que se socaven la autculpabilización y la vergüenza.
- Los discursos son constitutivos, moldean nuestras vidas.
- En el contexto terapéutico siempre existe una diferencia de poder. Hay que estar consciente de ella, analizarla y asegurarnos que no tenga efectos desfavorables en las vidas de las personas que nos consultan.
- El proceso terapéutico debe tener transparencia y responsabilidad.
- La "patología" sirve para cosificar a las personas y a sus cuerpos. Hay que hacer un cuestionamiento de la hegemonía de los discursos patologizantes y/o psiquiátricos.
- Es importante identificar aquello que es habilitante para las personas y que no. Utilizando lo que contribuya a mejorar su calidad de vida.
- Es necesario entablar conversaciones con los clientes en las que se respeten sus conocimientos de vida, que tracen la historia de su saber, brindándoles la oportunidad de construir sobre estos conocimientos, planear sobre ellos y aplicar su saber a las experiencias que encuentran problemáticas.
- Se trabajará en colaboración con los clientes para identificar las maneras de hablar que fomentan un sentimiento de iniciativa personal y favorezcan la experiencia de tener *poder* sobre la propia vida.
- Hay maneras desencarnadas de hablar, que eluden toda referencia al contexto. Hablan de "certeza absoluta" y descalifican todo otro conocimiento. El habla desencarnada limita y restringe.
- Todos podemos desempeñar un papel en la transformación de las instituciones.
- La terapia es un proceso de doble vía por lo que, se puede invitar a "consultores": adolescentes, niños, otras mujeres, otros varones.
- La responsabilidad es un tema dominante en todo el transcurso de la terapia (White; 2002).

Técnicas de Intervención:

Externalización del problema: sirve para separarse, distinguiendo claramente el problema de la persona, para con ello poder examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción entre personas y problemas (White y Epston; 1993).

Conversaciones externalizantes; sobre el odio de sí, el aborrecimiento de sí, o cualquier cosa que constituya la relación primaria de las personas con su "yo" (White; 2002).

Preguntas externalizadoras para ir reinterpretando las experiencias, liberándose a la vez de los relatos de identidad negativos que los hayan aprisionado. Éstas van formando conversaciones desconstructivas.

Conversaciones donde se establezcan distinciones; lo que facilita la preparación de un testimonio cercano a la experiencia de la persona, ayudando a las personas a desarrollar grados de discernimiento y a expandir las posibilidades a disposición de las personas para tomar medidas para resistir y desafiar estos saberes y prácticas en sus vidas cotidianas.

Brindarles lecturas sobre los temas que se tratan en sesión.

Descripciones diferentes; aportan opciones para abordar el contexto y opciones para la expresión de las experiencia a través de la acción.

Identificación de acontecimientos extraordinarios;

- Explorar
- Identificar
- Distinguir
- Revisar relatos diferentes (White; 2002).

Contextualizar: en lo referente a la cultura, el género, la tradición, etc., en diferentes casos pero, en especial para personas que han sufrido algún tipo de abuso (White; 2002), asimismo, se invita a contextualizar los propios discursos de los clientes.

Preguntas para desafiar las "verdades" de identidad negativas (a las que las personas se les ha hecho adherirse en sus experiencias pasadas) Permiten

identificar aspectos de la vida, cualidades, características personales, que se han dejado de lado. Permite asimismo quitar a otros la última palabra en cuestiones de identidad (White; 2002).

Proceso de migración de identidad; en casos por ejemplo, de ciertos tipos de abuso, como una forma de entender y sobrellevar el proceso, ayudándose de un mapa o gráfico, para señalar la travesía en curso (White; 2002)

Gráficos de experiencias de migración: para ubicarse en el proceso de cambio, de circunstancias desfavorables a otras más benéficas para ellos (as) (White; 2002).

Uso de la palabra escrita; cartas, certificados, diplomas, etc., donde, el contenido es seleccionado cuidadosamente para generar distinciones o, para conectar determinadas experiencias y acontecimientos que prometen crear recursos así, se forman relatos con potencial curativo usándose en ellos el subjuntivo y el lenguaje común y corriente (White y Epston; 199).

Personificación es una manera más de reformular un problema (ejemplo: alucinaciones). Se externaliza y personifica (White; 2002).

La metáfora del "rito del pasaje" (van Gennep y Turner, en White; 2002) para trabajar situaciones, como por ejemplo, las hospitalizaciones psiquiátricas. Consta de 3 fases:

1. Separación
2. Liminal o Ni lo uno ni lo otro
3. Reincorporación

Responsabilidad y transparencia: White (2002), para trabajar con varones abusadores, crea un contexto de responsabilidad, transparencia, perdón, reconciliación y contextualización de las prácticas culturales masculinas, apoyando a estos hombres en la búsqueda de maneras alternativas de ser.

Los Pasos para ayudar al paciente a elaborar una imagen alternativa de sí mismos son los siguientes:

- 1) Externar el problema.
- 2) Situar la imagen dominante en el contexto de las interacciones y en el contexto social más amplio.

3) preguntas sobre la influencia relativa: destinadas a describir los detalles y los efectos de la versión dominante y otras que apuntan a determinar los "logros aislados".

4) preguntas que incitan a la elaboración de una imagen alternativa (Durrant y White; 1996).

K. Tomm considerado por Craig (1995) dentro del enfoque de deconstrucción externalizante, desarrolló una forma de pensar sobre la postura de los terapeutas invitando a crear conversaciones que le *den poder a los clientes*. Un proceso donde sea posible co-construir significados y distinciones con los clientes para abrir espacios hacia la dirección que ellos quieran tomar en sus vidas. Asimismo, creó *las preguntas "auto - reflexivas"* donde el (la) terapeuta comparte su proceso interno (pensamientos, ideas) e invita al cliente a compartir cualquier reacción que ocurra en relación a ello.

White en este mismo sentido, hace lo siguiente: teniendo a los clientes presentes, los miembros del equipo reflexivo lo entrevistan al final de las reuniones, preguntando, por ejemplo el por qué eligió ciertas preguntas y no otras. De esta manera White hace transparente los procesos de los terapeutas y sitúa los comentarios del equipo en su experiencia y contexto para cuidar la influencia de la autoridad y expertez del terapeuta y los miembros del equipo (Epston y White, 1992, en Craig; 1995).

Metas:

Durrant y White (1996) visualizan la estructura de la terapia como una donde la situación de la persona que presenta problemas es una consecuencia de la acción, de las opiniones y las versiones que esa persona tiene de sí misma y del mundo. Donde estos supuestos no le permiten una solución alternativa ya que no se percibe la información que no se ajusta a las restricciones.

Se estima que las personas que acuden a terapia están intensamente concentradas en las descripciones "saturadas de problemas" de su propia situación y, al mismo

tiempo, impedidas de tomar contacto con la capacidad que tienen para afrontar con éxito sus dificultades. Así, es necesario conocer las imágenes que las personas elaboran sobre sí mismas, que se ubican en un contexto de ciertas ideologías culturales y sociopolíticas.

El terapeuta trabaja pues, alentando una doble descripción para establecer un contexto para el cambio. Se busca desarrollar una cantidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objetivo de generar "novedades de diferencia que hagan una diferencia" (White, 1986, en Durrant y White; 1996).

El objetivo de la terapia es incitar a las pacientes a descubrir aspectos de la experiencia de sí mismos dejados de lado por la imagen dominante. *La clave* de este enfoque es que el (la) paciente es el experto (a). El (la) terapeuta solo hace preguntas que generen logros únicos y nuevas imágenes. Se pone el acento en los conocimientos de ella (él) sobre sí misma (o) y sus fuerzas, que han quedado sepultados por la acción de la versión dominante (Durrant y White; 1996).

Nota Final

Los modelos de terapia familiar que se han descrito aquí, lo han sido de manera sintética, procurando brindar una visión acerca de sus metas, técnicas principales y premisas más importantes. Para conocer a profundidad cada modelo, es necesario referirse a las fuentes.

Por otro lado cabe comentar que, aun cuando no se haya mencionado, los Modelos revisados hablan, en diferentes formas o grados de la comprensión, el respeto, la escucha, la empatía y la validación hacia los pacientes, cuestiones que además, en mi caso practiqué, independientemente del Modelo usado, debido a que es una primera consideración importante en los seres humanos pero que en aquellos que somos psicólogos (as), es una postura reafirmada al estudiar y ejercer la profesión. Es importante mencionar también que, ser terapeuta no es una labor fácil ni de poca importancia. Requiere de una adecuada y completa formación, como la que brinda la *Universidad Nacional Autónoma de México* e implica por otro lado, una gran responsabilidad. Solo con un bagaje teórico y práctico como el que esta

Universidad brinda, aunado a la experiencia personal y profesional de cada psicólogo (a), se podrán entender – me parece- a cabalidad los modelos mencionados y, lo más importante, practicar sus herramientas con aquellos que acuden a nosotros, confiadamente, para solicitar ayuda.

En vista de que el pensamiento creador
es lo más importante que distingue a la gente de los monos
hay que tratarlo como un bien más precioso que el oro
y que preservarlo con gran cuidado
(A. D. Hall, en Bertalanffy; 1991).

III) DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1) Habilidades Clínicas Terapéuticas

1.1. Introducción

El contexto de la Terapia Familiar

Desde antaño el hombre se ha preocupado por conocer al hombre. Cómo conoce, aprende, piensa, siente. Por qué es como es. Entre los filósofos hubo muchos que dedicaron su trabajo a esta área. Tiempo después la psicología surge como tal, separándose de la filosofía. De la primera Morris (1987) la menciona como una ciencia que estudia el comportamiento y los procesos mentales que lo moldean. Dentro de lo que es ya propiamente la psicología , ha habido el siguiente desarrollo:

<p>Wundt establece el primer laboratorio de psicología en 1879. En el se proponía estudiar la mente de modo objetivo y científico.</p>	<p>Titchener fue líder de la psicología norteamericana y, junto con Wundt, consideraba que la misión de la psicología era identificar los elementos básicos de la experiencia y mostrar cómo se combinaban.</p>
<p>A esta escuela del pensamiento se le llamó estructuralismo.</p>	
<p>Galton fue el primero en estudiar las diferencias individuales y la elaboración de los tests mentales.</p>	<p>James, psicólogo norteamericano, consideraba que toda actividad es funcional; aplicando los principios biológicos a la mente formuló la teoría funcionalista de la vida mental y el comportamiento.</p>
<p>Watson se opuso a la escuelas estructuralista y funcionalista. Afirmaba que no se podía definir ni la conciencia ni el espíritu. La psicología entonces debía ocuparse del comportamiento observable y medible. Surge así la escuela</p>	

<p>conductista que se basaba en gran medida en los experimentos de Pavlov.</p>	
<p>En Alemania, simultáneamente al conductismo, surge la psicología de la Gestalt, donde se estudió la percepción del ser humano y como éste tendía a completar figuras a partir de fracciones.</p> <p>Surge posteriormente el enfoque terapéutico Gestalt.</p>	<p>Posteriormente Skinner reemplaza a Watson en el liderazgo del conductismo, considerando al animal un agente activo en el proceso de condicionamiento, al introducir el reforzamiento para estimular el aprendizaje.</p>
<p>Aparece en este tiempo el Psicoanálisis, el cual se considera como parte de la psicología hasta 1920. Freud fundó la psicoterapia con su famoso "tratamiento mediante el diálogo" (Morris; 1987). De esta corriente se separan o surgen colateralmente varios estudiosos de la personalidad, tales como Adler, Jung y Erickson, quienes hacen sus propias teorías de este concepto con sus consiguientes métodos terapéuticos.</p>	
<p>Aparece entonces la Psicología Existencialista (estudio del absurdo y la enajenación y sus efectos en las actitudes de las personas) con representantes como Rollo May y R. D. Laing, éste último considerando a la conducta psicótica como una respuesta normal y razonable ante un mundo anormal.</p>	<p>Surge también la Logoterapia creada por Vicktor Frankl que se centra en el significado de la vida humana y de la búsqueda de dicho sentido (Frankl; 1999) y la psicología humanística, que trabaja a favor del potencial del individuo y cuyo principal exponente es Carl Rogers.</p>
<p>La Psicología Cognoscitiva por su parte estudia los procesos mentales; cómo la gente percibe, interpreta, almacena y recupera información.</p> <p>Como meta común de los psicólogos se ha considerado describir, explicar, predecir y controlar el comportamiento humano. Con este fin, se han utilizado</p>	

diversos métodos de investigación en el estudio de la conducta humana.

La **Psiquiatría**, rama de la medicina, también se ha ocupado, desde una mirada diferente, del ser humano, sus procesos mentales y su personalidad. Frankl (1999) al respecto dice: la psiquiatría ha tratado de interpretar la mente humana como un simple mecanismo y en consecuencia, la terapia de la enfermedad mental como una simple técnica.

Es conocida por **psicólogos y psiquiatras una disputa** entre ellos, la mayor de las veces encubierta y otras del todo visible, por "tener la razón" acerca del ser humano y el procedimiento terapéutico a seguir en caso de enfermedad, sin embargo, hubo un momento en que psiquiatras (cansados de los tratamientos habituales, largos, en ocasiones ineficaces y a veces descontextualizados) psicólogos, trabajadores sociales, ingenieros, biólogos, antropólogos, químicos, entre otros, unieron sus esfuerzos para entenderse entre sí y para encontrar un nuevo y diferente enfoque para comprender la gran complejidad del ser humano y los padecimientos que éste sufre.

Surgió así la **Terapia Sistémica**

que estudia los elementos de un sistema **observando las relaciones** buscando con ello **comprender la interacción contextual.**

Los primeros modelos de este tipo de terapia tienen su base en la **cibernética** del primer orden para posteriormente usar la cibernética en su segunda etapa pasando luego a la segunda cibernética donde modelos posteriores fueron rechazando, modificando, agregando ideas a los primeros conceptos, evolucionando. Otros aportes que enriquecieron a la terapia sistémica fueron el **constructivismo y el construccionismo social**. Actualmente se utilizan todos los modelos o enfoques creados, de terapia familiar, en diversas partes del mundo.

Es en este contexto que la **Universidad Nacional Autónoma de México** abre su programa de Residencia en Terapia Familiar en 2001, la cual consta de 4

semestres de los cuales, el primero, es el único donde no se atienden pacientes. Es este quizás, el de más carga teórica y conceptual para los estudiantes. En él pude yo, como estudiante de la Residencia, adentrarme en el mundo sistémico, sus orígenes y los primeros modelos de atención para las familias. En los semestres restantes, el trabajo se acompaña de la práctica clínica: atención a personas que buscan ayuda en los Centros Clínicos de la UNAM o en otras sedes con quienes la UNAM tiene convenio, tal como el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro. Esta atención a individuos, parejas y familias se lleva a cabo con *supervisión en vivo*: cámara de Gesell; profesor-supervisor-terapeuta y equipo terapéutico (compañeros de estudio, terapeutas en formación).

Otra forma de supervisión, que también se presenta en este periodo, es la videograbada, donde él o la terapeuta presenta la grabación de sus casos en dos formatos: enfocando a la familia consultante y/o enfocándose a sí mismo. En estas sesiones uno recibe observaciones del supervisor (a) y del equipo terapéutico.

Dos formas más de supervisión, que se llevaron a cabo cuando no asistían (o no había pacientes citados) consistieron en la narración de casos al profesor o profesora para, posteriormente, recibir sus puntos de vista aunados a los del equipo terapéutico y por medio *del role playing*, donde el terapeuta de algún caso, elige a terapeutas en formación para recrear escenas de la terapia llevada a cabo, con lo cual, se obtienen diversos aprendizajes sobre el caso en cuestión y sobre las estrategias empleadas.

En este último sentido cabe mencionar que otra de las situaciones que, en mi caso viví en la Residencia fue el hacer roleplayings para trabajar con *la familia de origen* de los terapeutas en formación, así como con *la persona del terapeuta*, estos 2 rubros se llevaron a cabo con el Dr. Macías en sus horas de cátedra.

Cabe aquí mencionar que los 4 semestres que dura la Residencia, con su respectiva carga teórica y práctica, así como la relación que se logra con los compañeros en formación y los profesores (análisis, reflexión, comunicación asertiva, unión, crítica constructiva, trabajo de equipo e individual) es lo que nos permite a los estudiantes formarnos como terapeutas familiares, con ética,

vocación de servicio, amplitud de criterio, capacidad de análisis y reflexión, entre otras cualidades profesionales.

En lo referente a las *personas atendidas* en los Centros clínicos de la UNAM, cabe mencionar que, en su primer entrevista se les explica la forma de trabajar en la Institución: permisos de videogravar las sesiones, espejo unidireccional, equipo y supervisor tras el espejo, costos, etc. Asimismo lo que es la terapia familiar y cómo se llevará a cabo el proceso (número aproximado de sesiones, citas con algunos miembros del sistema familiar o con todos juntos, periodicidad de las citas, etc.). En este rubro es importante mencionar qué, a la vez que se está acordando con los consultantes el inicio de un proceso terapéutico, se están utilizando ya algunas *herramientas de evaluación* (que se nos transmiten en la Residencia) tales como:

- El Genograma (Mc Goldrick)
- El Esquema de Evaluación Familiar Dinámico Estructural (EEFDE de R. Macías)
- El Modelo Mc Master de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Instituto Mexicano de Psiquiatría)
- Y las estrategias específicas de cada Modelo de Terapia Familiar, que de acuerdo a sus premisas, sugieren para evaluar, en cada caso.

Estos instrumentos suelen usarse durante todo el proceso, tanto para evaluar, como para planear estrategias, para ver cambios e incluso para valorar la conclusión del trabajo.

A continuación podemos ver una breve descripción de estos elementos:

Genograma: es un instrumento que nos da una visión gráfica (y un resumen clínico) de la familia que estamos atendiendo así como de su contexto familiar en dos o tres generaciones. En él se pueden apreciar datos tales como los fallecimientos, matrimonios, divorcios, segundas nupcias, etc., con sus respectivas fechas cada cual. Los abortos, los nacimientos de gemelos o cuates, los motes con

que se conoce a cierta persona, así como personas ajenas a la familia cuya relación e influencia sobre ésta, es fuerte e importante, entre otros datos más.

Esquema de Evaluación Familiar Dinámico Estructural (EEFDE) el cual, desde una perspectiva integradora representa gráficamente las relaciones del grupo familiar, su organización estructural y los procesos comunicacionales y afectivos que se observan durante la evaluación. Al expresar elementos dinámicos y estructuras familiares facilita una estrategia de intervención (que se puede también trazar) así como la meta a lograr. Este esquema consta de tres ejes horizontales (límites entre subsistemas generacionales) y uno vertical (subsistema género) en el cual, de acuerdo a la cercanía o lejanía de las figuras, del eje vertical, nos indicará el grado de involucramiento familiar que tiene cada uno de los miembros.

Modelo Mc Master de Evaluación del Funcionamiento Familiar, el cual parte de la premisa de que la función primordial de las familias es mantener el equilibrio de sus miembros en lo social, en lo biológico y en lo psicológico, considerando que, al cumplir la familia con su función se enfrenta con dilemas en 3 áreas:

Área de necesidades básicas: alimentación, habitación, transporte, etc.

Área de desarrollo: estadios de la familia y de sus miembros.

Área de obstáculos: crisis que pasan las familias.

Así, de acuerdo a las dimensiones del funcionamiento, se analiza al grupo que nos consulta, tanto en las primeras sesiones como al final de la terapia. Si ésta tuvo impacto en la familia, redundará en cambios en la familia en diferentes áreas.

Por último y como ya se mencionó, premisas de evaluación específicas de cada modelo, de acuerdo al que se está viendo en supervisión o al que se requiere para atender a la familia en cuestión.

Una vez iniciado el proceso terapéutico, de acuerdo a la supervisión llevada (y la problemática detectada) se aplican conceptos y estrategias (ya con fines de

cambio y movimiento) de los diferentes Modelos de Terapia Familiar, entre los cuales están: el Estructural, el Estratégico, las Terapias Breves, el Orientado a Soluciones, el de Milán, el de Equipo reflexivo, el Modelo Narrativo de White y el Colaborativo, así como, las habilidades mínimas requeridas para cualquier terapeuta: escucha activa, observación, empatía, respeto, entre otras.

1.2. Integración del trabajo clínico por familia.

En la Residencia atendí un total de 4 casos, de los cuales uno fue en co-terapia. De los tres restantes aquí presento dos, los cuales desarrollo de la siguiente manera:

- a) Breve descripción de la familia
- b) Genograma y/o familiograma y/o Esquema de Evaluación Familiar Dinámico Estructural (EEFDE), los cuales pueden representar diferentes momentos en el tiempo, durante un mismo proceso.
- c) Evaluación de la familia con el modelo Mc Master
- d) Síntesis del proceso terapéutico, con estrategias o intervenciones utilizadas
- e) Análisis y discusión teórico metodológica, aunado a reflexiones personales.

Vale la pena mencionar, como se podrá comprender, que lo aquí expuesto es sumamente breve en comparación con toda la riqueza y complejidad que conlleva un proceso terapéutico, con una persona o una familia completa que vive situaciones difíciles.

Los datos y referencias personales que se citan han sido modificados para cuidar la privacidad y confidencialidad de los consultantes.

CASO # 1

Sede clínica: Centro de Servicios psicológicos "Dr. Guillermo Dávila," cámara de Gesell # 1

No. De sesiones: 22

Periodo: septiembre de 2006 a septiembre de 2007

Supervisora: Mtra. Nora Rentería

Modelo utilizado: Premisas e intervenciones del Modelo Estructural, del Modelo Centrado en la Solución, del enfoque Narrativo y del Colaborativo, con especial énfasis en los últimos dos.

Estado del caso al terminar la Residencia: concluído

Equipo terapéutico conformado por:

Lic. Arturo Sirgo Cruz

Lic. Manuel Almanza Avendaño

Lic. Fania Delgado Coronado

Lic. Marina Giangiacomo Bolzan

Lic. Liliana Moreno Lucero

Lic. Martha Edna Barrios Serrano

Lic. Linda López Aragon

Lic. Regina López Silva

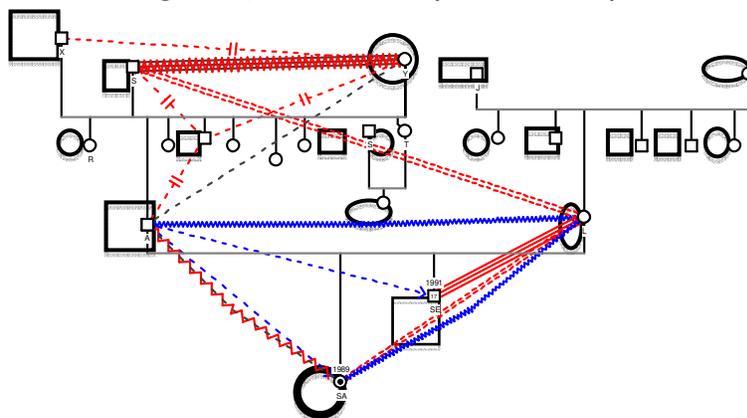
Datos de Identificación

FAMILIA AL

Composición:

- Padre: "A" jardinero, primaria inconclusa, negocio de peces.
- Madre: "L" dedicada al hogar, primaria inconclusa, negocio de peces.
- H1: "Sa" 17 años, 1er. Año de preparatoria
- H2: "Se" 15 años, 3er. Año de secundaria
- Lugar de residencia: Sur del D. F.
-

Genograma, al inicio del proceso terapéutico:



Evaluación, según la Guía Mc Master

1. Identificación y solución de problemas:

En lo relacionado a los problemas instrumentales, la familia AL está sustentada en una organización patriarcal: el varón es el proveedor de los recursos económicos y la mujer depende enteramente de él en varias áreas. El varón es distante emocionalmente, controla las actividades familiares por medio de la esposa y su estilo paterno tiende a ser autocrático. La mujer es cercana a los hijos y en menor grado al esposo y su estilo paterno es permisivo.

En lo relacionado a la vivienda, el esposo aceptó parte de un terreno propiedad de su padre y construyó ahí, junto a dos de sus hermanas. Éstas forman parte de la vigilancia y control que ejerce el esposo (y la familia paterna) sobre las conductas de su esposa e hijos.

En lo relacionado al área afectiva, la interacción en esta familia es con violencia, principalmente, verbal y emocional, del padre hacia la mujer y los hijos. Y de la mujer hacia los hijos hay cierto grado de abuso emocional ya que ella ha esperado de ellos (en especial de la hija) la madurez, compañía y el consuelo que ella debiera brindarles.

En este último rubro, "la solución" que se ha dado a la interacción familiar la brinda la hija mayor, quien se escapa de la casa y tras su regreso, se detecta la violencia en la familia enviándose con ello a cada uno de los padres a grupos de mutuo apoyo y a los menores a terapia individual (estos últimos quedaron en lista de espera en el servicio al que fueron canalizados, por no haber cupo). El padre, una vez terminadas las sesiones de grupo, con una consciencia recién adquirida de su problemática personal y familiar y preocupado por su familia en general y sus hijos en particular, acude a solicitar terapia familiar al Centro Dávila, de la UNAM.

2. Comunicación:

La comunicación es clara y directa, la mayor parte del tiempo, de la esposa hacia su esposo, no así de él hacia ella y a los hijos. En este último caso, por medio de la

esposa se comunica con los hijos. También hay momentos en que el esposo utiliza dobles mensajes, haciendo su comunicación enmascarada e indirecta.

Ambos hijos se comunican más con la madre que con el padre, aunque al momento de la consulta, la hija no quieren tener contacto con ninguno de sus padre y solo un poco con su hermano.

3. Área de desempeño de Roles:

Estos se encuentran rígidos. El esposo es el proveedor y quien dirige actividades de la esposa y los hijos. Todos atienden un puesto en un mercado (además del empleo del padre) pero el padre distribuye los ingresos y controla los egresos.

En lo sexual, después de varias sesiones (18) se identifica poca o nula gratificación para la esposa, relaciones escasas y a menudo insatisfactorias.

En cuanto *al desarrollo personal* de los miembros familiares, la familia no ha podido cubrir más que las elementales, de alimentación, escuela básica y vestido.

Toma de decisiones; el liderazgo paterno es autoritario por parte del padre. Flexible y en ocasiones laissez-faire por parte de la madre, siendo ésta incluso la que, a escondidas, se ocupa de algunas necesidades de esparcimiento de los menores y propias. Entre los padres ha habido discusiones respecto a los métodos educativos de cada cual, insatisfactorios unos a los ojos del otro.

Límites y funciones de pertenencia al interior y exterior de la familia: La hija, por cuya problemática deciden acudir a terapia, manifiesta no querer ser parte de dicha familia además de no sentirse querida ni cuidada. El hijo comenta estar enojado (3er. Sesión: "si no hubiera sido Sa., habría hecho algo yo") con respecto a su padre. La esposa (en la 4ª. Sesión) habla de saber que ella puede separarse de su esposo y aún así él tener responsabilidades económicas con ella.

En el transcurso de las sesiones se pudo conocer que la familia del esposo (el padre en particular) está muy involucrada en la vida de esta familia, habiendo

límites difusos entre familias e incluso, casas (algunas ubicadas en el mismo terreno) invadiendo esto, de manera importante la dinámica familiar.

Funciones de salud; hay en los padres poca conciencia de salud física y mental. A raíz de que estuvieron en el grupo de mutuo apoyo detectan que han vivido violencia intrafamiliar, principalmente emocional y del padre hacia los demás integrantes de la familia, asimismo, que la problemática con su hija es mayor de la que percibían.

4. Respuesta afectiva:

La madre, en esta familia, es quien da muestras de cariño y atención a sus miembros, en ocasiones, volcándose en los hijos para satisfacer sus propias necesidades emocionales. El esposo se mantiene distante, enojado, con poca capacidad de comunicación, tolerancia, empatía y escucha.

El hijo varón se comunica bien con la madre, lo indispensable con el padre y poco con la hermana. La hija se muestra enojada con ambos padres y un poco con su hermano, generalmente no les habla. Se nota también rivalidad y celos entre los hermanos por las atenciones de los padres.

5. Involucramiento afectivo:

Se encontró ausencia casi total de involucramiento entre padre e hijos y entre esposos. Asimismo, cierto grado de involucramiento narcisista de la madre con los hijos así como, en ciertos momentos, involucramiento excesivo de la madre con el hijo varón.

6. Control de conductas:

Se pudo detectar que en el pasado esta familia usó y abusó de un control rígido de la conducta, en particular del padre hacia esposa e hijos llegando a ser en momentos caótico. Asimismo, madre e hijos solían acatar, sublevándose de vez en vez. Por otro lado, en el momento de iniciar terapia familiar y durante varias

sesiones, este control se convirtió en laxo por parte de ambos progenitores debido a su toma de consciencia acerca de la violencia ejercida así como, a la problemática y rebeldía presentada por la hija y al temor de que ésta huyera de nuevo.

Las dificultades con que se enfrenta la familia es que la hija ha reprobado todas las materias de su primer semestre de preparatoria, utiliza marihuana, tiene novio (que los padres desconocían) y se ha ido de la casa. Asimismo, ha tenido enfrentamientos con ambos padres. Por su parte, el hijo está reprobando algunas materias de la secundaria.

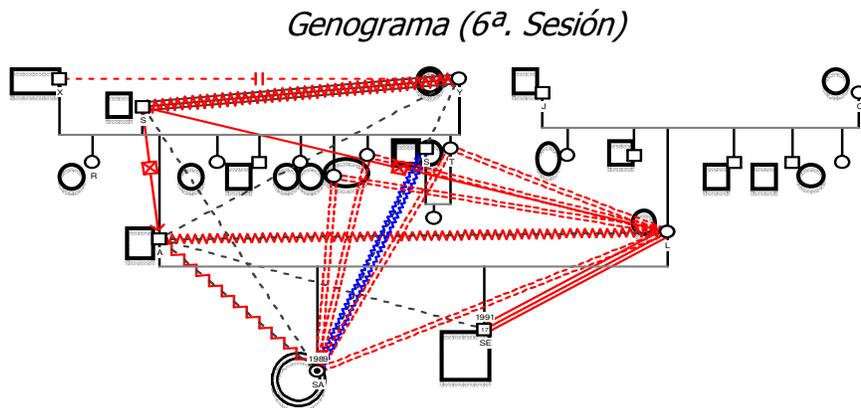
Estructura de la Familia

Esta pareja lleva 19 años como tal. Su unión se dio por necesidades emocionales, físicas y económicas. Ella huía del hogar (donde sufría maltrato por parte de su hermano y su madre) y a él (cuyo hogar sigue premisas del patriarcado) le había gustado ella y necesitaba una mujer. Le ofreció cama y techo (en el hogar paterno) a cambio de compañía. Así inició esta pareja. Vinieron los hijos, las responsabilidades y la conformación de una familia. Actualmente tienen 2 hijos adolescentes, ambos con dificultades escolares. Ella, casi en la mayoría de edad habla de haber tenido, al menos, 2 intentos de suicidio.

La familia se reconoce como muy afectada por los recientes acontecimientos sucedidos con la hija así como por el descubrimiento de haber ejercido/vivido violencia. Los padres manifiestan sentir culpabilidad por los errores cometidos con los hijos así como temor de ejercer su paternidad ya que se reconocen como equivocados en su actuar anteriormente.

Dentro de los recursos que se pueden detectar al inicio del proceso terapéutico en esta familia, van desde el hecho de que el padre busca terapia familiar (a pesar que en CAVI les refirieron a procesos individuales y que ellos como pareja ya estuvieron en grupos de mutua ayuda), que ambos padres pueden convocar y hacer acudir a los hijos al proceso, que los hijos acuden, a pesar de definirse como decepcionados con la dinámica familiar y la personalidad del padre, hasta

cuestiones como la inteligencia aguda de la hija, la disposición que muestran para el cambio ambos padres, hasta el apego que logran padre, madre e hijo (posteriormente la hija) al proceso terapéutico, entre otras cosas.



Análisis del Proceso Terapéutico

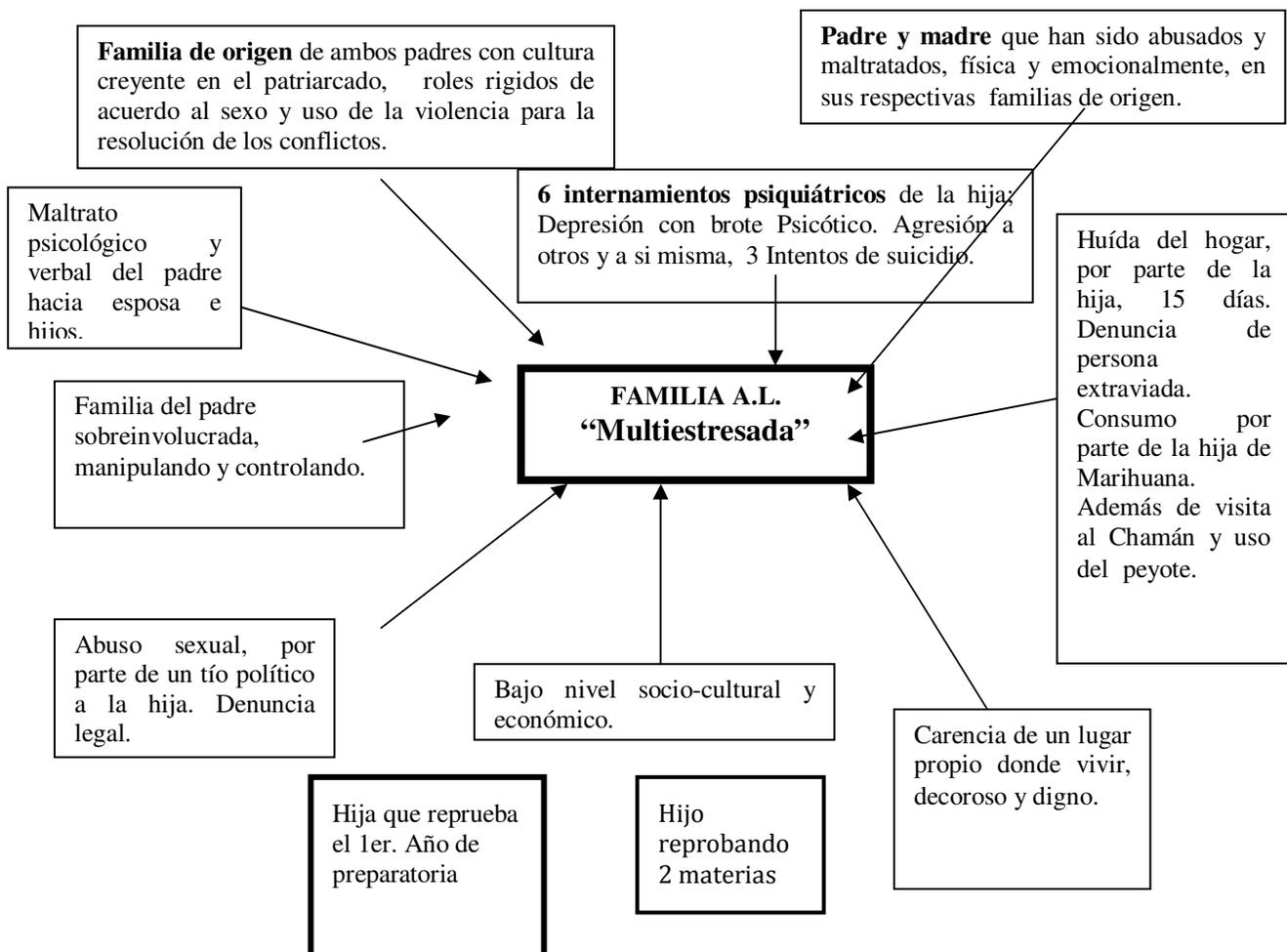
Encuadre: Acudieron todos los miembros de la familia a la primera sesión. Les expliqué el uso de la cámara y las videograbaciones, el acompañamiento por parte del equipo terapéutico, la periodicidad de las sesiones – quincenal – (aunque esta familia también tuvo sesiones semanales) y se respondieron sus preguntas.

Cabe mencionar que la primer sesión con esta familia fue muy difícil, debido a la problemática traída, a la negativa de la hija a ser videograbada y vista por un equipo terapéutico (por lo que le reclama en la sesión al padre) y a una desventurada intervención mía después de la inter-sesión, enfrentándose entonces, pasiva, pero fuerte y desafiante, con mi persona.

Objetivos mínimos de la familia o quién solicita el servicio: La familia coincide en requerir más comunicación entre ellos. La madre solicita “no sentir miedo” de expresarse. Los hermanos piden (en la sesión uno a otro se acusan de ser el que recibe las mayores atenciones de sus padres o se dicen “el menos visto” o reclaman “..ustedes no saben nada de mi vida”) ser vistos por sus padres. Todos se muestran esperanzados en un cambio familiar que, en un inicio se expresa como “mayor comunicación” entre los integrantes de la familia.

Hipótesis que guiaron las metas de la terapia:

- La hija como PI (uso de marihuana, huída del hogar, rebeldía, reprobación de los estudios) “traé” a su familia por los problemas que en ella se viven.
- La hija mantiene el precario equilibrio familiar.
- El origen de la psicosis, según la Escuela de Milán (hija metida en un embrollo relacional).
- Posibilidad de un abuso sexual en la infancia de la menor.
- Jerarquías familiares invertidas.
- Comunicación insuficiente e ineficaz entre los distintos miembros de la familia.
- Familia con cultura patriarcal que permite (o promueve) el abuso de los varones hacia las mujeres.
- Falta de empatía entre los miembros de la familia



En relación a los objetivos, es importante mencionar que esta fue una *familia con múltiples estresores*, por lo que, aun cuando hubo objetivos constantes, también se presentaron los de emergencia, de acuerdo a la situación que en momentos dados, se presentaba.

Objetivos:

- Lograr y mantener un buen rapport con cada miembro de la familia (Selekman; 1996)
- Ampliar y eficientar la comunicación entre familiares tanto en lo práctico (cotidiano) como en lo emocional, fortaleciendo a la díada conyugal, al subsistema paterno y al subsistema fraterno (Minuchin; 1990).
- Fortalecer la comunicación padre – hijos quitando la intermediación de la madre.
- Desinvolucrar de la relación conyugal a los hijos e incrementar los límites generacionales entre padres e hijos, con especial énfasis en la hija (Minuchin; 1990, Minuchin y Fishman; 1994).
- Trabajar los estilos educativos de cada padre como individuo y de ambos en conjunto, haciendo hincapié en las edades y necesidades de los hijos ayudándoles a encontrar un estilo educativo de mayor eficiencia y practicidad.
- Conocer sus conversaciones internas (monólogos que las personas suelen tener, generalmente negativos o limitantes) acerca de sí mismos como personas, de ellos como familia y de su postura ante el mundo, de modo que estas pudieran convertirse en diálogos con voces más positivas (Penn y Frankfurt; 1994) de modo tal que se alcanzarán conversaciones con mayor balance hacía sí mismos y el mundo.
- Promover la multiplicidad de voces, para lo cual ellos y yo contábamos con el equipo terapéutico y el reflexivo, de modo que ellos pudieran ver sus recursos personales y familiares, formas alternas de vivir la vida, opciones nuevas para solucionar algún conflicto, etc.

- Lograr que los integrantes de esta familia se reconocieran a sí mismos y entre ellos, con talentos y cualidades de modo que pudieran obtener mayor agencia personal, esto por medio de la búsqueda de acontecimientos extraordinarios, logros aislados e historias alternativas (White; 2002).
- Brindarles un contexto para explorar otras maneras de vivir y de pensar así como, de ser necesario, lograr el cuestionamiento de determinadas estructuras o formas de pensar dominante (White; 2002).
- Colaborar con la familia para salir adelante y fortalecida de la crisis presentada.
- Cuando se confirmó el abuso sexual a la hija, por parte de un familiar político, los padres se enfrentaron a nuevos retos (ellos se cuestionaban acerca de su responsabilidad en este suceso, la hija llegó a responsabilizar a su padre por ser poco cariñoso y atento con ella, había ingresos y egresos continuos del hospital psiquiátrico, por parte de la hija) por lo que, buena parte del trabajo terapéutico se dirigió a delimitar y aclarar responsabilidades, fortalecer a los padres en su rol y responsabilidad parental (la hija requería cuidados especiales en cuanto a medicamentos, internamientos, egresos, límites).
- Asimismo, se conversó (White; 2002, Jenkins; 2001) sobre el orden patriarcal que nos rige (contexto social en el que estamos inmersos y del cual la familia consultante y sus familias de origen son ejemplo), el cual permite e incluso promueve el uso de la violencia por parte del varón hacia la mujer e hijos, lo que, en este caso incluso se extendía del suegro a toda la familia consultante, en particular a la esposa e hija. Dicho orden brindó también las condiciones para que se pudiera perpetrar el abuso sexual y con ello la familia extensa se dividiera (unos creyendo en el abusador y su inocencia o razones para haber llevado a cabo el abuso, otros creyendo en la joven abusada pero sin saber que posición tomar. Así, se tocaron temas como violación, abuso, miedo, culpa, vergüenza, adultos, menores de edad, consecuencias posibles al vivir abusos, legalidad (ellos habían puesto una

denuncia en contra del abusador) buscando aclarar alguna información errada que pudieran tener y desconstruyendo aquella que provenía de un sustrato patriarcal o desde una visión de poder o control en relación al género o aquello que legitimizara o normalizara la violencia, de modo que todos pudieran ver y hablar de lo que había sucedido y con ello lograran mayores y mejores herramientas para resolver y enfrentar lo que actualmente vivían y aun faltaba por venir, aprendiendo, entre otras cosas a decidir y cuidarse por si mismos.

- Por otro lado, también se buscó aumentar la empatía (Madanes; 1993) entre los miembros de la familia. En particular en el padre para con su esposa e hijos y así como ayudarlo a reflexionar acerca de la violencia emocional que aún ejercía (Ramírez; 2000) en momentos, con sus hijos, pero, más que nada con su esposa.
- Igualmente se trabajó en fortalecer a la esposa en sus características de mujer, esposa y madre (Ramírez; 2000, White; 2002).
- Con la hija, por otro lado, ayudándole a encontrar sus propias respuestas, sus propios recursos y su camino hacia la recuperación de la salud (O´Hanlon y Weiner-Davis; 1989, De Shazer, 1985, Furman; 1996, White; 2002).
- Por último, también fue objetivo de la terapia el fortalecer al padre en sus propios recursos como hombre, padre y pareja y en su rol de hijo adulto que pudiera plantear límites a su familia de origen (Minuchin y Fishman; 1994, O´Hanlon y Weiner-Davis; 1989).

Principales estrategias de intervención utilizadas:

1. Del modelo Centrado en Soluciones, del Enfoque Narrativo y Colaborativo.
2. Del Modelo Estructural.

Cabe mencionar que, se hizo lectura también de Modelos específicos para la violencia (Ramírez; 2000, Madanés; 1993; Perrone y Nannini; 2000, Ravazzola;

1997) manteniendo en mente sus premisas e intervenciones y cuando se consideró conveniente se utilizó alguna de éstas.

En este sentido, finalmente cabe aclarar, que se usaron estos modelos por las siguientes razones:

1.- Los tres primeros y principales eran los modelos que se veían teóricamente, en la supervisión que me acompañó. En un principio no me sentía tan segura con ellos (se ven a la par que el caso en cuestión) y por ello inicié a utilizar premisas de un modelo más conocido, como el el estructural. Sin embargo, conforme los fui conociendo y utilizando, fui viendo su utilidad, énfasis en el respeto y recursos del cliente y me fui sintiendo más cómoda con ellos, para finalmente dominar, en el caso, el uso del enfoque narrativo.

2.- Aun cuando el modelo estructural lo utilicé primero por sentirme afín con él y conocerlo más, después seguí ocupando intervenciones y premisas de él, por que consideré era conveniente para esta familia en cuestión, en particular en lo relacionado a fijación de límites, autoridad de los padres y límites generacionales.

A continuación se describen algunas de las intervenciones empleadas, ejemplificando su uso e indicando el modelo al que corresponden:

Modelo Estructural (Minuchin; 1990; Minuchin y Fishman; 1994):

Evaluar la disposición al cambio, acordar las metas con la familia, conocer los resultados esperados:

La familia completa acude y desean cambios. Los padres son los más comprometidos.

Fijación de fronteras:

Cuando se delimita la díada conyugal por un lado y la fraterna por otro (sesión 8ª y 10ª), además de los límites con la familia extensa (7ª. 10ª. Y 14ª sesión) paterna.

Foco:

Cuando en temas que se consideran relevantes para la mejora de la salud familiar, la terapeuta insiste. Por ejemplo, la comunicación directa

entre padre e hijo y/o la escucha activa y paciente del padre hacia su hija o su esposa. También cuando los integrantes de la familia explicaban algo en plural, insistiendo la terapeuta en expresar las ideas y sentimientos de cada uno, buscando y logrando que se apropiara cada cual de su voz, emociones e ideas y se distingan entren ellos.

Consejo profesional:

Cuando la terapeuta se percata de que el ignorar ciertos temas, por parte de los padres o los hijos de ésta familia, les hace más difícil su cambio o su crecimiento familiar o individual. Por ejemplo cuando se les orienta acerca de los servicios que da la UNAM con respecto a la orientación vocacional (4ª. Y 8ª. Sesión) para el hijo menor. O también, respecto a los servicios de recreación y aprendizaje (deportes, baile, etc.) de que pueden hacer uso por ser el padre de familia trabajador de dicha institución (16ª. Sesión). O cuando se visita a la hija mayor en el hospital psiquiátrico (7ª. Sesión) y ante los comentarios del psiquiatra que les atiende (él habla, ellos escuchan y asienten, aun sin comprender lo dicho en su totalidad) se promueve la retroalimentación entre padres y médico así como el cuestionamiento y la asertividad.

El cuestionamiento de la estructura familiar o reestructuración:

Cuando se promueve que el hijo hable con el padre (8ª. Sesión) sin intermediación de la madre, tanto solicitándolo la terapeuta directamente tanto como haciendo cambios físicos en sesión para que esto se facilite. Asimismo cuando se hacen movimientos durante la sesión para poner frente a frente (10ª sesión) a los esposos y promover la comunicación directa entre ellos así como la escucha activa y la empatía.

Alternativas de interacción, tareas en casa para practicar formas alternas de relacionarse, más funcionales:

Cuando se indica a los padres (8ª, 10ª y 11ª. sesión) sentarse unas horas a platicar lo que es importante para ellos en relación a la educación de sus hijos. Hacer acuerdos y pensar en las consecuencias si las reglas fijadas no se cumplen. Platicarlo posteriormente con los hijos.

Modelo de Soluciones (Furman; 1996, Cade y O'Hanlon;1995, O'Hanlon y Weinner- Davis;1993):

Promoción de "conversaciones productivas" para enfatizar los recursos y las soluciones, el presente y el futuro y la búsqueda de formas fecundas de pensar en los problemas e ideas prácticas para abordarlos:

Cuando a la pareja se le dice (3ª. Sesión), después de su exposición acerca de cómo se unieron, que el equipo terapéutico los ve como una pareja "de mucho compromiso" aunque quizás no sean la "típica pareja unida por el amor" (que la esposa comenta que esperaba) y se habla de lo que les puede servir para estar unidos y resolver la problemática que hoy se les presenta. Ellos comentan que esta visión es nueva para ellos y asienten respecto a que ello puede facilitar sacar adelante a sus hijos.

Por otro lado, en la 8ª. Sesión a ambos padres se les hace notar lo que hace cada cual en la educación de los hijos y como ambos pueden entremezclar los estilos educativos además de apoyarse en el otro cónyuge cuando sus propias estrategias educativas no están funcionando y notando que ambos persiguen fines similares (educar a los hijos para el presente y el futuro).

Búsqueda de soluciones y promoción del optimismo:

Cuando se ayuda a la familia a caminar hacia delante y no quedarse sin movilidad en la culpa y los errores del pasado (14ª. Sesión), ej.: ¿así que esto que hizo le sirvió más que estar solo pensando en lo que antes dejó de hacer? (...)

Nombres esperanzadores para el problema:

Cuando se llama "campanita" a la hija (4ª y 5ª sesión), quién "sonó y anunció", al huir de casa, que se requerían cambios familiares. Con esto, los

padres pueden moverse del enojo, la incomprensión y el castigo (oyendo nuevas perspectivas, vislumbrando realidades diferentes, imaginando soluciones alternas) hacia la empatía, el entendimiento y la aceptación de la necesidad de cambios en la dinámica del hogar.

Conocer las experiencias del consultante de modo que se reconozcan sus recursos y posibilidades:

Al conversar acerca de lo aprendido en sus respectivos grupos de mutua ayuda (7ª. Sesión) y que hoy les puede servir para no seguir cayendo en las mismas acciones equívocas del pasado. Por otro lado, cuando el padre (12ª. Sesión) ve desde una perspectiva diferente a sus hijos, gracias a que recordó y reflexionó sobre sus propias vivencias de malos tratos sufridas en su infancia.

Generación de soluciones creativas:

Cuando se les invita a pensar e investigar actividades (15ª. Sesión) de esparcimiento para cada uno y para la familia en general que les ayude a la integración familiar, a espaciar las crisis de la hija y al desarrollo integral de las personas que conforman la familia.

Creación de una visión positiva del futuro, sin el problema:

Cuando se habla de lo que hacen y podrían hacer cada vez que regresaba a casa Sa. Y que pudiera servirles para evitar que reingresara al hospital, con lo cual ellos ganaban agencia personal y la hija un mayor sostén familiar. Asimismo, al conversar de cuando Sa. Recuperara del todo la salud, como guiarla y ayudarla para tomar su vida en sus manos (9ª. Y 12ª. Sesión).

Centrarse en las excepciones y progresos lo que permite ver al problema como modificable y temporal:

Cuando la esposa se queja de un exabrupto del esposo, comentando también que "ya no fue como antes" (15ª. Sesión) y se retoman entonces los cambios que ha podido hacer el esposo para evitar agredir a los demás así como su compromiso constante con la terapia. Por otro lado cuando en la 5ª. Sesión el padre habla de haber sido enérgico con la hija y se indaga

este estilo (firmeza y energía sin agresión) y se le confirma al padre analizando lo llevado a cabo por él, el apoyo de la esposa y el acatamiento de la hija.

Reconocer méritos, haciendo notar quienes participan en los cambios y las excepciones:

Así como se separaron en su momento responsabilidades, aclarando que le correspondía a cada cual, también, cuando había méritos, se hizo notar. Por ejemplo, el padre puso gran esfuerzo para hacer cambios en su persona, en su dinámica familiar y en su contexto y ello se le valoró y se hizo notar a su esposa e hijos, ellos así pudieron ver a A. Desde diferentes puntos de vista. Los hijos se mostraron animosos en este sentido, la esposa, sin embargo, aunque reconocía cambios, precisaba más. Asimismo cuando la hija (13ª Sesión) habla de su tía (materna) quien le da contención y apoyo emocional y se le devuelve como: "es una voz que te fortalece," haciéndose notar con ello quiénes forman parte del equipo que lucha contra la enfermedad.

Dividir en pequeños pasos si el cambio a lograr es extenso:

Definitivamente, si esto no se hubiera hecho, la tarea con esta familia hubiera sido más abrumadora de lo que fue. El equipo completo y yo como terapeuta nos acoplamos a sus tiempos, necesidades y posibilidades. Ellos siempre estuvieron comprometidos y constantes. Se obtuvieron logros gracias al trabajo de todo el sistema terapéutico que, caminó paso a paso.

Seguimientos:

Al finalizar la terapia, se les vio cada mes por 2 ocasiones. También se mantuvo comunicación vía telefónica y se dejó la posibilidad de buscar a la terapeuta en caso de requerirlo, posteriormente.

Conocer las soluciones intentadas y sus resultados en la problemática presentada:

Lo cual fue de gran utilidad para identificar su modo común de resolver las cosas y cómo y por qué podía no estarles funcionando. Esto se hizo tanto al principio de la terapia como cuando la hija ingresaba y egresaba del hospital.

Enfoque Narrativo de White:

En este enfoque es premisa básica la consideración (y consiguiente actitud) de *que los pacientes son los expertos*; el acento está en los conocimientos de los consultantes sobre sí mismos y sus fuerzas “que suelen estar sepultados por la acción de cierta versión dominante”. De tal forma que, en este caso se trabajó promoviendo que cada integrante de la familia, en determinados momentos, expusiera sus conocimientos, sus fuerzas, sus experiencias. Ejemplo de esto es cuando se pregunta a la hija sobre su experiencia en el hospital (13ª. Sesión) y los aprendizajes obtenidos y reflexiones hechas.

Por otro lado, al ir *conversando y procurando comprender sus vivencias* y el problema actual (la hija era dada de alta del hospital psiquiátrico pero de inmediato reingresaba) se pudo notar que el manejo médico y administrativo estaba siendo ineficaz (poder institucional, percepción y manejo de información por parte de médicos en relación a enfermedades, diagnósticos y no de las personas que padecen. Tratamiento generalizado, iatrogenia) aunado a que los padres ignoraban o desconocían información (o eran cosificados) no cuestionaban y no exigían al personal de las instituciones que atendía a su hija.

Asimismo se pudo analizar *lo que la familia hacía* cuando la hija egresaba. Se detectaron elementos que al modificarlos hicieron que los egresos de la hija fueran más largos y finalmente, se mantuviera sin regresar al hospital.

Por otro lado, *se buscaron logros únicos*: cuando se veía cualquier avance hacia la salud mental de la hija y/ o de la familia en su conjunto, se les hizo notar. Por ejemplo cuando el padre le comenta a la terapeuta que se atrevió a decirle a su propio padre que no vuelva a amenazar a su pareja y que se aleje de ellos pues no viene a ayudar sino a perjudicarlos. Igualmente cuando la madre se muestra eficiente para contener y animar a la hija (que tomó sobredosis de medicamento con el fin de morir) y ésta, aun en extremo sedada, acepta las demandas de la madre, se hace fuerte y camina hacia un taxi que las llevará de nuevo al hospital.

De esta forma, los consultantes se percataron de su *mayor seguridad para actuar, decidir, unirse.*

También, *se buscaron excepciones* con preguntas como la que le hice a Sa: ¿Cómo llegaste a la idea de que las drogas te dañan y que las usaste para huir? (...) ¿Cómo lograste contenerte y no pegarle a tu mamá? (...) Entonces, te pusiste ansiosa pero pudiste controlarlo ¿cómo lo hiciste?..

El enfoque narrativo de White fue útil en varios aspectos pero además, para abordar, las historias de abuso, emocional y físico que tienen, padre, madre e hija. Además de proveerme de herramientas específicas para ayudar en situaciones de abuso sexual (Jenkins, en Durrant y White; 1996) donde parte del trabajo terapéutico fue debilitar el impacto del secreto guardado, reconocer el papel del ofensor, ubicar en qué contexto socio-cultural se da el abuso y qué hace el contexto social ante esta situación.

A continuación podemos ver intervenciones en este sentido que además promovían que los pacientes descubrieran aspectos de su experiencia que habían dejado de lado de modo que se crearan imágenes alternativas de su persona.

1) *Externalizar el problema;* por ejemplo cuando se habla de las “voces” que escucha la hija, analizándolas, conociendo su nombre (si lo tenían) o poniéndoselo y, ayudándola así a no estar del todo a merced de ellas.

2) *Situar la imagen dominante en el contexto* de las interacciones y en el contexto social más amplio: por ejemplo cuando se ponen los términos médicos en su contexto, ayudándoles a conocer diversas explicaciones de “la enfermedad mental” (alentándose una doble descripción, que permite un contexto para el cambio) lo cual permitió un entendimiento y acercamiento por parte de sus familiares a lo que vivía Sa., así como para minimizar ciertos temores y aclarar ciertas ideas –nocivas– para el mejor apoyo de la hija.

Asimismo, trabajando sobre conceptos culturales y sociales que permiten, ocultan e incluso perdonan el abuso sexual del hombre hacia la mujer y/o de un adulto hacia una menor de edad, así como los que promueven el uso de la violencia, en la educación.

3) preguntas sobre la influencia relativa; (White 1988, 1989). Por ejemplo cuando se habla de cómo se dio el abuso y se va analizando la responsabilidad del abusador y las culpas que cargan la hija y los padres. También reflexionando sobre las acciones que fue tomando la hija, incluida la de delatar al abusador y lo que requirió para afrontar esto. Igualmente para saber conocer como este evento afectaba a cada uno y cómo cada cual estaba haciendo ya, algo al respecto.

4) preguntas que incitan a la elaboración de una imagen alternativa; (Durrant y White; 1996): al trabajar en las capacidades y cualidades de la hija y los padres, cada uno como individuo y a la vez, los tres como familia, ellos logran tener una imagen más sana de sí mismos así como más fuerte, para afrontar lo presente y lo futuro.

Es importante mencionar que algo que me parece particularmente importante de este enfoque es que tiene en cuenta las críticas que se han hecho a la terapia familiar en cuanto al hecho de que puede descuidar las relaciones de poder que suelen prevalecer en las familias y con ello, asignar similar responsabilidad a perpetradores y víctimas (en caso de abuso). Asimismo el hecho de que nos propone indagar acerca del contexto en que se dan los abusos y, las ideas, pensamientos, mandatos, que existen en las familia antes y después de estos hechos. Finalmente nos invita a vigilar la posición de autoridad y expertez que podemos tomar los profesionales, lo que en un momento dado puede inhibir la autoestima sana, la comunicación real y la asertividad de los pacientes, que, como es el caso de esta familia, requerían tanto de acrecentar en sí mismos, lo que en palabras de Smith (1995) refiere como útil para incrementar su agencia personal.

O, retomando a Karl Tomm (1991, en Smith; 1995) quién se refiere a la postura de los terapeutas para promover conversaciones que empoderen a los clientes.

Enfoque colaborativo, de Anderson y Goolishian (Anderson; 1999):

Este enfoque comparte con el anterior ciertas preferencias posturales, las cuales, se procuraron mantener, por mi persona, en todo el proceso, y de manera más enfática después de la 6ª sesión, ello debido a que iba conociendo y comprendiendo más este enfoque, conforme avanzaba el semestre y llegaba la información teórica.

- *Postura que privilegia la descripción del cliente* sobre la del terapeuta, con una genuina curiosidad sobre las descripciones del cliente acerca de su experiencia (Parry, 1991; en Smith; 1995).
- *Postura del terapeuta de colaboración*, no de jerarquía, durante el proceso, buscando co-crear con los clientes significados (Weingarten, 1992, en Smith; 1995).

En este enfoque se promueve el sumergirse en el mundo del cliente, con interés y respeto genuino, haciendo sentir al cliente escuchado y confirmado, *creando un espacio para el otro*. Además de sus autores, son considerados dentro del enfoque colaborativo Tom Andersen, William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten (Smith; 1995).

De este enfoque además de las posturas ya mencionadas, se ocupó:

El "no saber"; que permite un análisis continuo de la experiencia tal como ocurre en un contexto y tal como es narrada por el cliente. Precisa de incertidumbre, es decir, saber que es imposible predeterminedar o predecir el resultado y las consecuencias de las conversaciones terapéuticas. Tener la certeza de que uno no es experto en *cómo* deben vivir los clientes, ni de las preguntas correctas a hacerse, ni de la mejor narrativa. Es estar consciente y aceptante, humildemente, de que "no se sabe". Es una actitud y una creencia de la terapeuta; se basa en el supuesto de crear significados por medio del diálogo, lo que permite una serie de posibilidades. De este modo, la terapeuta:

1. *No tiene información privilegiada*; ejemplo: "¿y como es que llegaron a la decisión de que ellas (madre e hija) no fueran al rancho y ustedes si (padre e hijo)? (4ª. Sesión)
2. *No puede comprender plenamente a la otra persona*; ejemplo: "¿entonces pudieron hablarlo? ¿y como hizo usted.. que pensó para aceptar que ella (esposa) prefería no ir?" (4ª sesión)
3. *Necesita estar constantemente informado por el otro y aprendiendo de lo que se ha dicho*; ejemplo: "¿entonces ustedes (esposa e hija) prefieren no ir, por que las cuñadas les hacen caras?" "también por lo de su suegro que, dice usted, se mete con usted y con Sa.?" (4ª. Sesión).

Es una postura interpretativa que conlleva la "voluntad de dudar" y la "voluntad de arriesgar" además de humildad: de lo que no se sabe.

Esta postura requiere de:

- a) *Confiar y creer, ya que cada relato y versión son únicos y personales*: "¿Qué necesitas? (al hijo, 4ª. Sesión) "¿te preocupan esas calificaciones? ¿te gustaría mejorarlas? ¿Qué tienes que hacer para mejorar el promedio?"
- b) *Hacer preguntas conversacionales, con interés y curiosidad para amplificar, aclarar o generar más o diferente información*: "¿Necesitas algo más? (al hijo).. Están tus papás aquí.. ¿necesitas algún tipo de apoyo de parte de ellos para mejorar tus calificaciones?" "si a ti un amigo te cuenta lo que me estás platicando, ¿qué le aconsejarías tú acerca de estos pleitos escolares?"
- c) *Escuchar, comprender, responder en una interacción activa*: "¿y que necesitas hacer, que pasos tienes que llevar a cabo para lograr ser un ingeniero automotriz?" (al hijo, 4ª. Sesión) "¿ustedes sabían de estos planes de su hijo?" (a los papás).

- d) *Mantener coherencia; abrirse a la historia y realidad del otro:* "esto que nos está compartiendo debió ser muy difícil para usted, doloroso.." (cuando el padre comenta su infancia y adolescencia). "¿Cómo ve esto que dice su esposa?" (ella se queja de que él no cambia) él responde: "me he sentido bien, a lo mejor si tendré otras cosas, pero no voy a cambiar de la noche a la mañana, ya me forje de una situación, voy a cambiar pero poco.." (10ª. Sesión).
- e) *Mantener la sincronía; avanzar al paso del cliente:* terapeuta.. "entiendo que ella le pide cambios.." Él responde: "si, y me dice ¿de que te sirven las cosas? ¿de que te sirve ir a la terapia si no aprendes nada? ..a veces quisiera cambiar, pero no puedo así de rápido. Vuelvo a caer en lo mismo, en la agresión ¿no?" (10ª. Sesión). Terapeuta: "¿y usted le explicó a ella esto? ¿El trabajo que le cuesta modificar algunos hábitos?" él: "no..." terapeuta: "mh..me pregunto (dirigiéndose a la esposa).. usted en esos momentos que le dice a él que no aprende...le dice la actitud o la conducta que le molesta de él?" (...) ¿y nota algún cambio? (...) ¿qué considera usted que su esposo si ha cambiado?
- f) *Honrar la historia del cliente, reconociendo y respetando su narrativa:* terapeuta: "¿podrían contarnos...? O ¿..que lograron aprender en su grupo (de mutua ayuda)?. A la hija "¿Qué te gustó o que te convenció del grupo de los 12 pasos que te hace pensar en continuarlo?" y "¿Cómo haces para no faltar a las sesiones?" (Penúltima sesión).

También:

La terapeuta promueve que los clientes retomen su poder: haciéndoles notar sus recursos, enfatizando los conocimientos que ya poseen, ayudándoles a adquirir conocimientos nuevos donde no los tienen.

Les devuelve sentidos: al apoyarse en el equipo reflexivo que le expresa a la familia diferentes perspectivas de una misma historia, o al sorprenderse cuando alguno de los miembros se "atreve" a decir algo que hizo y que se nota beneficioso para la situación, pero se apena de haberlo hecho, buscando al conversar, tener retroalimentación de la familia.

Escucha todas las voces: de cada miembro de la familia, de los compañeros de formación, de la supervisora o supervisores (en roleplaying, en videograbación) con quienes se comenta la historia o el caso en cuestión.

Por último, una de las estrategias utilizadas con esta familia (previamente acordado con ellos) en 4 sesiones, fue *el Equipo Reflexivo*, técnica creada por Tom Andersen (1994) y que consiste en permitir a las familias consultantes observar parte del trabajo del equipo terapéutico (o de la terapeuta), al escuchar las observaciones, reflexiones y descripciones que surgen al escuchar los temas que la familia trata en las sesiones terapéuticas. De esta manera, una situación puede tener varias versiones o perspectivas, diferentes "mapas" de un mismo "territorio", pudiéndose lograr así "la diferencia que hace una diferencia" (Bateson). Esta forma de trabajo permite a los consultantes tener descripciones inusuales de su realidad con lo que, entre otras cosas, se puede promover que un proceso estancado se ponga de nuevo en movimiento por medio de preguntas y descripciones que abran conversaciones nuevas.

La estrategia del *equipo reflexivo* parte del supuesto de que la responsabilidad es compartida, por los consultantes y el equipo donde, los consultantes al escuchar a cada uno de los integrantes del equipo, puede ubicar a otras personas, además de ellos, viendo su situación, pensándola, indagándola.. todo ello permite que cada miembro de la familia reflexione: oiga, aprehenda, piense y cada miembro tome lo que para él o ella es necesario o llamativo y como grupo familiar también. En este sentido, es importante aclarar que esta forma de trabajar requiere la creación de un ambiente de escucha y respeto entre las diferentes personas que conforman el sistema terapéutico (Smith; 1995).

Evolución del proceso terapéutico

Los *logros* con esta familia, de manera general fueron los siguientes:

Incrementar y mejorar la *comunicación* entre todos los miembros de la familia. En relación a la *solución de problemas*, mejoró la visión de todos respecto a las cuestiones que debían ir solucionando, quedando algunas en manos de los padres, otras en las de los hijos. En lo referente a los *roles de género* se logró cierta flexibilidad y sano cuestionamiento de ellos.

En lo relacionado *al esposo – padre, hombre*, se abrieron y mejoraron los canales de *comunicación* entre él y sus hijos, él y su esposa. Mejoró asimismo su *reconocimiento de las propias emociones* y expresión de ellas. Su grado de *flexibilidad* ante diferentes circunstancias con hijos y esposa se amplió y a la vez logró *aserción* en la manera de educar a los menores, pudiendo incluso *escucharlos* (y estos accedieron a hablar y comunicarse con él). Se alcanzó asimismo un alto grado de *involucración empática* hacia sus hijos (y de éstos hacia su padre, aunque en menor grado) y hacia su pareja aunque, en este último sentido, al terminar las sesiones aun quedaba mucho por trabajar. Se logró también que pudiera *ver y aceptar* que había injerencia de parte de su familia de origen en su propia familia y que ésta era nociva, pudiendo entonces *poner límites* a estas conductas incluso, físicos (saliéndose del terreno familiar).

En relación a la madre, mujer, esposa, al asumirse ella también como co-responsable acerca de situaciones que habían ocurrido en el pasado, como por ejemplo no solicitar dinero para comprarse ropa o a sus hijos o responsable de desahogarse con sus hijos esperando de ellos consuelo, en vez de brindárselo ella a ellos o ponerse en una situación un tanto infantil, en detrimento de ejercer su autoridad, y al darse cuenta también qué, sus hijos, aunque adolescentes, seguían requiriendo padre y madre, al ir *aclarando* su mente y su estado emocional, al ir asumiendo *responsabilidades y resolviendo situaciones*, al verse un poco más comprendida por su esposo, al *sentirse validada* en el espacio terapéutico, asumió

de manera más *firme y segura su papel de educadora* de sus hijos, además de poderse ver asimismo *como adulta* que debe proveer a sus hijos en vez de éstos a ella y también con la posibilidad de darse a sí misma lo que requería y ver como algo justo que ella usara los recursos materiales que ambos ganaban, para necesidades de ella y sus hijos. Además, ella buscó continuar su crecimiento personal reinsertándose a un grupo de mutua ayuda pues decía tener muchos resentimientos hacia su esposo y sentirse insatisfecha a pesar de los avances que se habían logrado en la relación de pareja. Asimismo, me parece, buscando decidir como dirigir su propia vida.

En la *relación conyugal*, el área que también se trabajó, aunque someramente, fue la de la comunicación y satisfacción en el *ámbito sexual*: esto se debió a que dicho tema surgió casi al final del tratamiento, ya que la familia había resuelto muchos retos y cuando tenían enfrente una mudanza, la construcción de un nuevo hogar, diferente y más lejana ubicación domiciliaria, proyectos individuales visualizados, por lo qué, se concluyó sin seguirlo trabajando.

Por último, en cuanto *a la hija*, al creer en ella y su versión, creando un ambiente de reconocimiento y comprensión, inició a tomar varias *decisiones* tal como vivir con una tía (que era firme en cuestión de límites y con quien llevaba buena relación), estudiar computación y dejar el medicamento psiquiátrico. En este sentido cabe comentar que hubo, un poco antes de terminar el proceso, una recaída en cuanto a usar marihuana, pero ella se insertó en un *grupo de adicciones*, regresó con sus padres y continuó con sus cursos de computación.

La familia en su conjunto inició a *construir* un nuevo hogar, tanto físicamente, en el nuevo (y propio) terreno adquirido por el padre, como emocionalmente.

En relación al *hijo* (10ª sesión), él decidió ya no asistir, indicando que debía ocuparse más de la escuela y que ya no sentía necesidad de acudir. Lo anterior podría tener que ver con el hecho de ver que su familia ya no estaba estancada y

por tanto, él también podía avanzar. Por medio de los padres supe que ingresó a trabajar al terminar la secundaria, estaba preparándose para el examen único de educación media superior y tenía novia.

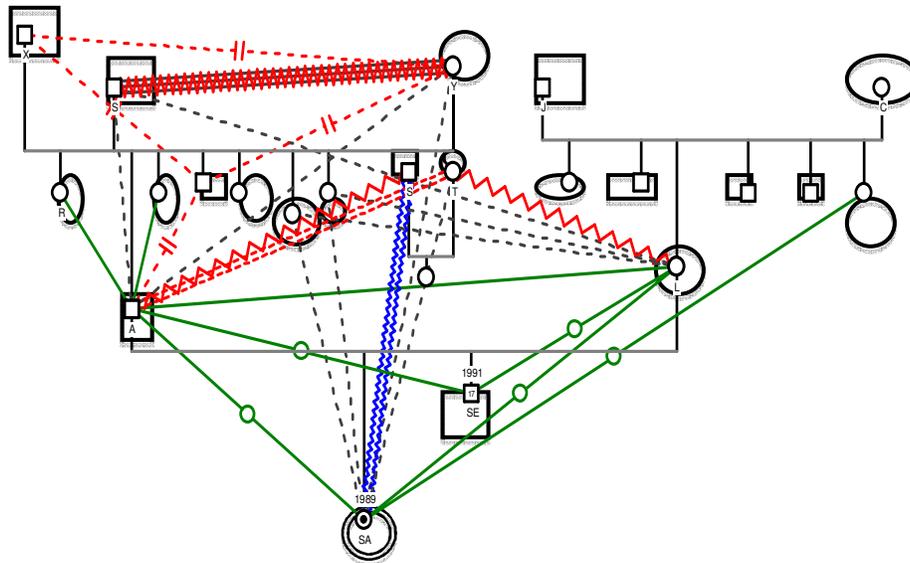
Aquí cabe reflexionar en el hecho de que A y L habían tomado sesiones en grupos de mutua ayuda con lo cual habían iniciado a tener consciencia tanto de la violencia que vivían como de algunos errores cometidos como padres y como esposos, de la repetición de patrones en que habían caído, asimismo, de la posibilidad de cambio tanto en su vida familiar como individual esto, me parece, *abrió la puerta a mi trabajo* como terapeuta familiar y a alcanzar importantes logros, además desde luego, a su constante compromiso, puntualidad y esfuerzo para mejorar sus vidas, día con día.

Red de recursos (alcances del proceso):

Cada integrante de la familia pudo ir descubriendo o redescubriendo capacidades y recursos propios, de los otros y de la familia como grupo alcanzando a "tener una imagen alternativa" de sí mismos y de los otros.

Respecto a la *hija*, ella es inteligente, fuerte y tiene voluntad de seguir adelante y hacerse su propia vida, sin embargo, por su recién adquirida mayoría de edad (lo cual a ella le hace pensar que es independiente), por haber probado las drogas y haber padecido un estado mental alterado, es frágil. Así, requerirá de mucho trabajo personal y apoyo familiar (además del médico y el específico para adicciones) para continuar adelante sin recaer en lo ya sufrido.

Genograma, sesión 20:



En lo referente al *esposo y padre* de familia, se pudo notar (y se le reconoció en sesión) que es una persona perseverante, ambiciosa y responsable que, a pesar de todas las dificultades presentadas, continua en su lucha por dar a su familia lo que él considera importante. Acepta por otro lado, que hay otras cosas que requiere dar (emocional y actitudinalmente) y que debe trabajar para lograrlo. Se quedó con muchas ideas y proyectos y empezando a trabajar en ellos.

Los *esposos*, ambos son inteligentes y comprometidos con su familia. Ambos tienen (y adquirieron más) flexibilidad para pensar, ver y cambiar. Tuvieron la capacidad para buscar ayuda terapéutica, mantenerse en el proceso (todo lo cual se les devolvió durante el proceso) y, en el caso de la esposa, continuar aun buscando su propio bienestar.

Con respecto *al hijo*, como lo comentamos en sesión los padres y yo, quedó la enseñanza que ellos le brindaron de "poder cambiar" y de "saber cuando se requiere ayuda de profesionales, consultarlos", incluso el menor, en algún momento, solicitó se le ubicará con un psicólogo de adolescentes, para un tratamiento individual, cosa que, al retirarse del tratamiento familiar, descartó. Asimismo el ejemplo de trabajo, perseverancia y lucha de su padre que él, de

alguna manera ya está siguiendo, al iniciar a trabajar. Desde mi perspectiva me parece que él quizás no continúe estudiando, debido a que ya empezó a recibir ingresos y estaba muy involucrado en la construcción del nuevo hogar, además de que, en momentos llegó a decir que haría el examen para la educación media junto con su hermana (que lo presentaría por segunda vez) pero Sa., al momento de dejar de vernos, no tenía planes de hacer dicha prueba, sino más bien, cursos sueltos de computación. Sin embargo, y es de notar, ambos hijos superaron el nivel educativo de sus padres y abuelos y ello, imagino, será reconfortante para los padres además de permitirles a ellos mejores o mayores herramientas para enfrentar la vida (además de la experiencia vivida, por ellos mismos y por sus padres en su vida en general y en el tiempo que duró el proceso terapéutico en particular).

En cuanto a las *limitaciones*, puedo mencionar que el proceso fue muy complejo debido a toda la problemática que salió a la luz en relación a la hija mayor y los subsecuentes internamientos psiquiátricos. Así, a pesar que se trabajó en 22 sesiones, faltaron varias cosas que atender, algunas afortunadamente y por decisión de las interesadas quedaron en camino: trabajo para la lucha contra las adicciones (la hija) y trabajo para la autonomía emocional y quizás económica de la esposa.

En cuanto a la pareja, me parece que están y seguirán teniendo que renegociar su "contrato de pareja" ya que ella se sentía aún insatisfecha con los avances que había tenido su esposo, infeliz con la forma de relacionarse e incluso con una cierta sensación de vacío respecto a su vida personal. Si ellos no logran conciliar su nueva relación de pareja, me parece que es posible que ella decida terminar con esta unión.

Evaluación del proceso por el sistema terapéutico:

Ambos padres juntos y cada uno de manera individual agradecieron el apoyo del equipo terapéutico, del equipo reflexivo y de la labor y el compromiso que la

terapeuta mostró con ellos en todo momento. La hija se despidió teniendo una buena relación con ésta última, más fortalecida y con la decisión de continuar tomando las riendas de su vida, sin drogas (y sin medicamento). Por propia decisión ingresó a un grupo de "los doce pasos" que apoya desde una postura cristiana a personas con problemas de adicción, para dejar éstas.

Al hijo, como ya se dijo, no se le vio desde la 10ª sesión, más quedó "la puerta abierta" por si él llegaba a reconsiderar la necesidad de apoyo terapéutico para sí mismo, conociendo ya la manera de acudir a los centros de la UNAM.

El proceso se cierra, de común acuerdo familia y terapeuta, habiendo evaluado logros de manera conjunta, debido a que ellos requieren involucrarse más en la construcción del nuevo hogar, a que la esposa ingresa, de nuevo a un grupo de mutua ayuda y a que la hija está en su propio grupo para no usar drogas.

Se deja la posibilidad de comunicación telefónica y/o reapertura del proceso terapéutico.

Resumen general del caso

El caso se trabajó, principalmente, bajo los lineamientos del modelo de terapia breve (Cade y O'Hanlon; 1995) enfocado a la solución, del narrativo (White y Epston; 1993, White; 1989,) y del colaborativo, siendo el narrativo el de mayor uso. También se ocuparon algunas premisas y estrategias del Modelo Estructural (Minuchin;1989, Minuchin y Fishman; 1994) o para el abuso sexual (Durrant y White; 1996). Todo el tiempo se tuvo además, la perspectiva de género presente así como lo relacionado a la atención más adecuada para la violencia intrafamiliar y violencia de género.

CASO # 2

Sede clínica: Centro de Servicios psicológicos "Dr. Guillermo Dávila," cámara de Gesell # 11

No. De sesiones: 9

Periodo: marzo a octubre de 2006

Supervisor: Dr. Raymundo Macías

Modelo utilizado: Sistémico Integrativo

Estado del caso al terminar la Residencia: Inconcluso

Equipo terapéutico:

Lic. Arturo Sirgo Cruz

Lic. Manuel Almanza Avendaño

Lic. Fania Delgado Coronado

Lic. Marina Giangiacomo Bolzan

Lic. Liliana Moreno Lucero

Lic. Martha Edna Barrios Serrano

Lic. Linda López Aragon

Lic. Regina López Silva

Datos de Identificación:

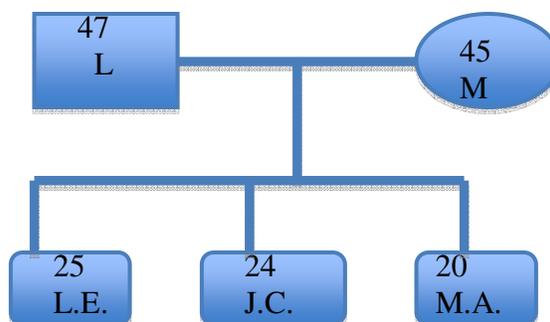
FAMILIA LG

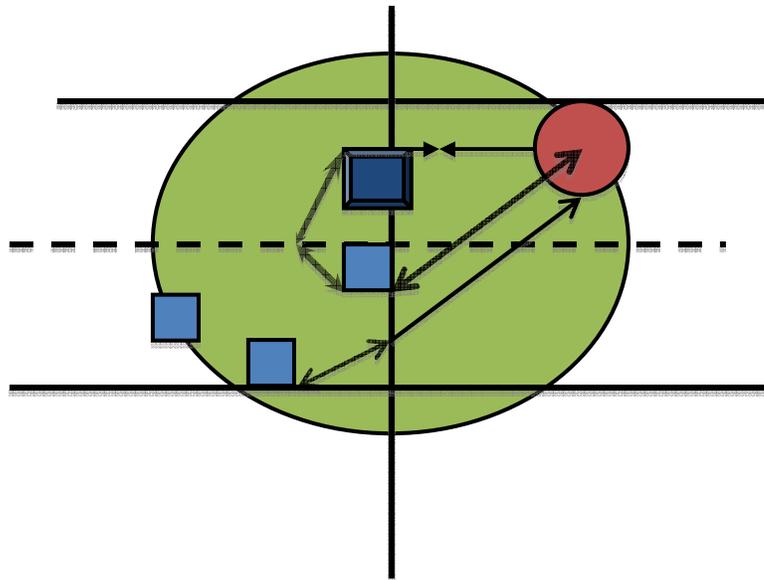
Composición:

- L: varón de 47 años, profesionista de la carrera de administración de empresas turísticas, desempleado.
- M: mujer de 45 años, se dedica a las ventas y al hogar, actualmente fuera de este último.
- H1: L. E. varón de 25 años, profesionista sin titular, empleado
- H2: J.C varón de 24 años, estudia licenciatura, maestro de ejercicio aeróbico.
- H3: M.A. varón de 20 años, estudiante de preparatoria, divorciado, trabaja por su cuenta con equipo de sonido.
- Lugar de residencia: Sur del D. F.

Familiograma

marzo de 2006





Evaluación, según la Guía Mc Master:

1. Identificación y solución de problemas:

Problemas instrumentales; la familia LG ha resuelto estos desde una organización patriarcal, con una jerarquía vertical, donde el poder de él estaba sustentado entre otras cosas por ser el proveedor económico. Actualmente L está desempleado, ella vende productos y obtiene con ello un pequeño ingreso. Los hijos hoy son adultos, estudian y laboran pero no hacen aportación económica al hogar, aunque, si se pagan sus estudios.

Al parecer, la organización familiar que venía funcionando hace tiempo, se está resquebrajando, no sin renuencia de algunos de sus miembros.

En este tenor es de notarse que la familia ha sido funcional por varios años en diferentes ámbitos; tienen hijos apegados al estudio y al deporte, han logrado tener bienes (casa, autos, alhajas) y parece haber buena comunicación con los hijos desde ambos padres. Por otro lado, aun hoy que la díada conyugal está separada, en lo práctico van funcionando, no sin problemas: se cocina, se come,

se lava, se atiende el hogar.. por otro lado, los esposos se han endeudado, ya vendieron un auto y la esposa, por su parte, adquirió una deuda más.

Problemas afectivos; la relación que ha caracterizado a la díada conyugal es jerárquica vertical, actualmente convirtiéndose en horizontal, con total renuencia del esposo quién, en su afán de recuperar el poder, busca controlar a la esposa de diferentes maneras, incluida la violencia psicológica y física. La segunda en menor medida.

Los hijos han estado involucrados en la disputa conyugal, con su respectivo conflicto de lealtades. Uno de ellos, el menor, parece ser el actual "relais" (Perrone y Nannini; 1997) en sus pleitos. Entre hijos y padre también ha habido interacciones violentas, donde, al parecer, los hijos mayores, hoy, se han hecho a un lado, quedando esta carga, principalmente, en el hijo menor.

En este último rubro, "la solución" que se ha dado a la interacción familiar fue la salida de la mujer, del hogar, acción que lleva a L a buscar apoyo terapéutico.

2. Comunicación:

La comunicación parece ser clara y directa la mayor parte del tiempo aunque también haciendo uso, los esposos, de la comunicación clara e indirecta, usando a los hijos para transmitirse mensajes.

Los hijos, al parecer, se comunican más abiertamente con la madre y con cierta dificultad con el padre, lo cual se podría explicar por los problemas que se han presentado entre esposo- esposa y padre – hijos además del poco tiempo que pasaba él en casa (antaoño laboraba todo el día) a diferencia de la esposa, que quedaba en el hogar.

3. Área de desempeño de Roles:

Se encuentran rígidos. Aun cuando la relación conyugal se ha vuelto algo simétrica (a diferencia de lo complementaria que parece haber sido en el pasado) ambos esposos reclaman del otro cosas que consideran deben cumplir. Ella a él por ejemplo le dice que busque empleo, que traiga dinero a la casa, que no esté de

flojo en casa o haciendo labores hogareñas. Él a ella le reclama no estar en casa, no atenderlos, pasar mucho tiempo en la calle. Los hijos parecen tener esta misma visión de género además de que parecen considerar que sus padres les deben seguir proveyendo. La relación padres hijos también, por edades de estos últimos, se ha ido convirtiendo simétrica.

Provisión de recursos; actualmente ambos esposos lo hacen, precariamente, aunque pareciera que L sigue siendo el soporte económico mayor. Uno de los hijos, últimamente, inició a aportar una pequeña cantidad mensual (\$500.00) al hogar y los otros dos pagan sus estudios y/o material escolar con sus ingresos. Los esposos hicieron una recámara para rentarla y obtener ingresos pero el hijo mayor la ocupó. La esposa se ha endeudado a escondidas del esposo, aunque actualmente él se enteró. Juntos tenían otras deudas que poco a poco han ido pagando.

Nutrición y Manutención; al parecer ambos padres se encargan de proveer a la familia, cumpliendo la esposa/madre la mayoría de las funciones en la cocina. Pocas veces L o sus hijos.

Gratificación sexual adulta; hay dificultades en esta área. L desea mantener relaciones, la esposa dice que no, aunque a veces cede. Ha habido dificultades entre los esposos por esta situación.

Desarrollo personal; ambos padres se han abocado, a que sus hijos se desarrollen en lo físico e intelectual, en lo académico y laboral, incluso en lo deportivo. Emocionalmente sin embargo, la enseñanza es deficiente, los hijos se han involucrado (y están involucrados) en la conflictiva conyugal y no parece que hayan aprendido una adecuada forma de resolución de conflictos, al menos con personas del otro sexo, ocupando en su lugar, la violencia (en la 4ª. Sesión L

comenta que su hijo menor se casó y se divorció, pero, durante el matrimonio éste hizo violencia psicológica y física a su entonces esposa).

Toma de decisiones; la autoridad parental parece que ha sido ejercido por ambos padres, aunque con mayor relación, comunicación y permisividad por parte de la madre, incluso con complicidad. Actualmente L y su esposa discuten por la forma en que responden los hijos a las exigencias actuales, así como por lo que uno u otro permite y el otro no. Hay decisiones sin embargo, en que ambos esposos están de acuerdo, como apoyar al hijo cuando éste y su novia esperan bebé y deciden casarse y después, para divorciarse.

Límites y funciones de pertenencia al grupo; parece ser que la familia de L y esposa han tenido una adecuada diferenciación y separación de sus respectivas familias de origen. También parece que ambas familias, les apoyan, tanto a nivel familiar como en lo individual, es decir, a cada esposo su familia, ahora que estos están separados.

En cuanto a los hijos, parecen convivir en algunas festividades con la familia paterna, respecto de la materna no se pudo saber en el tiempo que duró el proceso terapéutico. En cuanto a su propia familia, el hijo menor que es quien se presentó a consulta, se nota involucrado y queriendo a ambos padres. De los dos mayores, que no asistieron al proceso terapéutico, se sabe que están poco en casa, por estudios y labores y el fin de semana "prefieren salirse", a decir de L. El mayor recién se acaba de casar por el civil y al terminar el proceso terapéutico, refiere L, están programando la boda religiosa.

Control de la conducta; al parecer en casa de L llevan un sistema flexible/laxo ya que L tiene dificultad para organizarse con sus hijos, adultos, para las labores cotidianas. Todos usan y comparten la casa, pero no todos tienen responsabilidades a este respecto. Durante el proceso terapéutico se trató este tema y se encontraron algunas maneras en que L podía negociar y conciliar con los

hijos. La madre, por otro lado, asume que llega y es quien debe atenderlos. Entre los padres hay desacuerdos respecto a las responsabilidades de sus vástagos.

Funciones de salud; no se tuvo información en este aspecto, al parecer todos tienen servicio médico, ya sea por que antes L era asalariado o por que estudian y/o trabajan y en las escuelas les dan este servicio, además, al parecer, todos, unos más que otros, son apegados al deporte, lo que permitiría en un momento dado, un adecuado estado de salud.

4. Respuesta afectiva:

Al parecer, los sentimientos de bienestar y las emociones "positivas" son expresadas en la familia adecuadamente. Actualmente, sin embargo, con dificultad entre los esposos. Por otro lado, los sentimientos de malestar y emociones "negativas" no. Hay bajo control de impulsos en al menos 4 miembros de esta familia, el enojo y las conductas relacionadas con éste han aparecido en algunas interacciones. De L a M (violencia física, aunque, de manera verbal, ambos se agreden recíprocamente) y entre los hijos y su padre, éstos últimos han intervenido para que L detenga su agresión contra la esposa, a veces solo deteniéndolo, otras llegándole a pegar. En este tema es elocuente lo dicho por M.A. en la 5ª. Sesión: (...) *"Es que una vez papá la empujó, mamá se cortó. Yo me llegué a enfrentar a él. Me daba miedo yo matarlo a él por que lo quiero, y no me gustaría hacerle daño (...) Este ha sido mi temor más grande"* (...) Por otro lado, entre la madre de ésta familia y su hermana ha habido, al menos una vez, agresión física y verbal (dicho por M.A. y confirmado por M en la 7ª. Sesión) y entre L y su suegro (dicho por M en la 6ª. Sesión) también. Asimismo, por la historia narrada por L de su propia familia de origen, rige el patriarcado y la violencia como modo de control sobre la esposa, por parte de su esposo, incluso hasta la actualidad, que ambos padres de L son ya mayores.

5. Involucramiento afectivo:

Parece que los dos hijos mayores de L están menos involucrados emocionalmente con sus padres y con la familia, en comparación con el hijo menor. Al parecer procuran mantenerse al margen de sus problemas, esperando que los resuelvan e incluso les han reclamado a los padres por tanto conflicto cuestionándoles acerca del motivo por el que continúan juntos. También parece que esperan que L resuelva la situación económica. Por otro lado, el hijo menor parece ser el más involucrado con los padres y la familia, aunque ello le ha afectado y le afecta, negativamente. La esposa por otro lado, parece haberse desinvolucrado de su esposo y éste no ha podido hacerlo así.

6. Control de conductas:

Lo que se pudo ver en el proceso parece indicar que L lleva un control flexible de la conducta con sus hijos, procurando negociar, por ejemplo responsabilidades hogareñas, quizás acoplándose a las edades de sus hijos además de que ellos, seguramente, no permiten un control más estricto. Por otro lado, L tiene un control rígido para con su esposa, lo cual le causa conflictos con ella además de que él no se siente bien consigo mismo. Manifiesta querer cambiar pero, no poder lograrlo.

Estructura de la Familia

La familia de L y su esposa tiene 26 años de formada. Ellos están unidos en matrimonio por la ley civil y religiosa. Es una familia tradicional que sigue las premisas del patriarcado donde hay división de roles rígida y jerarquía basada en el género, donde el poder y control se le asignan al varón. La esposa (M) terminó la educación media superior y ha laborado como sobrecargo y como secretaria. De soltera lo primero, de casada lo segundo y esto último por poco tiempo, ya que L consideraba que con ello descuidaba a los hijos. Él es profesionista y ha sido el sostén económico del hogar, al parecer, suficientemente. Actualmente L está sin empleo formal desde hace 2 años y ella, por su parte, labora en ventas por

catálogo. L y su esposa han tenido una relación complementaria que parece se ha ido volviendo simétrica. En este último sentido, ha colaborado el hecho de que los 3 hijos que procrearon son ya adultos y todos, unos más, otros menos, han participado de la conflictiva conyugal, la mayor parte de las veces apoyando o cuidando a la madre. La familia de origen de L también sigue las ideas del patriarcado, incluida la violencia del hombre hacia la mujer. En el caso de L y su esposa, esto también ha sucedido. Hay violencia psicológica y física, aunque la segunda en menor grado. Se desconoce si la agresión ha sido usada como método educativo con los hijos.

Al momento en que L busca terapia, la esposa se ha salido del hogar un mes atrás, viviendo por lo pronto con su madre. Cuando la esposa acude a sesiones (7ª. Y 8ª) informa que ella ya antes se había salido de casa, con el pretexto de visitar a una hermana en Canadá, pero que en realidad era por que ya no aguantaba la situación marital.

Él manifiesta que ella actualmente no quiere acudir a terapia, aunque en el pasado ella misma lo solicitó por lo que acudieron a tratamiento de pareja por 4 sesiones, pero dejaron de ir. Esta familia se encuentra en momentos de cambio: familia con hijos adultos, con posibilidad de iniciar a formar sus propios hogares. Familia cuasi desintegrada por la salida de la madre-esposa.

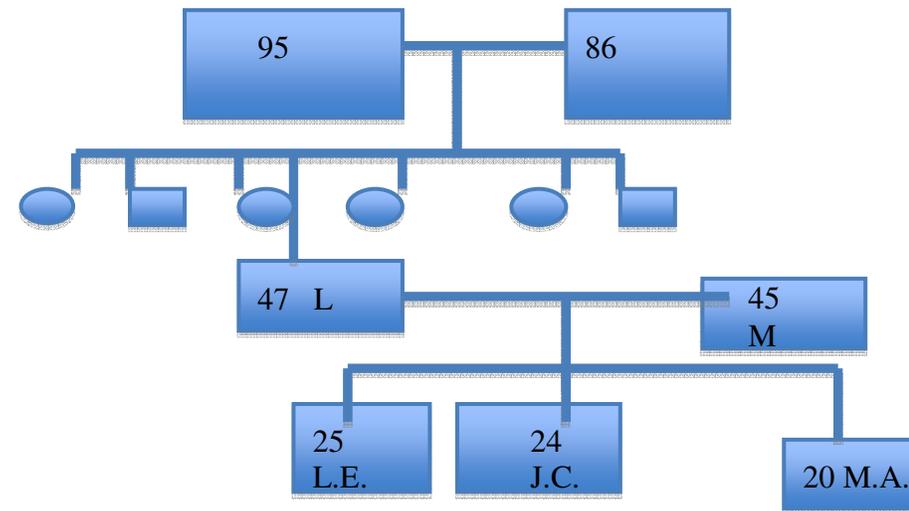
Como *recursos detectados* al iniciar el tratamiento está la voluntad de L de buscar terapia, reconocer algunas actitudes y conductas que él lleva a cabo y de las cuales su esposa se queja y su deseo manifestado de querer hacer cambios. Por otro lado, es un hombre con un nivel adecuado de inteligencia y capacidad de reflexión que podrá avanzar en la terapia, *si se mantiene en ella*. En este sentido, se prevee como riesgo el hecho de que M regrese al hogar y L dejara de asistir al tratamiento entonces.

En la 5ª y 6ª sesión acuden a terapia L y su hijo menor y se puede detectar ahí el rol que este hijo ha jugado, siendo pacificador o relais de los problemas conyugales, pero también es aquel que le dice a su padre o madre lo que él piensa de la problemática, tomando acciones al respecto, como el hecho de que es él

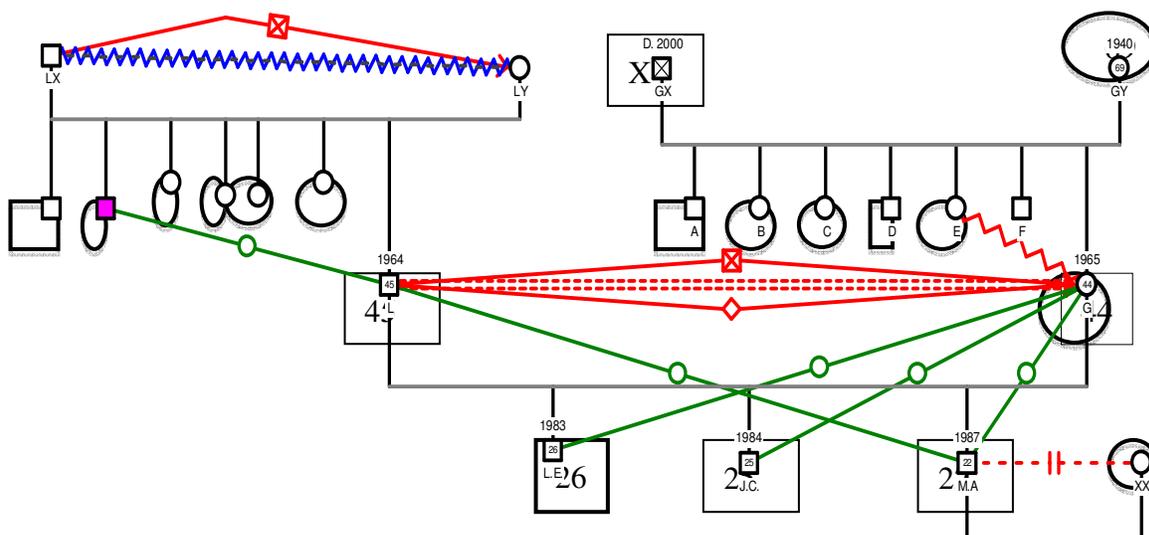
quien contacto a L con la clínica de la UNAM. Él parece ser un "motor" fuerte para acciones de ambos padres.

Por otro lado, en la 7ª. Sesión quienes acuden a la clínica son L y su esposa y ahí se pudo notar que el conflicto entre ellos es añejo, que hay rencores y resentimientos y que la esposa no tienen intenciones de luchar por el matrimonio y aunque en sesión dice aceptar venir para que ellos decidan que harán con su relación, deja de asistir.

Familiograma Trigeneracional



Genograma, 4ª. Sesión



Análisis del Proceso Terapéutico

Encuadre: acude L a terapia, se le indica la manera de trabajar en el centro y se acuerda la siguiente cita. Se retoma el motivo de consulta que explicó en su preconsulta y se le hace saber que el tratamiento que llevará es de corte sistémico familiar, de modo que pueden acudir (y es deseable) su esposa e hijos. Él se muestra deseoso y comprometido con el tratamiento, manifestando que su esposa no acepta acudir y actualmente no vive en el hogar.

Objetivos mínimos de la familia o quien solicita el servicio: L se presenta ante la terapeuta como un hombre celoso y controlador. Desempleado actualmente y con su esposa fuera del hogar. Comunica también que ha habido agresiones (minimizándolas) en su relación conyugal y que sus hijos han intervenido, teniendo ellos, padre e hijos, enfrentamientos. Desea hacer cambios en sí mismo que incidan en su situación conyugal, buscando que su esposa regrese.

Hipótesis que guiaron las metas de la terapia:

- L y su familia tienen un sistema de creencias basado en el patriarcado, lo que conlleva jerarquías en relación al género con verticalidad, rigidez en cuanto a roles y conductas correspondientes.
- Aunque la jerarquía en la díada conyugal es vertical, la significancia mayor la tiene la madre-esposa para el sistema familiar.
- La relación de L y su esposa era complementaria, pasando a ser simétrica, cosa que L no acepta y busca detener.
- Los hijos han estado, desde pequeños, involucrados en la conflictiva conyugal.
- El hijo menor es el actual "relais" en la relación esposo-esposa
- Las familias de origen de L y su esposa, tienen también el sistema de creencias del patriarcado, acompañado de violencia en la relación.

- L busca terapia por que su esposa se fue del hogar, si ella regresa, él podría dejar el tratamiento.

Objetivos de la terapia:

Es importante mencionar que en este caso yo me sentía insegura de cómo actuar. Había leído acerca de los grupos de mutua ayuda para hombres que generan violencia. Asimismo en el formato de preconsulta de L venía la anotación de la posible canalización de él, a esos grupos. Yo había platicado con un “facilitador” de MHORESVI (Movimiento de hombres por Relaciones Equitativas y Sin Violencia) y él me había indicado que lo que ellos habían aprendido era que en un inicio, mujer y hombre debían atenderse por separado y que solo después de ello, quizás, iniciar tratamiento de pareja.

En otro tenor, yo conocía de la terapia cognitivo conductual y que puede ser eficaz en individuos que desean hacer cambios y necesitan hacerlos en relación a sus cogniciones para entonces presentar cambios en sus conductas. L tenía muchas premisas que le llevaban a actuar violentamente con su esposa, ello, al parecer, era un ingrediente importantísimo en la destrucción de su matrimonio.

Por otro lado, mi supervisor me decía que “los problemas de pareja se arreglan en pareja” que había que citar a la esposa y no continuar solo con él.

Finalmente, yo estaba aprendiendo, conociendo lo que eran los Modelos Terapéuticos Sistémicos y estaba empezando a practicarlos. Hubo muchas dudas en mi mente y, entre otras, la pregunta ¿qué usar? ¿qué metodo es el adecuado?

Decidí iniciar con lo que me sentía más segura: conocer su historia, la de su familia de origen y de ahí, ubicar los pensamientos que le llevaban a actuar como lo hacía y cuestionarlos, analizarlos, reflexionarlos y en su caso, procurar modificarlos, esto se hizo durante todo el proceso, disminuyendo cada sesión más. De la 3ª. Sesión en adelante, al ir avanzando en el proceso, mi supervisor insistiéndome en la invitación a la esposa, el equipo terapéutico ayudándome a pensar sistémicamente y yo conociendo más de estos modelos, los objetivos se ampliaron e inicié a ocupar premisas y modelos terapéuticos sistémicos, siendo ya, lo cognitivo

conductual, solo un agregado a la terapia que sirvió para que L se cuestionara algunas premisas de su forma de ver las cosas.

De esta manera, entre los objetivos terapéuticos tuvimos (Modelo Dinámico – Sistémico – Integrativo, Macías; 2006):

- Revisar las áreas interpersonales sanas
- Cuando un problema es de aprendizaje, como lo es la violencia, hacerle saber que aquello aprendido, se puede desaprender. Asimismo identificar en que áreas se da, donde, con quién.
- Si la relación es complementaria, evaluar el grado de rigidez y promover la simetría.
- Identificar sus metas, a nivel individual, de pareja y como padre de familia.
- Elaborar su familiograma, su familiograma trigeracional y su Esquema de Evaluación Familiar Dinámico Estructural (EEFDE; Macías; 2006).
- Evaluar los recursos con que se contaba para el proceso terapéutico, tanto individuales (de L) como de pareja y familia e incluso, desde mi persona, como terapeuta, para apoyar a esta familia.
- Desinvolucrar a los hijos, en particular al menor, de la disputa conyugal.
- Conocer a la esposa y su perspectiva.
- Identificar con ambos esposos su forma de interacción, en el pasado y en el presente, evaluando y promoviendo los cambios requeridos al respecto.
- Asimismo, un objetivo importantísimo fue saber si ella deseaba continuar en la relación o no y entonces, con ellos dos, decidir hacia donde trabajar. Si era hacia la separación, colaborar para aclarar la mente y las emociones y que tomaran decisiones, además de hacer acuerdos para las cuestiones parentales, familiares y de los bienes en común. Si el camino era hacia la unión, trabajar por una relación más satisfactoria para ambos, donde prevaleciera el respeto y de modo que se deslindara a los hijos de la conflictiva conyugal y se pudieran relacionar entre ellos como adultos que además, estaban próximos a dejar el hogar.

Principales estrategias de intervención utilizadas: Este caso fue atendido con algunas premisas y técnicas de la terapia cognitivo - conductual , además de los principios e intervenciones propios de la Terapia Familiar, principalmente del Modelo Estructural, con algunas premisas e intervenciones del de Milán y de Terapia Breve. Lo anterior acompañado del Modelo Dinámico -Sistémico – Integrativo (Macías; 2006) el cual, durante 4 semestres fuimos conociendo con nuestro profesor, Raymundo Macías.

Modelo Dinámico -Sistémico –Integrativo (Macías; 2006):

El cual permite una comprensión de los problemas humanos tanto en la dimensión individual y biológica como en la dimensión de su contexto familiar, social, cultural e histórico, para un mejor manejo y ayuda en el problema.

Este modelo integra premisas de enfoques terapéuticos tales como el psicodinámico y los de corte sistémico, buscando con ello mayor amplitud de observación, evaluación y tratamiento.

Modelo Estructural (Minuchin; 1990; Minuchin y Fishman; 1994):

Diagnóstico estructural

Procurando hacer hipótesis sistémicas, buscando las interacciones, la retroalimentación y la recursividad. Cabe aquí mencionar que en este caso, quizá por ser el primero mío dentro de la Residencia, quizá por tener entre las interacciones de sus miembros, violencia, quizá por tener conocimiento previo de los tratamientos que se consideran más eficaces para trabajar con un generador de violencia, quizá por todas las anteriores juntas, me fue difícil ubicarlo dentro de la concepción sistémica pero, procurando comprender y utilizar éste tipo de pensar, pude “ver” algunas cuestiones que, de otra manera, no podría haber captado, tales como buscar que rol jugaba cada persona en el sistema familiar, ubicar los subsistemas, los límites, las jerarquías, los triángulos y las coaliciones.

Alianza

La alianza terapéutica se mantuvo desde el principio hasta el final del proceso con L. mostrando empatía, respeto y comprensión por parte de la terapeuta lo cual se reflejó en un paciente comprometido en el proceso, brindando información, mostrando sentirse escuchado y valorado. Esta alianza también se pudo dar con el hijo de L, M.A., y quizás, en menor grado con la esposa.

Evaluar la disposición al cambio, acordar las metas con la familia, conocer los resultados esperados

En la primera sesión, con L, en la 5ª y 6ª. Con el hijo menor de L y posteriormente en la 7ª y 8ª sesión con L y su esposa. Con estos últimos lo que se pudo identificar fue que la esposa no tenía interés en la relación conyugal y tampoco en el proceso terapéutico.

Ejemplo: 1ª. Sesión- terapeuta- ¿qué busca, que le gustaría lograr con esta terapia? L responde "quiero un cambio en mí, quiero llevarme bien con ella, quiero darle su lugar."

Fijación de fronteras

Se procuró hacer indicándole a ambos esposos el cómo y cuanto han involucrado a los hijos en sus problemas, lo que esto les afecta y que son ellos, esposos, quienes han de resolver su problemática y, por otro lado, señalándoselo al hijo.

6ª. Sesión, M.A. dice "mi mamá le dice que se salga ahora él dos semanas, para que ella conviva con nosotros y nos atienda, mi hermano el mediano también está muy enojado, no es que nos pongamos de su lado, pero ahora que ella esté, que él se salga.." Terapeuta "no sería muy práctico ¿o si? Salirse uno un tiempo, luego el otro.. pero..¿qué te

parece que empecemos a dejar que tus papás sean los que decidan? Que hablen y se pongan de acuerdo...

Foco

En varias sesiones, sobre los "deberías" y expectativas que sigue L, para ubicarse como varón, visualizar su relación matrimonial y lo que debe o no hacer su esposa. Asimismo al cuestionar la utilidad de las premisas aprendidas en el pasado, y que son usadas en el presente.

3er. Sesión; terapeuta ¿cómo te han enseñado que debe ser la mujer? Abnegada, obediente, sumisa.. si ya se que es un cartabón viejo, lo sé, pero no lo aplico..." Terapeuta ¿y cuando se enojan, cómo ubicas estos aprendizajes en tú mente? L "pues lo que recibo es una contraposición, ella dice tengo derecho a hacer mi ejercicio, a mis amistades, a esto, lo otro.. y no va con las respuestas que yo tengo en mi cabeza.."

Terapeuta ¿Y que dicen tus padres acerca del matrimonio? L: pues que no hay que divorciarse, mi mamá me dice no entiendo por que están ustedes así, ya ves, nosotros seguimos juntos"..

Intensidad

En la 3ª, 6ª y 9ª sesiones, sobre el tema del control sobre la esposa:

3ª. Terapeuta ¿entonces sientes que estás más aceptante a su decisión de regresar o no? L ..sí, he revalorado y pues no tengo que estar esperando a que ella decida algo para yo hacer algo. A partir de la sesión pasada me puse actividades, como retomar mi ejercicio, quehaceres de la casa, buscar empleos.. y no estar ahí nada más pensando y esperando a ver si ella viene o no.."

6ª. Terapeuta: ¿cómo va todo, como estás..de hace 15 días que nos vimos? L .. pues he tenido un bajón de pilas, siento que no avanzo, sigue sin haber empleo y con mi mujer, siento descontrol, ahora sale y entra cuando quiere, ya ni puedo preguntar... Terapeuta: ¿recuerdas lo que hemos platicado? Tu hijo lo dijo claramente, parece que su mamá es tu hija, más que ellos, y que

él sentía que eso era una falta de respeto (...) también tú me decías que te das cuenta que esas ideas son del pasado, de la época en que tus padres fueron jóvenes.. L: si...me cuesta entenderlo y hacer algo al respecto..

9ª. Sesión: terapeuta (...) ¿y ahora que te vas fuera del D.F. como la podrías controlar? L: sí, se que es imposible. O tengo confianza o me muero sufriendo allá. Además, lo que me dijiste, se necesitan dos para hacer pareja, si ella ya no quiere ¿cómo la obligo?, claro que esto que te digo me lo tengo que estar repitiendo...es difícil..

Connotación positiva

En la 5ª. Sesión, al resaltar cualidades de hijo y padre, vinculándolas. En la 3er. sesión cuando L dice que ha tenido un "bajón" y que no sale a buscar empleo y solo está pensando, motivo por el que su esposa le reclama, ya que no trae dinero a casa. La terapeuta lo connota de esta manera: "bueno ahora no estás trabajando para afuera, al parecer estás dedicando bastante trabajo a tu adentro.. es bueno en momentos pensar y repensar las cosas...no?".

Normalización

Cuando L habla de su desempleo, las recriminaciones de esposa e hijos, así como las que él se hace, desde su perspectiva de hombre – proveedor y que hoy no lo es. También al contar que ahora él revisa las cuentas, pide reducción de gastos, quiere cancelar servicios y que sus hijos se molestan con ello. Busqué ampliar su mirada al contexto social, con muchos varones desempleados, bajos sueldos, jóvenes en busca de empleo, familias buscando ahorrar, padres disgustados con los hijos por no entenderlos ya que éstos no tienen la responsabilidad de manutención del hogar. Lo anterior permitió que L mirara la situación de diferente manera y al bajar su ansiedad al respecto, pudiera pensar en nuevas alternativas.

Cuestionamiento del síntoma o redefinición:

En la 6ª. sesión cuando el hijo responsabiliza de todos los enojos a su papá y de ninguno a su mamá y procuro introducir un punto de vista sistémico donde, ambos generan cierto tipo de interacción: "él no respeta a mi mamá, que sabe pensar, hacer cosas, no es su hija, parece que él le tiene que dar permisos.." Terapeuta: "entiendo que últimamente las cosas han cambiado" M.A .. si, bueno, ella hace lo que quiere, pero nada malo.. Terapeuta: entonces tu mamá ya está moviéndose con más libertad y tu papá se controla más.. M. A. Un poco, es que él quiere las cosas como él dice. Le dije que no tiene que aprender a hablar conmigo, sino con ella. Yo no le reprocho nada a mi papá como papá y ya estamos grandes, pero como esposo, sigue faltándole por hacer.. Terapeuta: entonces, como tú decías, un pleito lo hacen dos, a mi me parece que los dos han tenido equivocaciones, ambos tendrán que trabajar por una mejor relación.. ¿no te parece?

Cuestionamiento de la estructura familiar o reestructuración

En diferentes sesiones, cuando a L ante las razones que da para que su esposa actúe de la forma en que él desea, se le invita a identificar de donde provienen esas ideas, cómo las ha aprendido y por que es que hoy deben serle útiles concepciones del matrimonio y la mujer que funcionaron hace 50 años.

O en la sesión 7ª. con L y su esposa, mientras ellos discuten quién ha hecho más méritos por la familia, quién tiene derecho a estar en la casa con los hijos, si ahora se saldrá él y ella entrará por lo que la terapeuta les dice: "bueno, podemos pasarnos más de una sesión en esta discusión, pero lo más importante ahora es que ustedes dos decidan cómo ocuparemos este espacio, que piensen si desean aun luchar por su matrimonio o no. A mi me gustaría invitarlos a reflexionar en lo siguiente, L tú has

mencionado que tus padres hasta la fecha pelean y que ha habido golpes entre ellos. Ustedes dos han comentado que su hijo, el poco tiempo que duró casado, también usó la violencia con su esposa, entonces ¿quieren ustedes romper esta cadena? ¿les interesa mostrar a su familia una forma de interacción diferente? ¿quieren salirse de este patrón de relación? Les pido lo piensen y nos vemos en 8 días, para ver si tienen decidido cómo y hacia donde trabajaremos. Por lo pronto, el equipo y yo les pedimos que hagan una tregua. Cada uno de ustedes piense y en esta tregua, dejen de discutir lo que han peleado hoy en sesión. ¿Nos vemos en 8 días?”.

Búsqueda de lados fuertes; los aportes de la familia, alternativas de interacción.

Cuando en las sesiones con L y su hijo por un lado y L y su esposa, por otro, se habla de los recursos que tienen como individuos, como pareja y como familia, lo que les han permitido estar unidos y sacar a una familia adelante y ver ahora que de ello les puede servir para enfrentar los cambios que se les presentan. También al invitar a L a usar otras formas de interacción, respetuosas, con su esposa ya que, entre otras cosas, las actuales, la alejan.

Sesión 8ª. Terapeuta- L me dices que en estos 8 días sientes que la tensión entre ustedes ha bajado, ¿ubicas que has hecho tú, para que esta tensión haya disminuido? L pues al menos procuré no estar de preguntón. Aunque quisiera yo saber, traté de aguantarme, no preguntarle.

Modelo de Milán (Palazzoli, S., Boscolo, L., Cecchin y G., Prata;1980, Palazzoli, S., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino; 1993).

Hipótesis

Cada cita se iniciaba con algunas hipótesis sistémicas en mente, basadas en lo acontecido en la sesión anterior, buscando seguir y entender los

patrones de relación de esta familia. Cabe mencionar que aquí están incluidas las hipótesis que hacía el equipo terapéutico en su totalidad.

Neutralidad

Donde la terapeuta procura mantenerse con todos a la vez, sin criticar ni juzgar y cuidando de no aliarse con ninguno de los familiares en particular.

Circularidad

Que se refiere a la capacidad de la terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia. Asimismo a la intervención donde cada familiar es invitado a comentar como ve la relación entre otros dos lo cual permite ver las relaciones triádicas (dos afectan con su conducta a un 3º y este a su vez a los otros 2) para obtener así una visión sistémica de la familia (Penn; 1982).

5ª. Sesión: cuando la terapeuta pregunta a M.A. que hacían sus hermanos cuando sus padres discutían. Asimismo cuando se le pide que describa las interacciones entre sus progenitores, que pasaba antes y después de una discusión y a la vez, que sucedía con él, en esos momentos.

Modelo Breve (Fisch, Weackland y Segal; 2003, Watzlawick, Weackland y Fisch; 1982) , algunas premisas o intervenciones, tales como:

Evaluación de la postura del paciente, respecto a si mismo, al problema, a la terapia.

En la primer sesión con L, para ubicar su grado de motivación hacia el tratamiento así cómo lo que le motiva para asistir: Terapeuta- ¿por qué es que hoy busca terapia? A lo que L responde "soy el proveedor, ahora estoy desempleado, tenemos problemas de pareja, ella dice que le invado su espacio, yo me doy cuenta que soy demasiado celoso" (...) "he intentado llevarme bien y darle su lugar, pero se me dificulta, yo mismo me pregunto ¿por qué no la apoyo?"

Uso de la postura del cliente, entre otras cosas, buscando aumentar su motivación por el tratamiento:

1er. Sesión, Terapeuta- ¿entonces a usted le gustaría que ella regresara y eso le motiva para hacer cambios? (...) pues escuchando lo que usted comenta, si será muy importante, al menos mientras ella no quiera venir, trabajar con usted, en usted y bueno, que le hagamos la invitación a ella para que venga..”

Evolución del proceso terapéutico

En su momento, este caso me pareció que avanzaba lentamente. Hoy me parece que nunca pasamos de la fase de evaluación y considero que tendría que ver con el hecho de que yo trabajaba bajo el formato de “terapia familiar sistémica” pero solo atendía a un miembro de la familia. Por otro lado, aunque su hijo participó en dos sesiones, al parecer él no tenía una dificultad que solucionar con su padre, no veía útil la terapia para sí mismo y al parecer solo vino como portavoz de su mamá. A la vez se mostraba desmotivado e incrédulo respecto a que su padre cambiara.

La esposa por otro lado, asistió dos veces. Me parece que ni L ni nosotros (equipo terapéutico) le escuchamos (e hicimos algo al respecto) cuando ella mostraba que no le interesaba salvar la relación. Es decir, aunque lo retomé en ciertos momentos con L, hoy me pregunto si se podía hacer más de modo que L, que era quien acudía, realmente se separara emocionalmente de su esposa.

Así, a nivel familiar o conyugal, me parece que siempre estuvimos en evaluación, o entramos si acaso, someramente, al tratamiento.

Por otro lado, con L que es con quién se trabajó por 9 sesiones, me parece que apenas si se tocó lo más “externo” o “visible” de su problemática. Él pudo cuestionar algunas de las premisas de su mundo mental y quizás hacer unos breves cambios para tener una relación menos “incómoda” con su esposa, sin embargo, hasta la última sesión, él seguía sin entender por que su esposa ya no le

amaba (aunque había regresado a casa cuando él se fue a trabajar fuera del D. F.) y a la vez continuaba celándola y teniendo fricciones con ella por que no seguía las normas que él esperaba.

Finalmente, este caso quedó inconcluso ya que el paciente dejó de asistir. La última sesión que teníamos planeada, llamó para cancelar y quedó en llamar de nuevo para agendar. Yo le llamé y su teléfono se encontraba fuera de servicio. El trabajo teórico y práctico en la Residencia me fue requiriendo más tiempo y ya no intenté localizarlo de nuevo.

Aunque hubiera sido deseable y conveniente una sesión de cierre, donde se pudiera evaluar con el paciente si consideraba haber tenido logros en el proceso y cuales fueron, que consideraba él que quedaba pendiente de trabajar y, cómo evaluaba en lo general el proceso llevado, no se pudo hacer, por lo que el caso quedó sin cerrar.

Red de recursos (alcances del proceso)

¿Qué se debió hacer con este caso? ¿Canalizar a L a grupos de mutua ayuda, con gente especialista en trabajar con generadores de violencia? ¿No aceptarlo en terapia familiar si no venía, al menos, con su esposa? ¿se hizo lo correcto ya que el paciente buscó en las clínicas de la UNAM y si se le canalizaba quizás no iría a otro lugar? ¿se trabajó lo que se pudo? Por un lado, me vienen a la mente palabras de Haley (1980): lo mejor es comenzar entrevistando a toda la gente involucrada, ya que el cambio afectará a todos. Con dicha entrevista se obtendrá, de forma clara y pronta, la solución a la situación problemática... Uniendo esto a lo dicho por Fisch, Weakland, y Segal (2003) sobre los pacientes que nos llegan a consultar, definiendo a los difíciles como aquellos que pueden impedir, incluso, que inicie el proceso terapéutico, tales como el "comprador fingido" que es quién va a terapia obligado por otra persona, por mera coacción.. pienso que a L lo obligaba la situación, la esposa se había ido de la casa, él había perdido el control, su familia se desintegraba. Asimismo, la esposa acudió a instancias de L y sus hijos, viendo que L ya asistía a un proceso terapéutico pero, sin ninguna intención de luchar por

la relación conyugal y, finalmente lo sumamos a lo mencionado por uno de los facilitadores de MHORESVI, David Paredes, en entrevista con mi persona "los hombres que generan violencia suelen venir al grupo cuando la esposa amenaza con irse o ya se fue y, generalmente, si la esposa regresa, a él no lo volvemos a ver por aquí"... creo que están 3 importantes ingredientes para que esta terapia no fuera exitosa.

Otra reflexión que cabe aquí, respecto a la definición del "paciente restrictivo" (Fisch, Weakland y Segal; 2003) como aquel que establece condiciones al terapeuta o al tratamiento, pudiendo incluso querer controlar el objetivo del tratamiento o indicando las personas que acudirán a sesión.. recuerdo a L, quien quería, entre los resultados de la terapia, que su esposa regresara al hogar y además, siguiendo el mismo formato de familia que tenían antaño. Pienso a la vez en M (la esposa) quién quería como resultado de la terapia que L entendiera que ella ya no quería nada de la relación, poder ella vivir con sus hijos y que él dejara el hogar. Me cuestiono:

1. ¿Entramos a su lucha de control y poder?
2. ¿cuál era el camino adecuado, terapéuticamente hablando, con L? Él estaba ahí, él comentó que su esposa no quería asistir, cuando ella acudió, dejó en claro que no le interesaba luchar por la relación ni asistir al proceso terapéutico... ¿se debió simplemente trabajar con lo que L traía a sesión y ayudarlo a elaborar la separación?

Finalmente, lo que pude saber en la última sesión, de esta familia es que la esposa de L regresó al hogar cuando él se fue a trabajar fuera del D. F. Él posteriormente regresó del empleo, decepcionado y renunciando a él, cosa que a ella le molestó.. me pregunto: ¿será que hoy, siguen luchando por quien permanecerá en la casa? Y ¿buscando saber quien dirige a quien?....me parece que es probable...

Evaluación del proceso por el sistema terapéutico

El equipo terapéutico durante el proceso, en las retroalimentaciones que dio a la terapeuta, habló de que se logró una buena alianza con todos los integrantes de la familia, asimismo que L pudiera analizar algunas cuestiones personales y que fue bueno llamar a la violencia que ejercía L como tal. Por otro lado, no se hizo una evaluación (sesión de cierre) con L acerca de lo trabajado, ya que se pensaba continuar pero, si tomamos en cuenta su actitud, el paciente se mostró todo el tiempo asiduo al tratamiento, excepto cuando tuvo que irse fuera del D. F. Y, por otro lado, cuando regresó del empleo y viaje, quería continuar trabajando, por lo que vale la pena preguntarse ¿Que lo desmotivó? ¿Que la esposa ya estuviera en casa? ¿y/o las fuertes presiones económicas que tenían y que requerían medidas prontas? Al parecer hubo otras prioridades que no le permitieron continuar con la terapia y que no necesariamente tuvieron que ver con que ésta no le estuviera funcionando. Sin embargo, estas dudas quedarán como tales debido a que no se pudieron hablar con él.

Resumen general del caso

El caso se trabajó, principalmente, bajo los lineamientos del modelo Estructural de Minuchin, con algunas estrategias y premisas del modelo de Milán y del Breve, así como de la terapia cognitivo conductual.

Siempre se tuvo en mente la violencia que L ejerció o ejercía con su esposa, pero también el hecho de que la esposa no estaba indefensa o en peligro, ya que ella ya tomaba acciones al respecto, tanto de protección como de defensa.

Hubo dos sesiones en que trabajé acompañada por mi supervisor, el Dr. Macias, en co-terapia. Ellas fueron cuando ambos esposos asistieron. Me parece que el Dr. Macías les hizo ver el hecho de que tenían un matrimonio de muchos años que ellos debían valorar si querían salvar o no y a la vez, que peleando podían seguir toda la vida, invitándolos a reflexionar al respecto, buscar alternativas y, en un momento dado, decidir cual camino elegirían.

Finalmente me parece que en este caso se hicieron pocos logros, pero quizás el más importante de ellos haya sido que L se sintiera valorado y escuchado para

qué, en un momento dado, si así lo considera, pueda de nuevo buscar ayuda profesional para su problemática personal o conyugal.

1.4. Análisis y discusión teórico –metodológica de la intervención clínica con familias; *Caso 1*

Minuchin en su modelo terapéutico nos habla de las jerarquías que existen en las familias, de los subsistemas y los límites entre estos. Indicando que, cierta forma de límites (flexibles) o cierto orden en la jerarquía (padres con autoridad hacia los hijos, por ejemplo, y preferentemente sin intervención de otras personas) son más funcionales y saludables que otros (límites rígidos, jerarquías alteradas, etc.).

Así, con esta familia, el modelo de Minuchin y algunas de sus estrategias sirvieron para aclarar y fortalecer a la familia en cuestión de límites (hacia adentro y hacia afuera del sistema) y de jerarquías (que no sabían como usar para el bienestar familiar) logrando así que avanzaran más seguros en su andar. Es decir, aunque antes de la huida de la hija los padres ejercían su autoridad, esto fue rígido, caótico y desmoralizante (cada integrante de la familia, desde su rol, lo refirió). Por otro lado, ante la escapada de la hija y la ventilación de su problemática, la denuncia de una persona desaparecida, la canalización a la familia a servicios para atención de la violencia, los padres dejan de ejercer la paternidad, se retraen. La hija, tras estos acontecimientos, se empodera, se vuelve un tirano sin lógica ni control posible. Los padres así, quedan en medio de unos abuelos (paternos) manipuladores, rígidos y controladores y una hija que está entrando al mismo camino. Volver las jerarquías a su orden, trabajar con los límites (algunos flexibilizarlos, otros fortalecerlos) ayudar a cada subsistema a ubicarse, encontrarse, comunicarse, fue muy útil con esta familia.

Colaborar con los padres para que retomaran su autoridad aunque con mayor comunicación con sus hijos, así como con estilos educativos más democráticos e identificaran y potencializaran sus recursos paternos como individuos y como pareja, me parece que les sirvió a todos los miembros de la familia.

Por otro lado, el enfoque de White que nos brinda entre otras cosas la externalización, nos permitió diferenciar y separar el problema de la persona, maniobrar sobre el primero, bajando las autorecriminales, contextualizando las que provenían del exterior y mejorando la comprensión de la situación. Asimismo, para evitar la actitud defensiva (el problema no se proyecta sobre alguien más) y, con sus "preguntas de influencia relativa" donde se nota la influencia que tiene el problema sobre las personas y como la familia está trabajando ya sobre éste, encontrándose sus recursos personales y familiares, y nuevas formas de resolver el problema de modo que se unan fuerzas y recursos familiares para co- elaborar una "nueva realidad".

Y finalmente promoviendo que los consultantes tomaran agencia, poder, fuerza, seguridad, recordándoles a cada momento su libertad y capacidad de elegir, sirvió para ayudar a esta familia a entender y contender con el diagnóstico de la hija así como con el abuso sexual, pudiendo poner los conceptos "fuera" para "manipularlos" y quitarles poder: entendiendo lo que cada etiqueta médica denotaba, lo que los medicamentos propiciaban, conociendo diversas perspectivas teóricas respecto al origen del padecimiento psiquiátrico diagnosticado. Y en relación al abuso, identificando quién era el agresor, que responsabilidad tenía, qué y cómo esto se relacionaba con la hija, como menor de edad y siendo abusada por un familiar, decifrando o escuchando diferentes perspectivas del porqué la familia externa actuaba como lo hacía en relación al suceso, el agresor y la agredida. Igualmente, para ellos lograr más control sobre sí mismos y sus vidas, así como sobre su familia completa.

En este mismo sentido, a la hija se le pudo ayudar trabajando con sus "voces" y sus respectivos mandatos, así como con sus propios recursos y reflexiones para contender con las drogas.

Por otro lado con cada una de las personas (madre, padre e hija) y la familia total, se encontraron recursos y capacidades y se les ayudó a encontrar una "identidad"

que les satisficiera, que les permitiera libertad y que estuviera más acorde a sus circunstancias, deseos, necesidades y planes.

Con la violencia emocional ejercida y vivida, así como con el abuso sexual, el enfoque de White me auxilió ya que hace hincapié en no considerar que las responsabilidades son iguales en una familia y menos en caso de violencia o abuso, igualmente, promueve que "el secreto" se abra, se analicen y ubiquen responsabilidades, se una a los hijos con sus padres, se mejore la comunicación y unión de la familia, en contra de quien les violente.

Finalmente, el enfoque de White me ayudó de manera importante a identificar, reconocer, controlar y cuidar la influencia y poder que puedo ejercer en las personas que me consultan por el simple hecho de ser "una terapeuta" o "una profesional" y con ello dejar sin recursos o capacidades al otro, de tal forma que aprendí a estar autoobservándome en este sentido.

El enfoque de soluciones por otro lado, permitió el énfasis para identificar y reconocer las capacidades y recursos de las personas y la familia en su conjunto. Igualmente, para no centrarnos en las dificultades sino en ir avanzando, paso a paso y en superar éstas. Me ayudó a mi para enfocarme y a su vez, ayudarles a ellos a no "atorarse" en la culpa, la inmovilidad, el miedo..

Por último, el enfoque colaborativo me permitió, con mayor énfasis, conocer a las personas como tales: el miedo de L y la necesidad de un apoyo cuando huye de su madre y hermano (que la golpeaban), duerme en un terreno y la encuentra A. El deseo de A, de ayudar a una mujer que le gusta y no reflexionar en lo que implica llevársela a su casa, vivir con sus papás, construir en un terreno que no es de su propiedad.

Por otro lado, ver cómo, a pesar de un inicio tan difícil y de curso dudoso, se mantienen unidos y crean una familia y luego, ante una adversidad que afecta primero a su hija y luego a la familia total, movilizarse para recobrar el equilibrio y mejor aún, atreverse a encontrar un equilibrio nuevo..

Finalmente y entendiéndose que lo que aquí escribo es una síntesis de lo vivido y aprendido, conocer a Sa., la hija adolescente quién a pesar de todo lo vivido, abuso emocional por parte de sus padres, abuso sexual por parte de un tío, uso de drogas, intentos de suicidio, huída, hospitalización, falta de apoyo de algunos familiares, e incluso, una terapeuta que en un inicio tiene un desventurado encuentro con ella, ella persevera, se defiende, lucha y sigue adelante..

De esta forma, pude yo (y todo el equipo terapéutico) conocerles, involucrarnos, comprenderles.. disfrutar sus logros, sufrir con sus fracasos y aprender de su forma de pensar, sentir y vivir.

Comprendí de manera clara y contundente el hecho de que nunca se alcanza a conocer o comprender al otro en su totalidad y cómo, el otro, sabe todo de sí mismo y yo "terapeuta-experta" sabré lo que él o ella o ellos me permitan saber y juntos, su experiencia y la mía, puedan trabajar en colaboración y con co-responsabilidad.

Por último y como lo mencioné anteriormente, siempre estuvo presente, la lectura acerca de temas como la violencia, de género e intrafamiliar, sus diversas manifestaciones y los tratamientos que han probado tener más éxito al respecto. En este caso, la familia en su totalidad acudió a terapia familiar, se habló de ésta y se valoraron y reconocieron los conocimientos adquiridos por los esposos en sus grupos de mutua ayuda retomándoseles de vez en vez para ayudar a consolidar el cambio que dichos grupos habían iniciado.

Cito, para finalizar el caso, a A. Einstein "la mente que se abre a una nueva vida, jamás volvera a su tamaño original".

1.5) Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica; caso 2

Mi supervisor, en una de las pre-sesiones de este caso, dijo "hablar de violencia da temor, a veces no sabemos actuar en estos casos..." y justo es algo de lo que en este caso a mi siempre me preocupó. Como mencioné, estuve en duda de cómo

trabajar con L pero además, había yo leído acerca de las críticas que le han hecho a los modelos de terapia familiar o a terapeutas familiares en relación a no saber atender (o hacerlo incorrectamente) a familias con esta problemática.

Hoy considero que, afortunadamente yo ya tenía una sensibilidad ante este tema, por mi experiencia personal y profesional, pero en la Residencia tuve la fortuna de tener dos maestras a quienes les preocupaba sobremanera la adecuada atención de este fenómeno desde el enfoque sistémico, la Mtra. Carolina Díaz Walls y la Mtra. Noemi Díaz Marroquin. Con la primera trabajamos mucho la cuestión de Género, con la segunda la violencia en la familia, en lo general y hacia la mujer, específicamente. Así, considero que ello me enriqueció y me permitió trabajar mejor en este caso que si no hubiésemos tenido estas aportaciones. En este sentido, hoy me parece que los modelos de terapia familiar pueden ser muy útiles, siempre y cuando se tenga una visión de género y un cuidado del fenómeno de la violencia aun tan grave y de alta incidencia en las familias de nuestro contexto social, así, por ejemplo Minuchin en su modelo terapéutico una de sus premisas habla de que si se modifica la estructura del sistema, se posibilita el cambio de la conducta y de los principios psíquicos de cada miembro familiar: el equipo terapéutico completo buscábamos que hubiera cambios en la estructura de esta familia y que L y M modificaran conductas. En este caso, desafortunadamente, solo contábamos con L para modificar una estructura completa. Ello hizo el trabajo muy difícil, sino imposible.

El modelo estratégico, por poner otro ejemplo (aunque no lo usé en el caso), entre sus principios tiene el de que las intervenciones buscan modificar la forma en que los miembros se relacionan entre sí. Nuevamente, ésta era una de nuestras finalidades y como premisa nos puede servir para atender problemas de violencia en el hogar, *si se tiene conocimiento de ésta y cuidado para atenderla.*

Finalmente, por ejemplo, el modelo de Milán, también enuncia: la evaluación tiene por objeto conocer cual es el juego familiar. Las Técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas del sistema, por otras más flexibles y complejas. De nuevo, me parece que también

es aplicable a la violencia en el hogar, pero hemos de estar sensibilizados a verla, cuidar de aquellos que pudieran estar indefensos ante ella, ubicando las responsabilidades que a cada cual le corresponden y trabajar en consonancia.

1.6) Análisis y discusión del tema Violencia Doméstica o Intrafamiliar desde la Perspectiva Sistémica

Al entrar a la Residencia ya me había topado con la violencia. Me parece que esto no es extraño, es decir, me parece que, al menos en México solemos crecer conociendo este fenómeno, ya sea familiar, social o profesionalmente.

Como psicóloga de una primaria tuve experiencias como las siguientes: una mujer, a menudo, cuando iba a recoger a sus hijos, era vista con moretones. Al hablar con ella comentó saber que no era adecuado que su esposo la golpeará, pero que no se atrevía a dejarlo pues ello implicaba dejar también a sus hijos, ya que él así se lo decía y amenazaba con quitárselos si se los llevaba.

Atendí un caso donde había datos que indicaban que el padre abusaba sexualmente de su hija, mientras la madre no figuraba en la vida de la niña, a pesar de vivir con ella. La directora de la escuela, al yo informarle de esto, me indicó que si quería yo, denunciara, pero que la escuela no se hacía responsable, en ningún sentido, del caso.

Otro caso a mi canalizado fue el de una niña de seis años a quien la maestra le pidió me contara lo que había dicho en su grupo: que al ir en el auto con su familia, sus padres empezaron a pelear, su papá jaló de los cabellos a su mamá, ellos (dos hermanos) empezaron a llorar y como el papá seguía gritando, jalando y manejando, mientras la mamá gritaba y lloraba, ella decidió salirse del auto (andando), por eso llevaba moretones en cara y manos...

Laboré también en un medio internado para mujeres con discapacidad intelectual leve o moderada, algunas de las señoritas con discapacidad que yo atendía, también sufrían de violencia, ya fuera negligencia, abuso sexual, violencia psicológica y/ o física.

Así, al inscribirme a la Residencia y cursarla, la violencia doméstica era un tema que me inquietaba ¿y si nos tocaban casos donde se viviera violencia? ¿se nos darían las herramientas para atenderlos si así fuera? ¿cómo actuaría yo en esos casos?

En la Residencia el primer semestre es de importante carga teórica y conceptual. Del segundo semestre en adelante, recibimos casos para su atención. Durante tres semestres mis compañeros y yo atendimos familias completas o a sus integrantes. Del total de mis casos (4), tres vivían o habían vivido violencia. De los casos de mis compañeros, un 75 % tenían que ver con el tema también. Así, encontramos la violencia en sus diferentes formas, estilos y dimensiones.

Por lo anteriormente mencionado, así como por la relevancia del tema, cabe analizar algunos datos:

Echeburúa y Paz de Corral (2000) sobre el tema dicen, la *violencia en el hogar* se puede considerar como un fenómeno epidémico ya que ha crecido a un ritmo más rápido incluso que los accidentes de auto, las agresiones sexuales y los robos. *La familia es el foco de violencia* más destacado en nuestra sociedad.

Lagarde (en Ramirez; 2000) habla sobre el patriarcado, definiéndolo como el orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Dicho orden asegura la supremacía de los hombres y lo masculino sobre la inferiorización previa de las mujeres y de lo femenino. Es un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación entre las mujeres.

Torres-Falcón (2000) afirma que la violencia que sufren *las mujeres en el hogar* no es un problema privado ni familiar, sino la afirmación de un orden social particular. Es algo estructural y no causal y está condonada por los valores culturales que enfatizan la privacidad y la autonomía de la familia.

Hay, dice Corsi (1994), dos variables decisivas a la hora de establecer la distribución de poder y por lo tanto de determinar la dirección que adopta la conducta violenta. Estas variables son Género y Edad. Así, los grupos de riesgo para la violencia en contextos privados son las mujeres y los niños, definidos

cultural y socialmente como los sectores con menos poder. En la literatura internacional se suele utilizar el término violencia doméstica como equivalente a violencia hacia la mujer en el contexto del hogar.

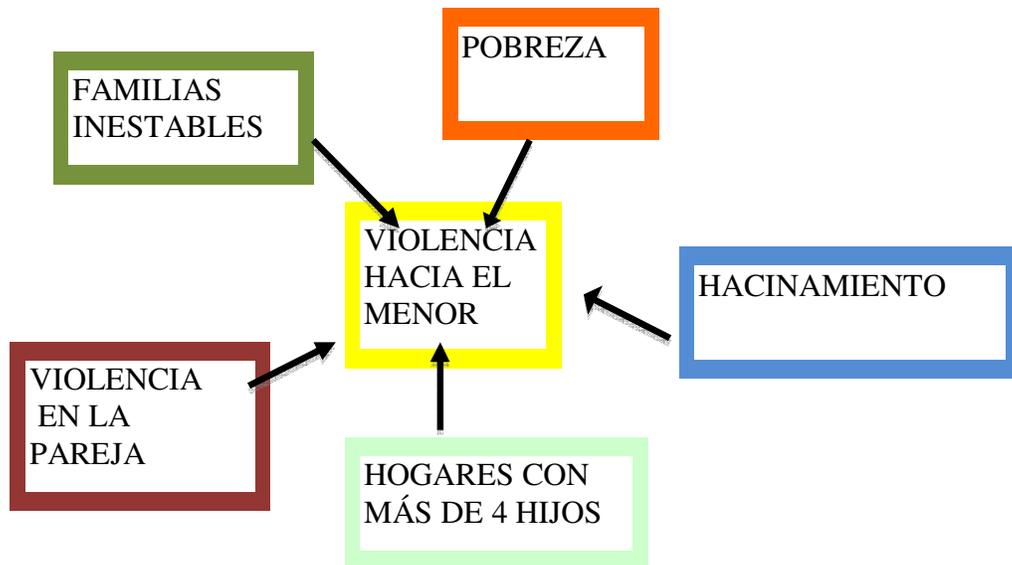
Violencia familiar, nos dice la Secretaría de Salud, es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder, en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato, físico, psicológico, sexual o abandono (NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999).

La violencia existe en la historia de la humanidad, en diferentes ámbitos y de diferentes maneras. Así nos lo hace notar la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002), donde se divide a la violencia según las características de los que cometen el acto de violencia:

- la violencia autoinfligida
- la violencia interpersonal
- la violencia colectiva.

Indicándonos que en el 2000, aproximadamente 1,6 millones de personas en todo el mundo murieron como resultado de estos tres tipos de violencia donde, casi la mitad de esas 1 600 000 defunciones se debieron a *suicidios*, casi una tercera parte a *homicidios* y alrededor de una quinta parte a *conflictos armados*.

En lo *relacionado a la familia*, abunda el informe, un estudio realizado en Chile, encontró que en las familias con 4 o más hijos era tres veces más probable que los padres trataran a sus hijos en forma violenta, en comparación con los padres con menos hijos. En otros países, se encontró que el hacinamiento doméstico aumentaba el riesgo de maltrato a menores. Asimismo los ambientes familiares inestables, en los cuales cambia con frecuencia la composición del hogar ha sido característica particularmente observada en los casos de descuido crónico.



Por otro lado, en lo referente a *la violencia en la pareja* y su relación con el maltrato de menores, informa, los datos de estudios realizados en países geográfica y culturalmente tan diversos como China, Colombia, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, la India, México y Sudáfrica indican todos *una relación estrecha entre estas dos formas de violencia*. En un estudio reciente efectuado en la India, la presencia de *violencia doméstica duplicó el riesgo* de maltrato de menores. Entre las víctimas conocidas del maltrato de menores, 40% o más también han notificado violencia doméstica en sus hogares.

En realidad, agrega la OMS, la relación quizá sea aun más estrecha, ya que *muchos organismos encargados de la protección de los niños no recopilan sistemáticamente datos sobre otras formas de violencia en las familias*.

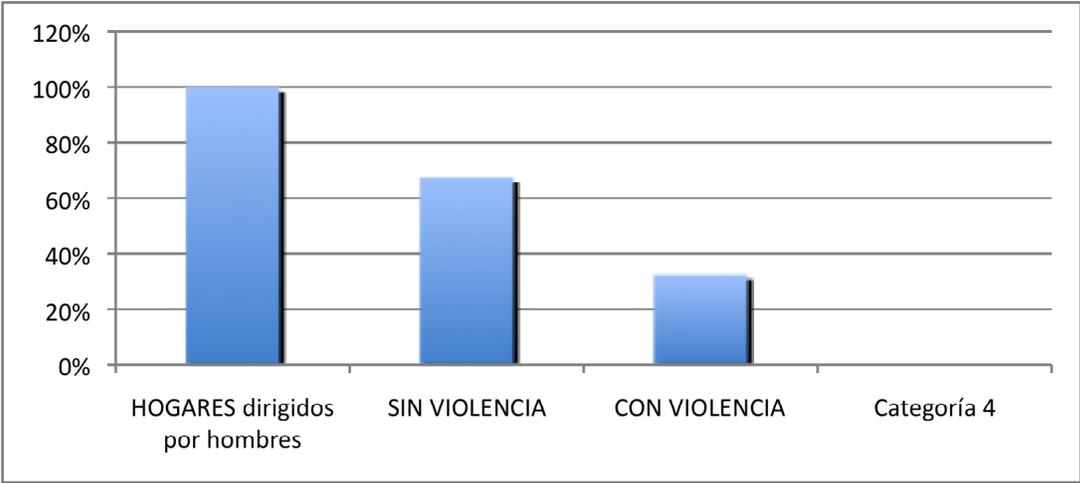
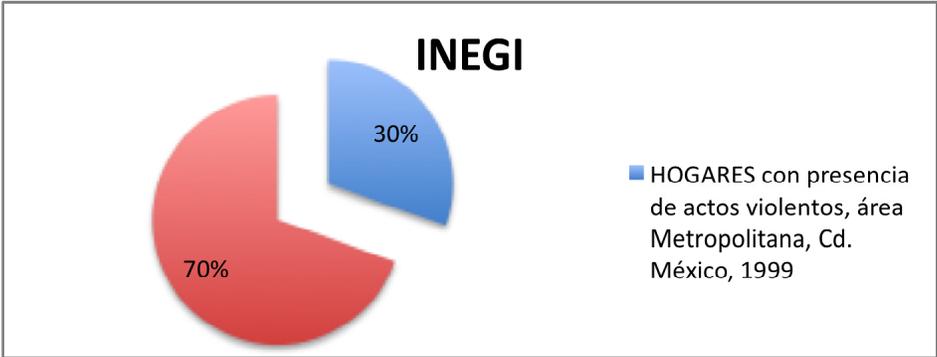
Finalmente, agrega el informe, numerosos estudios realizados en varios países muestran tasas de maltrato elevadas en las comunidades con niveles altos de *desempleo y concentración de la pobreza*.

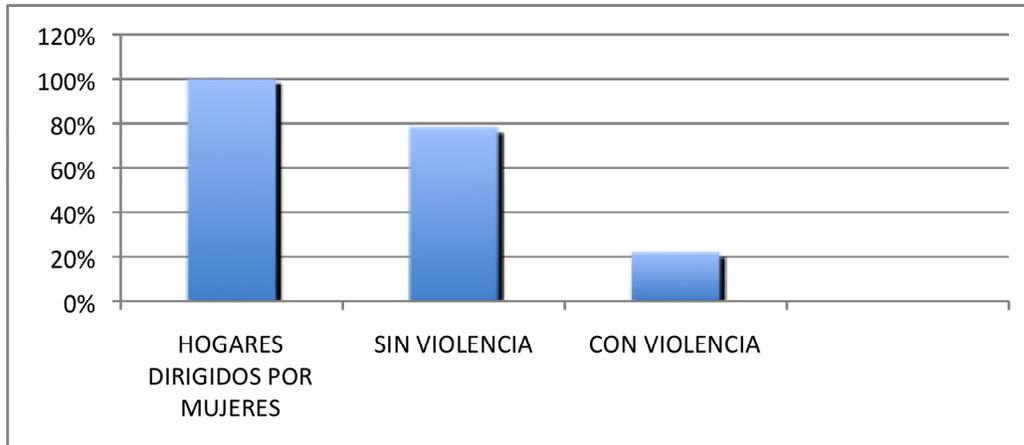
Por otro lado la OMS menciona que una de las formas más comunes de *violencia contra la mujer* es la infligida por su marido o pareja masculina, lo que contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir

agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo. Así, concluye el informe, *la violencia en la pareja* se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural y, aun cuando las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y la violencia también se da a veces en las parejas del mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres.

Finalicemos esta revisión con datos que brinda el INEGI (2006) en sus "Estadísticas a propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres:"

Datos Nacionales
Indicadores sobre población ocupada como carpinteros





Donde, al hablar de la *violencia intrafamiliar*, reporta que la *violencia contra las mujeres* no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el hogar, en el trabajo y en las calles, sin embargo, aclara, su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. Este tipo de violencia, continúa, es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad. De ahí que también las mujeres pueden agredir y ser violentas. Sin embargo, dice, en nuestro país del total de personas generadoras de violencia, *91 de cada 100 son hombres* y 9 mujeres. Finalmente, nos informa que la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF), registró que *uno de cada tres hogares* del Área Metropolitana de la Ciudad de México sufre algún tipo de violencia intrafamiliar; asimismo, reveló una mayor presencia de actos de violencia en los hogares con jefatura masculina, donde 32.5% de estos hogares reportó algún tipo de violencia por 22% de los dirigidos por mujeres.

Algunas conclusiones del informe brindado por el INEGI (2006) son:

- Las víctimas más comúnmente afectadas son hijas e hijos, sumando un 44.9% y cónyuges, 38.9 por ciento.
- Las formas de maltrato que con más frecuencia se presentan dentro de la violencia física, fueron los golpes con el puño, 42%; bofetadas, 40% y golpes con objetos: 23 por ciento.

La anterior revisión que, *en absoluto pretende ser exhaustiva*, nos da idea de la

grave situación que enfrentan las familias. Aquí cabe aclarar que, en nuestro país como en algunos otros, lo que está registrado es lo que se ha dado en denominar “la punta del iceberg” ya que, hay un subregistro que, desafortunadamente se imagina y supone mucho mayor del que podemos ver con la información obtenida por diversos medios.

Dentro de las medidas que se han tomado para atacar este grave problema ha sido el **legislar** al respecto:

1990	Se acepta que la VIOLENCIA DOMÉSTICA es un problema social que <i>requiere atención pública</i> (Torres-Falcón; 2000)	En 1995 fue <i>tema central</i> de la Conferencia de Beijing.
1991	Entran en vigor en el D. F. Reformas al CÓDIGO PENAL donde se sustituye el término “delitos sexuales” por el de “delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual”, aumentando la <i>penalidad por violación</i> de 8 años a 14 en prisión (Torres-Falcón; 2000)	1970 en México se dan los primeros esfuerzos encaminados a denunciar la violación sexual como un fenómeno de grandes dimensiones cualitativas y cuantitativas.
1993	La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (INEGI; 2006)	Ratificada por México en 1995
1994	La Organización de los Estados Americanos (OEA) negoció la <i>Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer</i> (INEGI; 2006)	Aceptada en México en 1998
1996	La Asamblea de Representantes del Distrito Federal aprueba (Torres-Falcón; 2000): La Ley de <i>Asistencia y Prevención</i> de la Violencia Intrafamiliar.	
1997	Se hacen Reformas al CÓDIGO PENAL, México, D. F. (Torres-Falcón; 2000) Declaran a la <i>violación</i> como un delito que puede ocurrir <i>dentro del matrimonio</i> .	

1999	La OEA formula el Protocolo Facultativo de la Convención para la <i>Eliminación</i> de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Suscrito por México en 1999 (INEGI; 2006)
1999	El Fondo de Población de las Naciones Unidas declaró (INEGI; 2006): "La violencia contra la mujer es una prioridad de salud pública"	
1999	La Asamblea General de las Naciones Unidas declara (INEGI; 2006): "Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres" (resolución 54/134)	
1997	Se publica en el Diario Oficial de la Federación el: Reglamento de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal.	
2000	Hay 4 agencias especializadas en delitos sexuales y un centro de terapia de apoyo a víctimas de violación.	Procuraduría del Distrito Federal (Torres-Falcón; 2000)
8 de marzo de 2008	En el Festejo del Día Internacional de la Mujer, en el Distrito Federal:	Entra en vigor la <i>Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia</i> para el Distrito Federal.

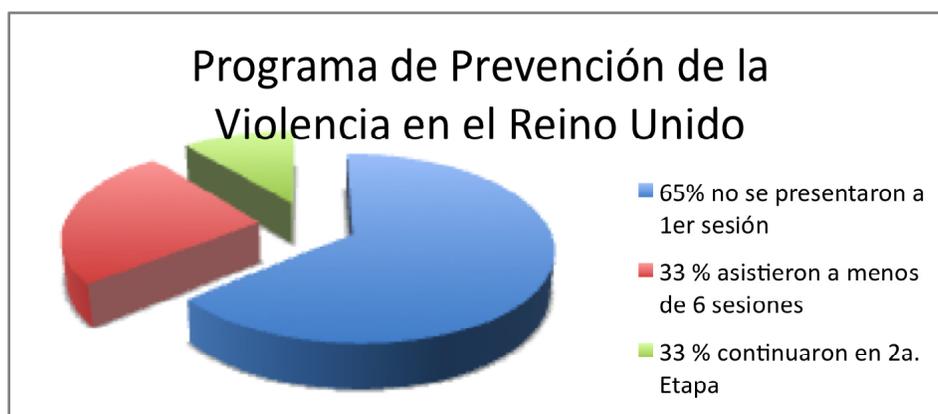
Otra de las acciones para contender con esta problemática ha sido brindar atención a las víctimas de la violencia y a los generadores de ésta.

En este último rubro, en México, el primer grupo existente fue el Colectivo De Hombres Por Relaciones Igualitarias A.C. (CORIAC), el cual se dividió en agosto de 2006 quedando los siguientes grupos:

- Hombres por la equidad. Centro de intervención con hombres, e investigación sobre género y masculinidades, A.C.
- Centro MHORESVI, A.C. Movimiento de Hombres por Relaciones Equitativas Sin Violencia, Coordinada por un grupo de facilitadores del Programa de Hombres Renunciando a su Violencia, en México, D.F.
- Corazonar, abriendo senderos hacia la reconciliación, A.C.
- Alternativas para la Equidad y la Diversidad, A.C.

Comunmente el trabajo en *grupo para hombres* que maltratan a su pareja, suele dirigirse a trabajar sobre los roles de género, enseñar aptitudes (hacer frente al estrés y la ira así como para la expresión de sentimientos, entre otras) y obtención de la capacidad de asumir la responsabilidad de sus propios actos.

Sobre este tenor, la OMS (2002) hace referencia a investigaciones realizadas en los Estados Unidos las cuales indican que la mayoría de los hombres (entre 53% y 85%) que finalizan programas de tratamiento dejan de ser físicamente violentos hasta por dos años, pero las tasas disminuyen conforme aumenta el período de seguimiento. Estas tasas de éxito, aclara, han de examinarse teniendo en cuenta la elevada proporción de deserciones que se producen en tales programas; entre un tercio y la mitad de los hombres que se inscriben en estos programas no los finalizan y muchos de los que son remitidos a ellos, nunca se anotan.



Una evaluación reciente de los programas realizados en cuatro ciudades estadounidenses encontró que al cabo de 30 meses casi la mitad de los hombres habían recurrido a la violencia una vez y 23% habían sido reiteradamente violentos y siguieron provocando graves lesiones; por el contrario, 21% de los hombres no infligieron maltrato físico ni verbal. En total, 60% de las parejas se separaron y 24% ya no estaban en contacto (OMS; 2002).

Hasta aquí hemos tenido una breve semblanza de este problema y de algunas acciones que se han llevado a cabo para atenderlo.

Vale la pena aquí recordar que, la terapia familiar tuvo entre sus inicios el acercarse al paciente psiquiátrico y observarle en su contexto familiar, primero con la madre, luego incluyendo al padre y posteriormente, a sus demás familiares. Y, aun cuando en ese momento no se llamaba *violencia* a algunas interacciones, hoy es claro que pueden incluirse en esta connotación.

Así por ejemplo, el grupo de Milán (Palazzoli; 1993, 1999) buscó la relación entre el trastorno de la pareja parental (conflicto conyugal) con el trastorno que presentaba el hijo, pues pretendían identificar la etiología relacional de la llamada enfermedad mental. Ellos utilizaron la metáfora del juego familiar, para explicar las interacciones familiares, considerando que, dicho juego sirve para regular el funcionamiento de la familia, se desarrolla a lo largo de los años y se convierte en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones dentro del sistema. Se pudo comprender que dicho juego deja de ser adaptativo si se rigidiza y no responde a los cambios o necesidades que se le presentan a la familia, en la vida cotidiana.

Gracias a la perspectiva trigeracional que este modelo adoptó, pudieron identificar también que dicho juego puede heredarse de generación en generación. Las familias con que principalmente trabajaron (de transacción esquizofrénica) presentaban, entre otras cosas, una lucha por el poder encubierta y exacerbadada, además de normas rígidas y repetitivas.

Uno de los hallazgos de estos investigadores de Milán, fue el identificar *dos juegos patológicos* principales; el embrollo y la instigación, los cuales forman parte de los llamados *Juegos Sucios*: maniobras hábilmente ocultas donde los actores recurren a medios desleales como engaños sutiles, mentiras impúdicas, venganzas camufladas pero implacables, manipulaciones, seducciones, promesas ambiguas, violaciones igualmente ambiguas, etc. Así, ellos concluyeron que la patología surge cuando un hijo es involucrado y se involucra en un embrollo relacional.

La evaluación en este modelo tiene por objeto conocer el juego que juega la familia para con ello intervenir alterando dicho juego, cambiando sus reglas rígidas

y constreñidas por otras más flexibles y complejas y modificando la visión que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para con ello alcanzar el cambio de la secuencia sintomática.

Aquí, vale la pena mencionar también que, en este esquema de trabajo, en cuanto a la *postura del terapeuta*, conforme se avanzó en tratamientos, conocimientos y conforme evolucionó el Modelo, se reconoció la necesidad de cambio en ésta, pasando por ejemplo del método paradójico (fundado en la provocación y el desafío entre el equipo terapéutico y las pacientes), a la *colaboración con la familia y la transparencia de las intervenciones*, adoptados finalmente como principios básicos en sus relaciones terapéuticas (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino; 1999):

Se abandonó la posición intervencionista que caracterizó a la época de la prescripción invariable y la paradójica anterior, para dejar aflorar la empatía (...) donde, los terapeutas entraron en contacto con los cónyuges, sus reacciones, su depresión, su mutua necesidad, unida a la imposibilidad de satisfacerse plenamente el uno al otro (...) En la época de la revelación del juego, la inseguridad sobre nuestro proceder nos hizo a veces más inquisidores que terapeutas auténticamente sensibles al sufrimiento de las pacientes y sus familiares (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino; 1999 P. 96).

Me detengo aquí en dos situaciones recientemente mencionadas; La primera ¿puede haber violencia mayor que, propiciar que un hijo desemboque en una patología?. La segunda, la información que nos brinda este Modelo respecto a la postura del terapeuta nos recuerda y *nos previene* en el sentido de que la violencia puede provenir de cualquiera que ostente poder, llámese como se llame y en este caso, puede ser él o la terapeuta misma y, en este sentido, es necesario, aconsejable y ético que, como terapeutas, estemos vigilantes de nuestro proceder con aquellos que nos consultan.

En este mismo sentido, Eiguer (1989, en Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza; 1999) por ejemplo ha encontrado en familias de toxicodependientes, en aquellas con hijos delincuentes o hijas anoréxicas o pervertidos sexuales, la presencia del “vínculo perverso” del que ha hablado el grupo de Milán, donde hay una ausencia de sincretismo o vínculos fundados en una inversión profunda que constituiría la identidad grupal de la familia (el Yo familiar) basado en los mitos y en las representaciones fantasmáticas que circulan entre los distintos miembros y que se remiten a generaciones precedentes. Donde, más bien, hay una abundancia relacional de sentimientos voluptuosos y engañosos, sensaciones fuertes y clima excitante como modalidades para colmar el vacío interpersonal y las carencias de verdadera intimidad y de apoyo recíproco.

Continúo ahora siguiendo la línea de la terapia familiar, donde C. Madanes (1993) usa herramientas del Modelo estratégico y desarrolla un Modelo para casos de violencia familiar y, en específico, *para el abuso sexual*.

Su Modelo enuncia ciertas Dimensiones de Interacción Familiar, las emociones que imperan en la familia de acuerdo a éstas y lo que se aconseja hacer, terapéuticamente:

DIMENSIONES	Principal emoción compartida	Meta terapéutica
1ª quienes luchan por controlar la propia vida y de los demás. El poder se usa para obtener ventajas personales. Las relaciones son sobre todo de explotación	Miedo	Redistribuir el poder entre los miembros
2ª. Engloba las dificultades resultantes del deseo de ser amado. Los familiares luchan por estar atendidos, y suelen caer en violencia autoinfligida.	deseo	Redistribuir el amor y cambiar el modo en que se usa.
3ª. Abarca el deseo de amar y proteger a otros. Pudiendo suscitar intrusión, posesividad, dominación	Desesperación	Cambiar la forma en que familiares

y violencia.		se protegen y aman entre sí.
4ª. Cuando los individuos se han infligido traumas y sufrido injusticias y violencia, las interacciones se caracterizan por el pesar, el resentimiento, las mentiras, el secreto, el engaño, las autoacusaciones, el aislamiento y la disociación.	Vergüenza	Redistribuir la vergüenza. Clarificar responsabilidades

Respecto al tratamiento para *incesto y abuso sexual*, su enfoque consiste en 16 pasos donde se atiende tanto a la víctima como al agresor. Asimismo consta de

Tres principios básicos:

- Sacar a la luz todos los secretos.
- Descartar la idea de la provocación.
- Comprender que en la mente del agresor se trató de un idilio, ya que casi siempre hay un desorden de pensamiento. Esto sensibiliza al terapeuta con el agresor y permite el vínculo terapéutico entre ellos.

Las Metas perseguidas son:

- Controlar la acción
- Controlar la mente
- Controlar la violencia y la cólera
- Alentar la empatía
- Estimular la esperanza y el humor
- Promover la tolerancia y la compasión
- Estimular el perdón y la bondad
- Promover la armonía y el equilibrio: amar y ser amado, realizarse en el empleo, jugar, disfrutar. Impedir los excesos, evitar las privaciones (Madanes; 1993).

Otra aproximación terapéutica que incluye estrategias para trabajar con la violencia, la da, *desde el posmodernismo*, en el movimiento Familiar, *Michael*

White. Él analiza la perspectiva de Foucault y su relevancia para la terapia, ubicando al conocimiento como poder, donde propone que él o la terapeuta, entre otras cosas, cuiden la postura y posición que tienen para con los consultantes, cuidándose incluso de no violentarlos (descalificar, dominar) o apabullarlos con su poder. Él propone el análisis de las diferencias entre grupos culturales, prestando atención a las prácticas donde una cultura o grupo margina a otro. En este enfoque se revisan los discursos de clase, raza y cultura que oprimen a las personas y la responsabilidad es un tema dominante durante el transcurso de la terapia.

Asimismo, Epston y White acuden al marco conceptual de los recursos narrativos, ocupando la noción de "textos narrativos" y homologan la terapia con un proceso de "contar" y/o volver a contar las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas, donde se busca co-crear narraciones nuevas y liberadoras (White y Epston; 1993, White; 2002).

En casos *de abuso*, se busca entrar a las contra-tramas de las vidas de las personas, relatos que tengan que ver con la supervivencia, la capacidad de adaptación, la protesta, la resistencia, etc. Donde, se explora, identifica, distingue y se revisan relatos diferentes. Se alienta a las mujeres (u hombres abusados) a distinguir y clasificar. Asimismo, *las prácticas abusivas* se contextualizan. Se busca aquello que es habilitante para las personas y lo que contribuye a mejorar la calidad de vida, distinguiéndolo de lo que los inhabilita o deteriora.

Con los abusadores, se trabaja, entre otras cosas:

1. Asumir la responsabilidad por haber perpetrado el maltrato
2. Desarrollar una comprensión de las experiencias de quienes fueron víctimas del maltrato y
3. Establecer una cabal estimación de los efectos del maltrato, a corto y largo plazo, sobre quienes fueron víctimas, si no hubiese una reparación.

Donde los hombres (pacientes y terapeutas) se reconozcan como miembros de la cultura masculina, promoviendo entonces desmantelar los privilegios de que

gozan. Se busca desestabilizar las estructuras de opresión y cuestionar las prácticas de poder que sirven para subyugar y marginar a otros (White; 2002).

White, respecto a la terapia familiar, menciona que ha habido momentos en que resultaron inadecuadas (breves y revisando la interacción), cuando aparecían abusos en las relaciones. Sin embargo aclara que, justamente el hecho de que ponga acento en la interacción, la convierte en un método apropiado para tratar estos problemas.

White basado en las ideas sobre la experiencia única de las personas, de sí mismas y de sus problemas y en hasta qué punto el contexto particular de ideas y conocimiento influye en estas experiencias, suministró la base para construir proposiciones acerca de cómo obrar en situaciones de violencia y abuso (Durrant y White; 1996).

Otra aproximación a las *relaciones de abuso* desde la perspectiva social y psicológica, apoyada en la perspectiva sistémica, la brinda (a mi parecer, brillantemente) Ravazzola (1997), indicando caminos a seguir y precauciones a tomar para el tratamiento de las relaciones con violencia que se presentan en las familias.

Su acercamiento a la violencia en el hogar tiene como base teórica conceptual múltiples intersecciones entre el construccionismo social, la sociología del autoritarismo, los estudios de género y el análisis de discursos comunicacionales.

La autora sugiere cómo abordar el problema de la violencia familiar:

1. Difundiendo conocimiento sobre patrones de abuso en general, conectando contextos, macro y micro, incluyendo dos perspectivas; estudios sobre autoritarismo y de género.
2. Cuestionamientos reconstructivos con respecto a "verdades" consolidadas. Por ejemplo ¿a que estructura llamamos "familia"? ¿Qué podemos hacer cada uno par asegurarnos de no co-construir abusos?
3. Y propone, para los "operadores" convocados en apoyo de quienes padecen violencia familiar, reconocer una responsabilidad especial, donde su

entrenamiento requiere auto- análisis, reflexión y aumento del conocimiento de sí mismos. Todo ello relacionado con la violencia de las propias vivencias.

Ravazzola menciona que, para que exista una interacción violenta, concurren algunas condiciones:

- a) Una situación familiar en la cual existe déficit de autonomía de los miembros y una significativa dependencia de unos hacia otros.
- b) Subordinación a un estereotipo en el que victimario y víctima suponen que el primero es el único responsable de la relación, la define y decide lo que en ella suceda. Se basa en un supuesto de desigualdad jerárquica fija.
- c) Circulación de estos significados tal que, el abuso se considera legítimo y apoyado por un consenso, quien lo justifica y proporciona así, impunidad al victimario.

Ravazzola refiere que, el pensamiento sistémico ha demostrado su eficacia para analizar aspectos repetitivos en las conductas de los miembros de un sistema social, para describir y proporcionar modelos explicativos de las relaciones entre sus componentes e, igualmente, para plantear formas posibles de modificar esas conductas. Este bagaje conceptual le ha permitido a la autora advertir la presencia de condiciones que posibilitan la repetición de interacciones abusivas o de malos tratos. Propone así el siguiente esquema que permite comprender las relaciones abusivas entre miembros de una familia, donde, de acuerdo al pensamiento sistémico, si sólo se consigue variar una de las variables, existe la posibilidad de lograr que se produzca un cambio en el sistema.

ESQUEMA (Se combinan aquí 9 variables) DEL CIRCUITO DE VIOLENCIA:

ACTORES	PERSONA ABUSADORA A1	PERSONA ABUSADA A2	PERSONA TESTIGO CONTEXTO A3
IDEAS	<p>La persona abusadora no puede controlarse.</p> <p>La persona abusada es inferior.</p> <p>La familia debe mantenerse unida a cualquier costo.</p> <p>En cuestiones familiares no deben intervenir los de afuera.</p>		

ACCIONES	Las provocaciones y los malos tratos son elementos frecuentes y "naturales" en las conversaciones.
ESTRUCTURAS	Están reificadas. Se consideran por encima de las personas. Mantienen una organización con jerarquías fijas naturalizadas o esencializadas.

Ravazzola enumera también algunas características que con mayor frecuencia comparten las personas abusadoras y las abusadas.

Persona abusadora: utiliza premisas del discurso autoritario: Dueño, impune, es central, tiene el control, es la autoridad y sin confrontación.

Persona abusada: es incondicional, ama, no tiene (o abdica) de su poder, su valor está disminuido, hay disminución del registro del malestar.

Otro aporte valioso de esta terapeuta es su análisis de la terapia Sistémica y los errores en que se puede caer al tratar la violencia en los hogares:

- a) Tendemos a considerar a todos los sujetos, miembros de un mismo sistema familiar, como iguales jerárquicamente. Hemos de recordar que no todos tienen el mismo entrenamiento en el ejercicio del poder y el mismo acceso a los recursos sociales y económicos que habilitan para tal ejercicio.
- b) La terapia familiar sistémica propone tratar solo "lo que la familia trae como problema". "No vemos que no vemos" que los miembros de una familia no tienen igual capacidad de decidir y expresar lo que se define como problema.
- c) A veces, no vemos igualdad, pero creemos en el impacto similar. Por ejemplo, creemos que la distribución de tareas se desarrollan a partir de negociaciones y acuerdos. La noción de complementariedad puede hacer "no ver que no vemos" las diferencias jerárquicas. Los "femeninos" comúnmente están en el complemento inferior y los "masculinos" en el superior.

- d) Es fácil que tomemos partido por los valores familiares, con el riesgo de idealizar a "la familia" sin tener en cuenta las diferencias entre familias que cuidan a sus miembros y familias en que sus miembros están sufriendo serios perjuicios. Podemos "no ver que no vemos" los peligros de defender la estructura por la estructura misma.
- e) Los terapeutas conocemos el beneficio secundario que conlleva un síntoma o una manifestación de incapacidad. Asimismo, sabemos que las acciones directas y lineales producen un efecto de presión y sostenemos la importancia de las retroacciones y las causalidades circulares. En fenómenos violentos, no podemos olvidar que en el presente, y mientras transcurre el tiempo de la retroacción (retroalimentación) se está produciendo un daño a la víctima. Así, necesitamos "ver" y enfrentar el malestar que nos produce su sufrimiento, para impedir los malos tratos.
- f) Siempre es más fácil enfrentar a quien se halla en la posición débil. En las situaciones de violencia familiar, los efectos antiéticos de culpabilizar a la víctima quedan enmascarados- para los terapeutas familiares- tras el éxito que implica haber conseguido convocar y mantener dentro de la estructura terapéutica al abusador, aunque para ello se haya tenido que no ver o silenciar las evidencias del abuso del poder. Ello conlleva el peligro de que las mismas mujeres dejen de lado su protesta y sigan sacrificando su bienestar personal a fin de conservar la "unión familiar."

En relación a la persona del abusador, Ravazzola (1997) dice:

El abusador es, siempre, parte importante del sistema familiar. Siempre necesita ayuda para cambiar. Y debe cambiar porque es responsable de sus actos.

Otras aportaciones para atender la violencia doméstica son las siguientes:

Echeburúa, Paz de Corral y Montalvo (en Echeburúa y Corral; 2002) en su programa de atención para víctimas y maltratadores hacen hincapie en no ser

parte del "silencio que mata:" enmudecer ante una realidad que no se desea ver; la violencia familiar.

Su programa está ceñido a la violencia en la pareja que, manifiestan, constituye el *componente nuclear del maltrato doméstico* y a partir del cual suele extenderse frecuentemente a otros miembros de la familia.

Como características de las víctimas de maltrato, ellos han encontrado que esta situación aversiva se tolera por razones económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás y el aislamiento) y familiares (la protección de los hijos). También intervienen algunas variables psicológicas como la minimización del problema como resultado de una cierta habituación a la situación de tensión: el miedo; la indefensión generada; la resistencia a reconocer el fracaso de la relación; el temor al futuro en soledad, etc.

Agregan que hay sesgos cognitivos tales como la vergüenza a relatar conductas degradantes o la creencia de que la violencia familiar atañe solo al ámbito de lo privado, lo que además retrasará la búsqueda de ayuda terapéutica. Y finalmente, características de personalidad tales como baja autoestima, asertividad deficiente y capacidad escasa de iniciativa, lo que facilita la cronificación del problema y la adopción de conductas de sumisión, reforzadas por la evitación de consecuencias desagradables (bofetadas, broncas, humillaciones, etc.).

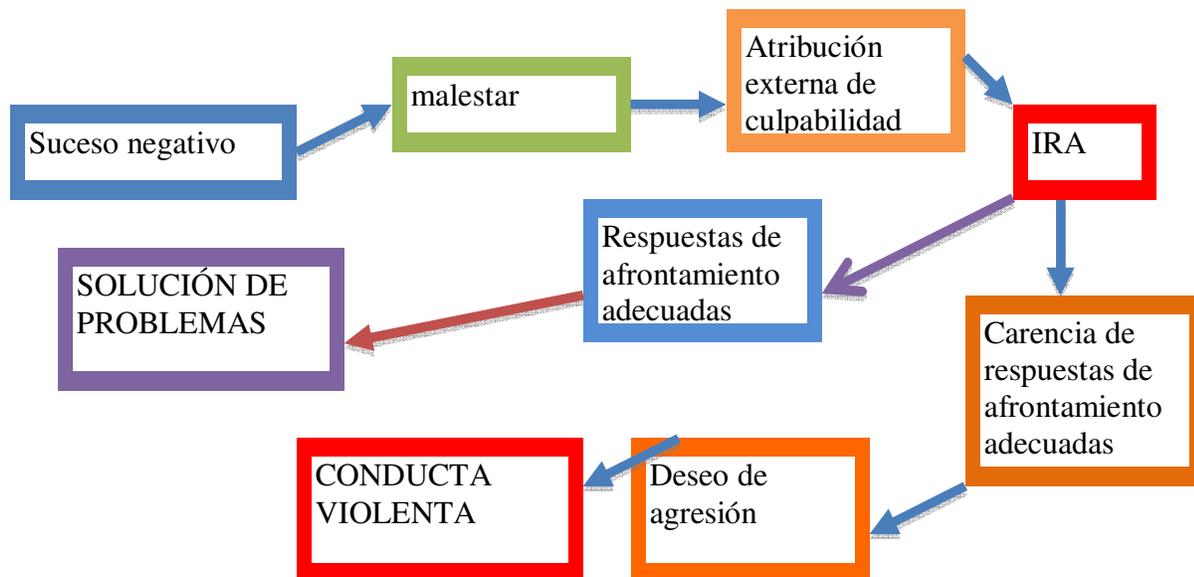
Los autores hacen hincapié en el hecho de que puede haber síntomas psicopatológicos en las víctimas, con o sin estrés postraumático y que ello es secuela de la violencia vivida.

Su programa consiste en sesiones individuales (9) y grupales (8) formando un total de 17 sesiones, cubiertas en 12 semanas.

Por otro lado mencionan que la conducta violenta en el hogar es resultado de un estado emocional intenso -la ira- que interactúa con actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo

abusivo de alcohol, celos, etc.) así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima.

SECUENCIA DE COMPORTAMIENTO VIOLENTO:



Cuando la víctima continúa viviendo con su pareja, dicen los autores de este programa, la terapia recibida por ella es necesaria pero insuficiente si no se actúa simultáneamente sobre el agresor. En caso contrario, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (hijos pequeños, comúnmente). Por este motivo, agregan, un tratamiento integral del maltrato doméstico debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque continúe viviendo con la víctima o porque, si se separan, pueda reincidir con otra mujer. En dicho tratamiento la prioridad será *evaluar*, el grado de peligrosidad actual del paciente y el nivel de motivación para el cambio (Corsi; 1995, en Echeburúa; 2002), ahí se trabajará el que los hombres asuman la responsabilidad por el daño producido a la mujer. Sólo desde esta perspectiva, aclaran, se puede iniciar un programa para el cambio.

Las intervenciones terapéuticas, en general, tienen como objetivo (habitualmente en un marco grupal de 10 a 15 sesiones con 1 ó 2 terapeutas varones), enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar los hábitos de bebida, reevaluar los sesgos cognitivos, diseñar estrategias de solución de problemas, entrenar en relajación y habilidades de comunicación y enseñar técnicas de afrontamiento de la ira y de control de los impulsos. Algunas sesiones (las relacionadas con las habilidades de comunicación) se han realizado, en una fase avanzada de la terapia, con la pareja, cuando el caso concreto lo ha requerido y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento hasta ese momento ha sido positivo. Un peligro en estos temas, dicen los autores, es conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja. Con este programa, los autores obtuvieron, al terminar el tratamiento, una tasa de éxitos del 81 % de los casos, que se redujo al 69% en el seguimiento de los 3 meses.

Sin embargo, a decir de Echeburúa y Corral (2002) el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia, siendo que las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida. Como factores asociados al éxito terapéutico se encuentran los siguientes: edad del maltratador, situación económica desahogada, comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja.

Un aporte importante en este sentido, nos es brindado por Ramírez (2000) quién colaboró para fundar en México el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias A. C. (CORIAC) y que actualmente da asesoría a grupos de varones que quieren erradicar su violencia. Su modelo de atención tiene como premisa fundamental que la violencia que ejerce el varón hacia su esposa es por una cuestión de género y roles que a éste se atribuyen.

Su *intervención* consiste de los siguientes pasos:

- ✓ Cuestionarios reflexivos para el varón

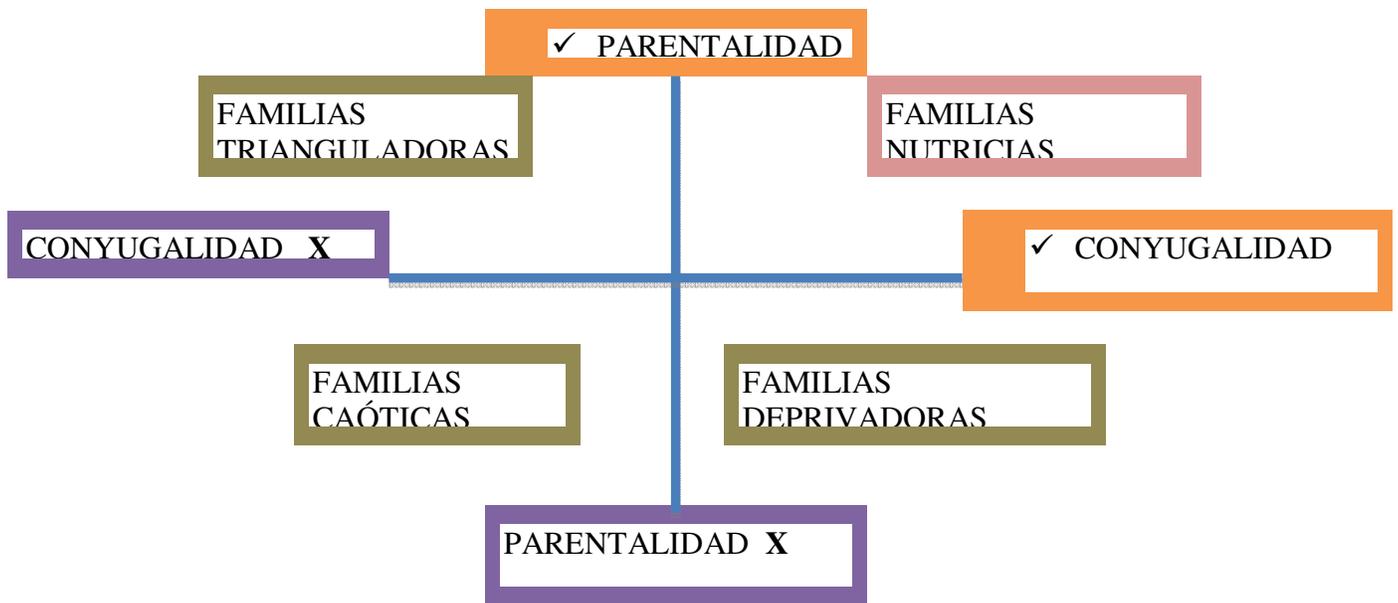
- ✓ Conocimiento de "las mascararas" o "autoridades" que usa el varón.
- ✓ Uso de la primera persona, al hablar.
- ✓ Asunción de responsabilidad de los propios actos
- ✓ Análisis de eventos violentos, inicio, suceso y posterior a éste.
- ✓ Acciones de autogestión para erradicar la violencia

Esto aunado a 5 procesos, con sus respectivos pasos, que son: el proceso de cambio, la construcción de la equidad, una nueva identidad, una nueva relación y soluciones. Todo ello encaminado hacia la meta: Que el varón logre auto conocimiento, auto dependencia y auto dominio y de esta manera logre una masculinidad más plena y con todos sus recursos, sin necesidad de la violencia.

Donde, por medio de apoyo y educación alcance relaciones armoniosas (íntimas, democráticas, con equidad y justicia) con el medio circundante en general y con las relaciones afectivas en particular.

Hablando de formas de maltrato a los menores, Linares (2002) define varios tipos de triangulación, además de la negligencia. Donde, triangular a los hijos se refiere a, hacerlos partícipes en los juegos relacionales disfuncionales de sus padres. Implicándolos en las tentativas de resolución de los conflictos conyugales paternos. En este sentido, Linares también hace referencia al divorcio, donde, dice, quienes dificultan éste habiendo interacciones insalubres se vuelven cómplices del maltrato. Agrega, cuando la pareja parental funciona para el odio, mostrándose incapaz de resolver armoniosamente los conflictos, su disolución civilizada es un beneficio para la salud mental de los niños, sea cual sea su edad.

A continuación se puede ver como, desde la perspectiva de Linares (2000) funcionan las familias para sus miembros, ubicando el estado en que se encuentran las relaciones de parentalidad y conyugalidad.



Respecto al tratamiento Linares advierte que si una mujer se queja de que su marido la golpea, ante todo hay que creerle y ayudarla a protegerse y hace diferencia con el maltrato psicológico, donde, dice, denunciarlo es ya una defensa eficaz. Asimismo, advierte, si existiendo no hay queja de éste, la persona puede estar en peligro. El maltrato psicológico, enfatiza, nunca debe ser minimizado.

Así, en terapia, él indica interrumpir la secuencia maltratadora y, simultáneamente, poner en marcha un proceso reparador. Para ello él ubica la terapia familiar como la opción más indicada ya que estamos hablando de pautas relacionales disfuncionales que se desencadenan y se desarrollan principalmente en el contexto de la familia. De modo tal que se buscará estimular el desarrollo de sus funciones nutricias, protectoras y educativas, para facilitar los sentimientos de pertenencia de modo que propicien la maduración y la autonomía de sus miembros.

Si existen situaciones de abuso de poder y maltrato manifiesto que ponen en peligro la salud de quienes los sufren, el terapeuta trabajará para que cesen cuanto antes, sin perder de vista que, en una familia, el malestar y el sufrimiento se comparten y que quienes los causan también suelen ser personas necesitadas de ayuda psicológica.

De nuevo, sin ser exhaustivos, la anterior revisión nos permite reflexionar y allegarnos de elementos para poder trabajar más adecuadamente con las familias que nos consulten aunque, en sus interacciones, haya violencia. En este sentido me parece que como terapeutas familiares tenemos una fuerte responsabilidad para con nuestros consultantes, debiendo entonces allegarnos de un amplio bagaje teórico - práctico para intervenir y poder apoyarles en superar crisis, dificultades, cambios, pero también de una consciencia y conocimiento del contexto socio – político en que vivimos así como de una característica aprendida del ser humano que existe y causa daños: la violencia, la cual es usada para dominar y someter a los débiles. Llámense personas con discapacidad, mujeres, niños, ancianos o incluso, hombres.

Lo anterior aunado al conocimiento de las leyes de nuestro país, con sus consiguientes deberes y responsabilidades. La incorporación de una ética profesional cuidadosamente seguida y una actualización y revisión constante de nuestra labor.

2. Análisis del Sistema Terapéutico Total

La Universidad Nacional Autónoma de México, plantel Ciudad Universitaria, nos brindó 3 sedes para la práctica clínica, el Centro “Dávila”, el “Mac Gregor” y el Hospital Psiquiátrico “Navarro”. Nosotros podíamos elegir acudir al Hospital o no, de acuerdo a nuestros tiempos y distancias. Los Centros que no eran a elección eran el Dávila y el Mac Gregor.

Yo atendí pacientes en estos últimos y no en el Hospital.

En ambos centros el formato de las sesiones era con pre-sesión, inter-sesión y post-sesión. A veces se eliminaba alguno de estos espacios por cuestión de tiempo (varios pacientes a atender) o por que durante la sesión se consideraba no necesario hacer inter-sesión.

El contexto del Centro Dávila tiene más o menos la siguiente organización:

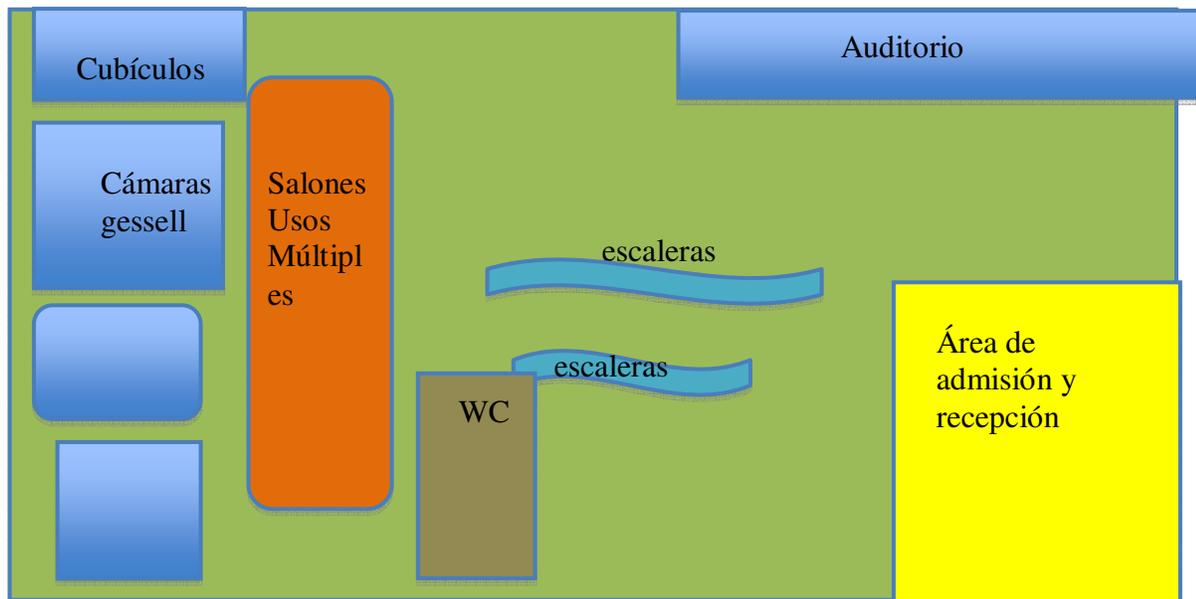


El sistema terapéutico generalmente se encontraba conformado por:

- 9 Residentes
- Un supervisor o supervisora
- Los dos primeros ubicados en la Cámara de Gessell, pudiendo seguir la sesión a través del espejo o en la pantalla (colocada enfrente del espejo, en el muro). Los dos segundos en un cubículo contiguo, amplio si era en el Centro Dávila, pequeño si era en el Centro Mac Gregor.
- Asimismo el o la terapeuta o los co-terapeutas
- Los clientes

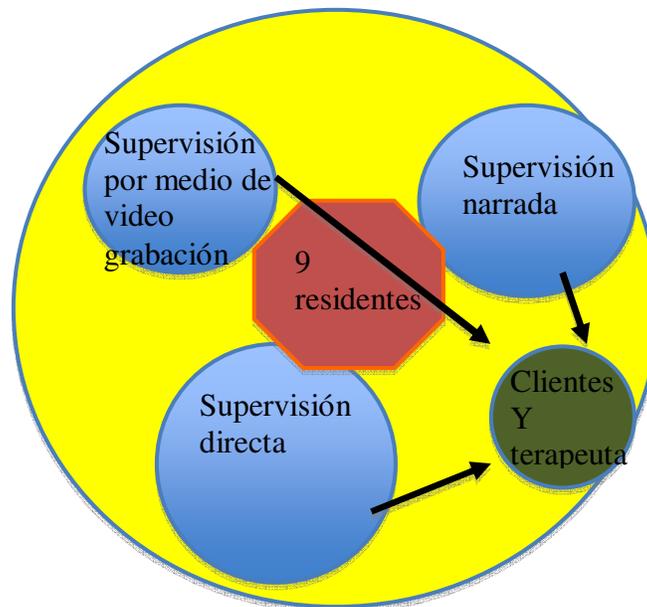
Había sesiones donde no estaban los 9 residentes, esto debido a que algunos compañeros debían ir al hospital Psiquiátrico mientras otros íbamos al Centro Mac Gregor.

Este último Centro tiene, más o menos, la siguiente apariencia:



De esta manera, el sistema terapéutico que llegamos a formar estaba incluido en un contexto más amplio que es nuestra Universidad, las Sedes clínicas, el personal académico y administrativo de los dos anteriores, y estos a su vez, insertos en nuestro país con su ideosincracia, México.

Sistema Terapéutico con que comunmente contábamos:



Donde un solo caso solía ser revisado, analizado, comentado, en diferentes supervisiones y con diferentes supervisores, lo que enriquecía al proceso, permitiendo nuevas ideas y diferentes perspectivas aunque, la supervisión

constante y segura para cada caso, siempre fue la que se dio tras el espejo con un supervisor o supervisora, siempre el mismo, durante al menos un semestre.

Sistema Terapéutico:

Es importante recordar que de acuerdo al bagaje teórico conceptual que uno tenga, definirá a a todo aquello y aquellos que intervienen en éste. De hecho, al considerar *el sistema* como tal, ya habla de la concepción que, en este caso, yo sigo. Veamos:

Sistema terapéutico; sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas (como mínimo, un cliente y un terapeuta) generan significados. Individuos interrelacionados a través del lenguaje. Sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos (Anderson; 1999).

El o los clientes:

Aquella persona o grupo de personas, que pueden tener lazos consanguíneos o no y que acuden a buscar terapia.

Las personas buscan terapia, usualmente, por que han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida del sentido de autonomía, como individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional. Han perdido la capacidad de dialogar y la fe en sus posibilidades de resolver con eficacia sus problemas; han perdido el sentido de competencia y de dominio de sí mismos. Suelen venir por que "tienen un problema" lo cual se puede entender como un dilema o situación vital que les lleva a buscar ayuda. En terapia "el problema" se puede disolver (Anderson; 1999).

Los clientes son personas que en un espacio terapéutico pueden apartarse de los modos de vida y pensamiento que, según ellos, empobrece sus propias vidas y las vidas de los demás. Pueden encontrar en este espacio también la curiosidad para analizar versiones alternativas (White; 2004).

Los terapeutas:

Profesionales formados en el área de la salud mental, comunmente psicólogos. Su labor consistirá en ayudar a la gente a que tenga el coraje y la capacidad de “moverse entre las cosas y sucesos en el mundo”, promoveran que alcancen *una perspectiva clara* para tomar sus decisiones. El o la terapeuta puede poner su capacidad para crear un espacio dialógico y facilitarlo, donde será conveniente que una terapeuta refrene su impulso a controlar o imponer una comprensión superior, buscando asimismo crear soluciones decididas con mutualidad. Es una persona dispuesta a ser informada y que se despoja de poder para permitir que los clientes retomen el suyo propio (Anderson; 1999).

Terapeuta es aquel que en el espacio terapéutico favorece la percepción de un mundo cambiante, mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal. Promueve la generación de perspectivas múltiples y tiene una postura reflexiva (White y Epston; 1993).

Terapeuta es aquel que colabora para desconstruir el saber de los expertos, considerándose a si mismo coautor de otros conceptos y prácticas, realizando un esfuerzo concertado a fin de establecer un contexto en el cual las personas que buscan ayuda terapéutica tengan el privilegio de ser los autores primarios de esos conceptos y prácticas (White; 2004).

Terapia:

Un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas – una búsqueda conjunta de posibilidades. Es un espacio donde se facilite que las situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades (Anderson; 1999).

Es asimismo un espacio donde tienen la máxima importancia las vivencias de las personas. Ahí se procurará usar el lenguaje coloquial para fomentar la autoría y re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona, contando y volviendo a contar la propia historia (White y Epston; 1993).

Es un lugar donde las prácticas de poder familiares de desconstruyen por medio de externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas (White; 2004).

El equipo terapéutico:

Terapeutas que se ubican tras el espejo, comunmente. En el pasado o de acuerdo a ciertas teorías, se mantienen ahí y envían, por medio del o la terapeuta, mensajes a los clientes. Asimismo colaboran con el terapeuta a crear hipótesis, estrategias, tareas, etc. En el enfoque posmoderno, este equipo además suele pasar al otro lado del espejo, con el o la terapeuta y los clientes. En este lugar, los miembros del equipo suelen hacer públicos sus pensamientos en relación a lo que se está tratando en la terapia. En este sentido existen diferentes formatos de equipo terapéutico, uno de ellos es el reflexivo, creado por Andersen y sus colegas (Andersen; 1987) el cual tiene similitud con el usado por Anderson y Goolishian en el enfoque colaborativo. En ambos se cuida la integridad de las personas. Se invita a la expresión de múltiples voces y es posible también, que el propio terapeuta haga públicos sus pensamientos (Anderson; 1999).

El o la supervisora:

Suele ser un profesional que ha ejercido la labor de terapeuta y acompaña en su formación a nuevos terapeutas. Como la psicología, la terapia y muchas cosas más, el papel de la o el supervisor ha evolucionado. En el caso de la Terapia familiar, desde una postura "moderna" a una "posmoderna". Dentro de esta última un supervisor verá el proceso de entrenamiento como una actividad dialógica, una exploración conjunta, donde el sistema de supervisión es un sistema generador de significados, donde supervisor y supervisado crean significados a través de sus conversaciones. El o la supervisora procurará un contexto donde se permita el aprendizaje y el cambio (Tarragona; 1999).

El o la supervisora procurará un espacio donde el terapeuta pueda romper con "conversaciones internalizadas" (White; 1997, en Tarragona; 1999) sobre la terapia, que tiendan a ubicar las dificultades en su propia identidad o en la

identidad de sus clientes. Lo anterior se logra mediante entrevistas al terapeuta, centrándose en su experiencia de modo que se exploren las habilidades y conocimientos que se hayan dejado de lado dentro de una visión negativa de sí mismo.

En general, puedo decir que la mayoría de los sistemas terapéuticos, de los que fui parte en la Residencia, fueron excelentes. Conté, en su mayoría, con supervisores y supervisoras con amplia experiencia terapéutica y académica además de ser gente que promovía el crecimiento, el aprendizaje, la comunicación y la colaboración. Por otro lado, tuve la fortuna de encontrar un grupo de compañeros también excelentes, todos con diversas experiencias profesionales y de vida, que enriquecieron, no solo los casos, sino también y quizás principalmente, mi vida. Estos dos elementos, maestros y compañeros, desde mi perspectiva, tuvimos la oportunidad de aprender y crecer en un ambiente de respeto, colaboración y comunicación. Finalmente, el otro elemento, los clientes, nos dieron la oportunidad de atenderles, acompañarlos en su camino por la vida, aprender y, en mi caso, con las personas que yo atendí siendo terapeuta o coterapeuta, lograr una relación de colaboración, co-responsabilidad e incluso de estima mutua.

3. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.1. Reporte de Investigación Cuantitativa

La investigación se titula *Desarrollo de una Escala de Inteligencia Emocional* y fue realizada por Regina López Silva, Susana López Espinosa y Fania Delgado, bajo la supervisión de la Dra. Dolores Mercado.

3.1.1. Resumen

Planteamiento Antecedentes

Existen dos modelos principales que tratan de explicar la relación entre inteligencia y emoción. Estos modelos son el Modelo de habilidades y el Mixto. Los principales representantes del modelo de tipo habilidad son Mayer y Salovey y de los modelos mixtos son Bar-on (1997) y Goleman (1996).

Debido a la poca cantidad en México de instrumentos prácticos para la evaluación de la Inteligencia Emocional según la teoría de Goleman, se desarrollo una escala para su medición.

Goleman (1995) define la Inteligencia Emocional como las habilidades que permiten tener éxito en la vida, construir relaciones interpersonales fuertes, tener desarrollo personal, vivir bien, tener la capacidad de enfrentar contratiempos, superar obstáculos y ver las dificultades bajo una óptica distinta.

Se elige el Modelo de Goleman (1996) como marco teórico para la presente investigación dado que explica, entre otras cosas, las diferencias interindividuales e intraindividuales en las áreas, habilidades o competencias de la I. E.

Originalmente Goleman (1996) crea un modelo dividido en cuatro áreas:

Autoconocimiento, Conocimiento Social, Autocontrol y Herramientas Sociales. A través del tiempo Goleman mejora su modelo y crea lo que llamó el Modelo de Competencias Emocionales el cual incluye cinco competencias (Goleman, 1998):

a) *El conocimiento de las propias emociones o conciencia de uno mismo;*

Es la conciencia de nuestros propios estados internos, recursos e intuiciones, dentro de la que se encuentran:

- *Conciencia emocional:* reconocer las propias emociones y efectos.
- *Valoración adecuada de uno mismo:* conocer las propias fortalezas y debilidades.
- *Confianza en uno mismo:* seguridad en la valoración que hacemos sobre nosotros mismos y sobre nuestras capacidades.

b) *La capacidad de controlar las emociones o autorregulación:*

Es el control de nuestros estados, impulsos y recursos internos, aquí se incluyen:

- *Autocontrol:* capacidad de manejar adecuadamente las emociones y los impulsos conflictivos.
- *Confiabilidad:* fidelidad al criterio de sinceridad e integridad.
- *Integridad:* asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal.
- *Adaptabilidad:* flexibilidad para afrontar los cambios.
- *Innovación:* sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información.

c) *La capacidad de motivarse a uno mismo o automotivación;*

Son tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de nuestros objetivos e incluyen:

- *Motivación de logro:* esforzarse por mejorar o satisfacer un determinado criterio de excelencia.
- *Compromiso:* seguir los objetivos de un grupo u organización.
- *Iniciativa:* prontitud para actuar cuando se presenta la ocasión.

- *Optimismo:* persistencia en la consecución de los objetivos a pesar de los obstáculos y los contratiempos.

d) El reconocimiento de las emociones ajenas o competencia social:

Lo cual determina el modo en que nos relacionamos con los demás, aquí se encuentran:

- *Empatía:* conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.
- *Comprensión de los demás:* tener la capacidad de captar los sentimientos y los puntos de vista de otras personas e interesarnos activamente por las cosas que les preocupan.
- *Orientación hacia el servicio:* anticiparse, reconocer y satisfacer las necesidades de los otros.
- *Aprovechamiento de la diversidad:* aprovechar las oportunidades que nos brindan los diferentes tipos de personas.
- *Conciencia política:* capacidad de darse cuenta de las corrientes emocionales y de las relaciones de poder subyacentes en un grupo.

e) El manejo de las relaciones o habilidades sociales;

Es la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás e incluye:

- *Influencia:* utilizar tácticas de persuasión eficaces.
- *Comunicación:* emitir mensajes claros y convincentes.
- *Liderazgo:* inspirar y dirigir a grupos y personas.
- *Catalización del cambio:* iniciar o dirigir los cambios.
- *Resolución de conflictos:* capacidad de negociar y resolver conflictos.
- *Colaboración y cooperación:* ser capaces de trabajar con los demás en la consecución de una meta común.
- *Habilidades de equipo:* ser capaces de crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas.

Método

Inicialmente se elaboraron 110 reactivos, 22 de cada una de las 5 habilidades que conforman la Inteligencia Emocional: Autoconocimiento, Autocontrol, Automotivación, Empatía y Habilidades Sociales.

La escala compuesta por 110 ítems se aplicó personalmente a 20 individuos, de tal forma que pudieran ir manifestando sus dudas o comentarios sobre los reactivos. Se pudo notar así que 5 reactivos eran confusos por lo que se eliminaron.

Como siguiente paso, los reactivos restantes se llevaron a 14 expertos en Inteligencia Emocional en las áreas de investigación, cátedra o clínica. Los jueces debían clasificar los reactivos dentro de una de las habilidades correspondientes. Los reactivos que no tuvieron más de un 75% de acuerdo entre jueces, sobre la habilidad que medían, fueron eliminados. Quedaron descartados así 30 de modo tal que la escala se redujo a 75 ítems.

Esta escala de 75 reactivos fue aplicada a 300 sujetos, mayores de 18 años, con diferente escolaridad y procedentes de diversos contextos sociales. Dentro de estos 300, 50 personas eran solicitantes de terapia en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM (G. Dávila) por problemas interpersonales o reclusos. Se tenía así la hipótesis de que estas personas poseían una baja inteligencia emocional.

Los análisis estadísticos realizados fueron:

- Análisis de frecuencias y determinación de normalidad: con los que fueron retirados 10 reactivos.
- Análisis factorial (con reactivos restantes del análisis anterior), que distribuyó los reactivos en 3 factores: Autoconocimiento, Autocontrol y Empatía y 22 reactivos quedaron fuera de cualquier factor.

- La prueba t entre el grupo de Inteligencia Emocional normal e inteligencia emocional baja y se eliminaron 4 reactivos que no discriminaron entre grupos.
- Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, para los 35 reactivos que quedaron.

Finalmente, se establecieron límites o cortes de normalidad con lo que se obtuvieron rangos para la calificación de la escala y cada sub-escala.

Resultados

La escala originalmente compuesta por 110 reactivos y que pretendía medir las 5 habilidades de la Inteligencia Emocional, según Goleman (1998), tras las pruebas y análisis estadísticos realizados se redujo a 35 reactivos los cuales permiten evaluar 3 habilidades que son: Autoconocimiento (13 reactivos), Autocontrol (12 reactivos) y Empatía (10 reactivos).

Es una escala que cuenta con **validez teórica** debido a la coincidencia de criterios encontrados entre la revisión teórica realizada y el Jueceo. Asimismo cuenta con **validez de criterio** ya que los 35 reactivos finales a través de la prueba t mostraron discriminar entre los grupos con inteligencia emocional alta y baja. La escala posee un factor de **confiabilidad** alto para las escalas y sub-escalas, quedando la escala total con un Alpha de **Cronbach de 0.87** y las sub-escalas de Autoconocimiento con 0.83, Autocontrol con 0.80 y Empatía con 0.81.

Otro resultado interesante que se obtuvo fue que, al convertir los puntajes obtenidos en las pruebas en valor z los sujetos que se presumía tenían Inteligencia Emocional Baja (personas que solicitaban ayuda en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM o se encontraban internos en un reclusorio) se ubicaron en rangos normales y bajos, mientras que la muestra con supuesta Inteligencia Emocional Normal en su mayoría se ubicaron en el rango normal y se distribuyeron equitativamente en los rangos altos y bajos.

Discusión

A diferencia de la propuesta de Goleman (1998) de medir la Inteligencia Emocional utilizando a un grupo de observadores que tenga alguna relación con la persona, más que preguntarle directamente a esta última, nuestra propuesta considera el auto-reporte como una opción complementaria a la medición del constructo, lo cual puede ser de gran utilidad para la aplicación masiva, con personas que se encuentran en internamiento o cuyas relaciones interpersonales sean deficientes. De la misma forma consideramos que, una prueba que cuenta con 35 reactivos permite una aplicación rápida, práctica y útil (ver Anexo I).

Originalmente el autor propone un Modelo de Competencias Emocionales que incluye cinco competencias, habilidades o áreas que son: Autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades sociales. Por lo mismo, la prueba fue diseñada tomando en cuenta estas 5 áreas. Sin embargo, a través del análisis factorial se obtuvieron para la muestra mexicana ubicada en el Distrito Federal únicamente 3 factores que son: Empatía, Autoconocimiento y Autocontrol, lo cual podría ser un precedente de que la Inteligencia Emocional en poblaciones mexicanas este compuesta por otras habilidades a diferencia de la propuesta de Goleman fundamentada en población estadounidense.

Asimismo en el proceso de validación algunos de los jueces consideraron, según otras teorías y su experiencia en México que las habilidades sociales no son un componente de la inteligencia emocional, sino un resultado conductual del grado de desarrollo de la misma.

A través del procedimiento de elaboración de la prueba se obtuvo la validez teórica, de criterio y un factor de confiabilidad alto para las escalas y sub-escalas lo cual indica que es una prueba que mide lo que pretende medir y puede discriminar

entre sujetos, con características similares a las de la muestra utilizada en el presente trabajo.

3.2 Reporte de Investigación Cualitativa

La investigación se titula "Violencia Intrafamiliar desde el Enfoque Sistémico: Una Terapeuta en Formación", realizada por Susana A. López Espinosa bajo la supervisión del Mtro. Ignacio Beltrán.

3.2.2. Resumen

Antecedentes

Ante la práctica profesional de la investigadora así como, revisando las estadísticas que hablan del alto índice de violencia que se vive en las familias, en especial la de género (del hombre hacia la mujer) y con la responsabilidad de atender a familias durante la formación como terapeuta familiar, surgen varios cuestionamientos tales como:

- ¿Cómo enfrenta la violencia familiar un terapeuta familiar (sistémico) en formación?
- ¿hay programas de entrenamiento en terapia familiar que cubran el tema de la violencia familiar?
- ¿Qué modelos de intervención existen para atender la Violencia Familiar?
- ¿hay modelos terapéuticos sistémicos de intervención para la Violencia Familiar?
- ¿La formación de terapeutas familiares y/o sistémicos, en la UNAM, nos brinda las herramientas para detectar y atender la violencia intrafamiliar?
- ¿Cómo se detecta la violencia intrafamiliar?
- ¿Que dicen las leyes respecto a la violencia intrafamiliar?
- ¿cómo puede enriquecerse la formación de los terapeutas familiares de tal modo que tengan herramientas suficientes para atender la violencia intrafamiliar?

Partiendo de lo anterior, se emprende tanto una revisión bibliográfica como la elaboración y aplicación de cuestionarios y entrevistas a terapeutas en formación de 1º. Y 3er. Semestre de la Residencia de Terapia Familiar de la UNAM, así como entrevista a una profesora de la misma Residencia y a un "facilitador" del Movimiento de Hombres por Relaciones Equitativas y Sin Violencia (MHORESVI, antes CORIAC) y se aplica un cuestionario a una terapeuta de CAVIDA-ILEF.

Se pudieron revisar así los modelos para atención de la violencia de Echeburúa, Paz de Corral y Montalvo (2002), de Antonio Ramírez (2000), de Cloe Madanes (1993), de Corsi (1994), de Perrone y Nannini (1997), de Ferreira (1996) y de Ravazzola (1997) entre otros, además de los propios de Terapia Familiar (no específicos para violencia) y las cuestiones legales respecto al tema.

Método

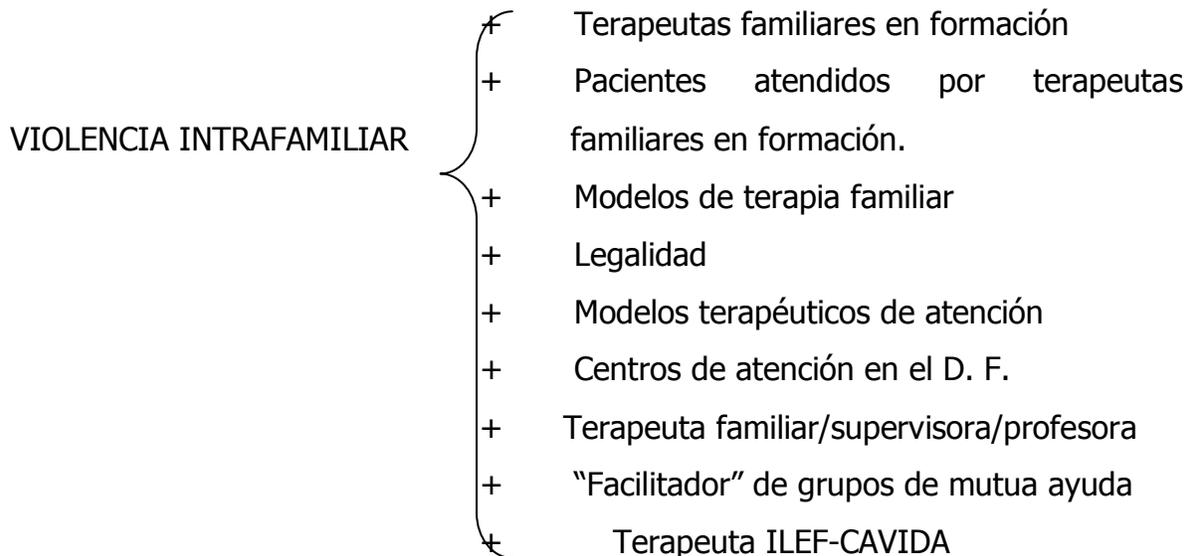
El método utilizado en esta investigación fue el cualitativo, haciendo uso de:

- *Estudio de caso instrumental*: donde se examina para proveer de insumos de conocimiento a algún tema o problema de investigación, refinar una teoría o aprender a trabajar con otros casos similares (Stake; 2000, en Sampieri; 2004).
- *La Observación participante* (Taylor y Bogdan; 1982; Reynaga; 2003) en las entrevistas abiertas, semiabiertas y como parte del equipo terapéutico así como fungiendo como Terapeuta.
- *Las Notas de Campo* (anotaciones acerca de lo visto, hablado, etc.)
- *Video grabaciones* (entrevistas y sesiones terapéuticas)
- *Comentarios del Observador*: registro de los sentimientos, interpretaciones, intuiciones, preconcepciones del investigador y áreas futuras de investigación.
- *La triangulación* (Taylor y Bogdan; 1987) para el análisis de los datos recabados.
- *Entrevista abierta* (Reynaga; 2003 y Sampieri; 2004) a informantes "clave" (expertos o "sujetos- tipo")

- *Entrevista semiabierta* (Reynaga; 2003) a terapeutas en formación.
- *Introspección* (Sampieri; 2004) al ir avanzando en mis casos terapéuticos, en mi formación como terapeuta, así como en la información obtenida.
- *Análisis semántico y de discursos cotidianos* (Sampieri; 2004) al analizar frases, comentarios, de pacientes atendidos por terapeutas en formación, así como intervenciones del terapeuta en cuestión.

Diseño

El diseño empleado fue *experimental o transversal*. para conocer acerca del fenómeno de la violencia intrafamiliar y su relación con diferentes cuestiones, tales como:



Variables:

Terapeutas familiares en formación: psicólogos titulados que cursan una maestría de Residencia en Terapia Familiar (cuya duración es de 4 semestres) en la Universidad Nacional Autónoma de México, Plantel Ciudad Universitaria.

Violencia Familiar: Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio

familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño. (Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar del Distrito Federal)

Modelos terapéuticos en el enfoque familiar: son maneras de atender terapéuticamente a los sistemas (familias, individuos o contextos más amplios) y que tienen como base teórica principal la Teoría General de Sistemas y la epistemología cibernética. Posteriormente han incluido entre sus conceptos las aportaciones de la Teoría de la Comunicación Humana. Estos modelos toman en cuenta las interrelaciones que se manifiestan en los grupos sociales. La conducta en interacción, el proceso de la retroalimentación y los procesos de cambio.

Legalidad: artículos pertenecientes al Código civil o penal o a una Ley de uso específico.

Universo y Muestra

Universo; personas que tienen o prevén tener relación con el fenómeno denominado "violencia intrafamiliar", de manera terapéutica.

Elección de la Muestra; no probabilística

1. Sujetos voluntarios: Personas que atienden o prevén atender terapéuticamente la violencia intrafamiliar y que permiten llevar a cabo una entrevista.
2. De expertos o sujetos-tipo:
 - A) personas que se dedican a formar a terapeutas familiares.
 - B) personas que trabajan en la atención de la violencia intrafamiliar, terapéuticamente.

Instrumentos

- ☑ Se elaboró un cuestionario para conocer la visión, conocimientos y opinión de terapeutas en formación, acerca de la violencia intrafamiliar y su formación como terapeutas, de 1º. Y 3er. Semestre, de la UNAM.
- ☑ Se modificó el 1er. cuestionario, una vez aplicado a 3 terapeutas en formación.
- ☑ Se usó la "entrevista semiestructurada" para ampliar información de quienes respondieron previamente a los cuestionarios: terapeutas en formación.
- ☑ Se usó la "entrevista abierta" para conversar con una supervisora y profesora, de la UNAM.
- ☑ Se usó la "entrevista abierta" para conocer el trabajo y experiencia de un "Facilitador" ((Movimiento de Hombres por Relaciones Equitativas Sin Violencia A. C. MHORESVI) que atiende la problemática de la violencia intrafamiliar en grupos de ayuda mutua, varones.
- ☑ Se elaboró un cuestionario abierto para una terapeuta familiar que atiende casos de violencia intrafamiliar en CAVIDA-ILEF.
- ☑ Se uso "entrevista abierta" para un abogado que pudiera informarme acerca del aspecto legal en relación a la violencia intrafamiliar.
- ☑ Se hizo seguimiento de casos (como miembro del "equipo terapéutico"), de pacientes que los compañeros, terapeutas en formación, de tercer semestre, atendieron. Ellos son analizados a la luz de lo revisado sobre violencia intrafamiliar.
- ☑ Se hizo análisis de casos (que atendí yo como terapeuta familiar en formación) con la información recabada en esta investigación.
- ☑ Se hizo análisis de todo el material obtenido (entrevistas, cuestionarios, casos, teoría, etc.) por medio del método de la Triangulación
- ☑ Se conocieron los programas de diferentes escuelas, que forman terapeutas.

- ☑ Se hizo introspección en relación a pacientes atendidos por mí, como terapeuta familiar en formación en la Residencia de Terapia Familiar, en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Resultados

Se analizaron sesiones de casos atendidos por terapeutas familiares en formación, incluidos los atendidos por la investigadora, a la luz de las premisas de los Modelos de Terapia familiar así como de los Modelos terapéuticos específicos para violencia intrafamiliar y de las entrevistas hechas a una Supervisora de la UNAM, a un "facilitador" de MHORESVI y a una terapeuta de CAVIDA. Asimismo se cotejó con lo escrito legalmente en relación a los temas analizados.

Discusión

Las hipótesis planteadas al iniciar esta investigación, fueron las siguientes:

1. Los terapeutas familiares en formación, de la UNAM, no conocemos suficientes herramientas y/o modelos terapéuticos para detectar y atender la violencia intrafamiliar.
2. El enfoque sistémico de terapia familiar es insuficiente y, en ciertos casos inadecuado, para atender la Violencia Intrafamiliar.
3. Los terapeutas en formación, de la UNAM, de la residencia de terapia familiar, desconocemos las cuestiones legales que se relacionan con la violencia intrafamiliar y su atención en terapia.

En general, sobre lo revisado y analizado (lecturas, entrevistas, cuestionarios, casos, análisis) las tres hipótesis fueron confirmadas. De aquí se desprende la sugerencia de hacer más investigación al respecto así como de revisar y en su caso ampliar la formación (currículo) de los terapeutas familiares.

Cabe mencionar que, la investigación hecha no tuvo la profundidad deseada, por ejemplo, no se analizaron las supervisiones y las herramientas sugeridas por los supervisores en cuestión. Tampoco se hizo seguimiento a los casos terminados

(por el paciente o por el terapeuta) ni se investigó la percepción de los pacientes acerca de la violencia y/o del tratamiento brindado. Tampoco se aplicó algún instrumento que permitiera detectar (de manera cuantificable) la vivencia de alguno de los tipos de violencia que se pueden presentar, en los pacientes atendidos. Asimismo, faltó profundizar en las herramientas que los modelos de terapia familiar nos proveen y su aplicación o no a la violencia intrafamiliar.

Por otro lado, la investigación sirvió para, además de reconocer cuan faltos estamos aún de herramientas y recursos para atender esta grave problemática (no solo los terapeutas familiares), para sugerir un Modelo de atención (y de formación del terapeuta sistémico) a los casos que viven violencia intrafamiliar (Anexo II).

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

4.1. Productos Tecnológicos.

4.1.1. Programa "Adolescencia y su Atención desde el modelo de Soluciones, en Terapia Familiar".

Una de las varias razones por la que las familias buscan terapia es por estar atravesando una crisis del desarrollo, que ocasionalmente puede presentarse una junto a otra, por ejemplo, en el caso de la adolescencia de los hijos que aparece junto con la edad madura (40-50) de los padres. Adultos que pueden estar atravesando cambios en lo hormonal, en su relación conyugal y en ocasiones también en la laboral, entre otros. Así, estos adultos se encuentran con sus propia problemática aunado a que descubren que sus hijos crecieron y les desconocen o no les comprenden o inician a tener diversos conflictos con ellos. Algunas situaciones propias de la adolescencia o comunes en la relación padres – hijos, son:

- Hijos que atraviesan por cambios, físicos, sociales y psicológicos.
- Hijos que evitan la compañía de sus padres y en su lugar prefieren la de sus pares.

- Hijos que inician a tener prácticas diversas (sexual, drogas, alcohol, autos, motos).
- Hijos que se rebelan, ya no simplemente obedecen.
- Dificultad de los padres para comunicarse con sus hijos, así como para poner límites, dar responsabilidades y hacer cambios en las libertades.

De tal forma que, estas familias sin tener en ocasiones, problemas mayores, acuden a tratamiento terapéutico. En otros casos, por que la problemática realmente ya creció, por ejemplo con límites difusos en la educación o embarazos precoces, adicciones, sexualidad irresponsable, intentos de suicidio, manejo automovilístico irresponsable, etc.

De esta manera se consideró que todo terapeuta que atiende familias, debe estar familiarizado con aquello que atañe a la adolescencia, así como a la problemática que se puede presentar entre hijos que cruzan esta etapa y sus padres y finalmente, con maneras de atender a estas familias, viendo la crisis normal como tal y las dificultades como resolubles, para lo que se consideró muy conveniente el enfoque de Soluciones de Terapia Familiar.

Por lo anterior, se diseñó un taller dirigido a psicólogos, cuyo objetivo es que se sensibilicen ante la etapa del crecimiento denominada Adolescencia, así como con algunas de sus problemáticas y conflictos que se viven a nivel familiar. Asimismo, que se familiaricen con el enfoque terapéutico Sistémico Familiar, que conozcan algunos de sus modelos y principalmente que identifiquen el Modelo de Soluciones (De Shazer; 1986, O'Hanlon y Weiner-Davis; 1990) así como el específico para "Adolescentes con problemas", de Selekman (1996).

El mencionado taller tiene como material 5 cartas descriptivas que se llevan a cabo en el transcurso de 15 horas, divididas en 5 sesiones y que especifican las actividades a realizar, los materiales requeridos, los objetivos a lograr (Anexo III). Asimismo, una presentación en power point consistente en 50 diapositivas. Dentro del taller está contemplada la exposición de un caso para su análisis así como para que se puedan comprender las intervenciones hechas y los resultados obtenidos.

4.1.2. Tríptico: Leyes/ Psicología/ Violencia intrafamiliar.

En general, en la práctica profesional, siempre me pareció que era importante conocer acerca de nuestras leyes para ejercer de una mejor manera la psicología: saber a qué tengo derecho como profesionista, a qué tiene derecho el cliente, cuáles son las responsabilidades de ambos, qué sucede o qué se debe hacer en casos donde se percata el terapeuta que se está infligiendo la ley de alguna manera, así como en aquellos casos, difíciles y complejos donde aquellos que nos consultan requieren proceder legalmente, etc.

Una vez en la Residencia, con mi preocupación acerca del tema de la Violencia que se presenta en los hogares, identificando que mis compañeros y yo, conocíamos poco de leyes y, finalmente, viendo que nos estaban tocando casos que vivían violencia, renació en mi el deseo de conocer más sobre las leyes, obligaciones y responsabilidades. Así, decidí hacer un tríptico, el cual me parece es algo práctico y que de manera rápida brinda información importante a los psicólogos. Dicho tríptico no pretendió agotar el tema de la legalidad y su relación con la violencia intrafamiliar por un lado, así como con la práctica psicoterapéutica por el otro. Se elaboró con la intención de dar información acerca de algunos aspectos de la ley, que tienen que ver con la práctica clínica. Se pretendió con ello además, suscitar el interés en los psicólogos por conocer o aumentar los conocimientos acerca de nuestras leyes en general (que hemos de cumplir y que nos deben proteger como ciudadanos mexicanos) así como en lo particular, lo que tiene que ver con violencia intrafamiliar o doméstica, en México. Asimismo, ubicar los organismos de que dispone el gobierno para coadyuvar con esta problemática y, por último, motivar para que todos, como personas, miembros de una familia y profesionales de la salud, nos involucremos en la mejora de nuestras leyes, su conocimiento, su propagación y su cumplimiento (Anexo IV y V).

4.2. Programas de Intervención Comunitaria

4.2.1 Taller: "¿Hiperactivo? Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Diagnósticos y Etiquetas"

El trabajo de intervención comunitaria fue realizado por Susana A. López Espinosa y Arturo Sirgo, bajo la supervisión de la Mtra. Silvia Vite San Pedro.

Se eligió el tema del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad debido a que el personal de una escuela presentó a los expositores la necesidad de que se capacitara tanto a maestros como a padres de familia en cuanto al mismo. Utilizamos conceptos relacionados con la Residencia en Terapia Familiar tales como la dinámica familiar en los niños con TDAH, y la construcción social del trastorno y sus consecuencias. A continuación se hará una breve presentación del taller y una descripción de la experiencia:

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

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

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

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

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

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

5. Objetivos:

- Dar acceso a los participantes respecto a la información relevante del TDA (H).
- Visualizar el TDA (H) como un fenómeno donde participan médicos, terapeutas, la familia y el ambiente escolar.
- Observar la inmensa influencia que tiene la sociedad acerca de lo que es "correcto" e "incorrecto" (acciones y conceptos) y cómo esos valores pueden afectar a un niño.
- Poder diferenciar entre TDA(H) y desarrollo normal.
- Construir, junto con el grupo, una "guía de acción" para poder convivir de una mejor manera con los hijos (o alumnos, en el caso de los maestros), independientemente de si tienen TDA(H) o no.

6. Contenidos. A partir del material incluido en el Marco Teórico, quedó de la siguiente manera:

a) ¿Qué es el TDAH?

- Descripción general
- TDA con "H" y sin "H"
- Etiología y prevalencia

b) Diagnóstico y tratamiento

- Médico
- Psicológico

c) Variables sociales

- ¿TDAH? Como el problema "de moda"
- Etiquetas y saturación del diagnóstico

d) ¿Qué hacer?

- Guía para padres
- Guía para maestros

7. Material de apoyo. A lo largo del taller se hizo uso de los siguientes materiales; Brindados por la escuela:

- Salón amplio de la Escuela primaria. Contiene aproximadamente 20 bancas dobles. Sillas.
- Salón "Enciclomedia", el cual contiene un pizarrón que funciona como pantalla, un proyector y una computadora.

Elaborados y brindados por los talleristas:

- Presentación en Power Point.
- Tríptico/invitación al taller (anexo VI y VII)
- Cartas descriptivas/ taller padres (anexo VIII)
- Carta descriptiva/taller maestros (anexo IX)
- Manual del Participante
- Manual del Expositor
- Hojas blancas y plumas o lápices.
- Pelota
- Hojas de Evaluación

8. Contacto inicial. Con respecto a cómo se hizo el enlace con esta escuela, esto fue porque Arturo Sirgo conocía a la Mtra. Yoxana Chavarría Zaldivar, quien trabaja en el sistema USAER de la escuela General Felipe Ángeles y al comentarle que preparábamos un taller sobre TDAH para padres y profesores (otra primaria lo había solicitado, pero posteriormente no se pudieron concertar fechas para llevarlo a cabo) se mostró muy interesada. Ella nos contactó con la Directora de la escuela, en una primera visita que se hizo al plantel y se acordaron días, horas y lugar. En relación a los profesores, la Directora de la Escuela Felipe Ángeles, considerando que el tema a tratar era importante para los profesores, se contactó con la

Directora de la primaria Cuicuilco e invitó a su plantilla de profesores. La Directora en cuestión, gustosa aceptó. Ambas directoras convocaron asimismo a la supervisora de la zona escolar, quien también aceptó y estuvo presente en nuestra sesión.

9. Promoción. Para llevar a cabo la promoción del taller, el personal de la escuela, por cuestiones institucionales, repartió citatorios a los padres de familia que ellos pensaban podrían estar interesados en el tema. Asimismo, se repartió un tríptico (elaborado por los expositores) a padres de familia a la hora de la salida de los niños, unos días antes de la realización de la primer sesión.

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

En la segunda sesión hablamos de la construcción social del TDAH y del uso de etiquetas, el cual lleva en muchas ocasiones a una sobre explotación del diagnóstico del TDAH. Esta sesión fue mucho más dinámica que la primera, con movimiento y actividades para los asistentes, quienes reflexionaron profundamente sobre la utilización del término "TDAH". Además, lograron observar la importancia de las etiquetas en la forma en como nos relacionamos con los demás. Esta sesión representó un bonito cambio de ritmo, de las especificaciones técnicas a la

reflexión y participación; además, complementó muy bien con el primer tema y se logró obtener una visión mucho más global del problema.

En la tercera sesión se habló de lo que se puede hacer con los niños "inquietos", independientemente de si es o no "oficialmente" TDAH. Se logró complementar el material que llevamos con las opiniones e inquietudes de los padres de familia.

En general, nos sentimos muy a gusto con estas tres sesiones, y fuimos bien evaluados por los padres, quienes pidieron más actividades como esta.

Para finalizar, hicimos una cuarta sesión con los maestros, la cual fue divertida y llena de actividades. En esta última sesión tuvimos necesidad de comprimir el material de tres sesiones en una sola, pero de manejar más dinámica y participativa.

11. *Conclusión.* Con este taller nos sentimos (Arturo y Susana) muy a gusto trabajando juntos (lo pudimos hablar y expresar en grupo) y complementamos de manera muy interesante nuestros intereses, conocimientos y puntos de vista respecto al TDAH, ya que logramos conjuntar lo médico con la construcción social, lo más tradicional con lo posmoderno. Fue una experiencia muy enriquecedora para nosotros así como para padres y maestros, quienes reportaron estar satisfechos con el material impartido.

12. *Mi visión respecto al tema.* Como he comentado, uno de mis empleos fue en una escuela primaria. Ahí me pude percatar del uso indiscriminado del concepto "niño hiperactivo". Asimismo lo constaté en pláticas con padres de familia o con amistades que tenían niños pequeños. Cada vez que pude, les hablé de desarrollo normal del niño, sus características, el estrés que se vive en esta ciudad (los niños también lo sufren) y otras circunstancias de la vida que los pueden poner ansiosos o inquietos. Asimismo de la necesidad de los menores de moverse, actuar, ejercitarse así como de su inagotable energía (común en los niños y niñas sanos).

Al leer respecto al tema, me pude percatar de que, a pesar de ser considerado un trastorno (por déficit de atención con hiperactividad) en El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM - IV, la situación actual para el diagnóstico de este Trastorno, no es fácil. Así por ejemplo, el mencionado texto dice:

Hallazgos de laboratorio. No hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En algunos grupos de sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se ha observado que ciertas pruebas que requieren procesamiento mental persistente ponen de manifiesto rendimientos anómalos en comparación con sujetos de control, pero todavía no está definido qué déficit cognoscitivo fundamental es responsable de este fenómeno.

Curso

La mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños, coincidiendo frecuentemente con el desarrollo de la locomoción independiente. Sin embargo, puesto que muchos niños pequeños sobreactivos no llegan a desarrollar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es preciso ser cautelosos al establecer este diagnóstico en los primeros años de la vida.

Diagnóstico diferencial

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (p. ej. corretear sin cesar o actuar ruidosamente).

En niños con CI bajo situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (...) También puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes.

En este tenor, Velasco (1980), sobre el niño con hiperquinesia menciona que es un tema bastante descuidado en las obras de paidopsiquiatría y de psicopedagogía, editadas en español.

Moreno (1991) del grupo de niños por ella estudiado, diagnosticados con Disfunción Cerebral Mínima, encontró que con frecuencia no cubrían el criterio sintomático para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM III, 1984). El grupo no presentó con alta frecuencia signos neurológicos leves, alteración electroencefalográfica ni antecedentes patológicos. Agrega que la carencia de una estructura nosográfica definida para este trastorno ha sido subrayada por varios autores (Azcoaga ;1979, Phillips; 1980, Sandberg y cols 1980, Rutter; 1982 y Kinsbourne; 1983, en Moreno, 1991).

En este mismo tenor, Moreno (1991) habla de factores de desventaja social asociados al comportamiento hiperactivo, tales como:

Bajo nivel socioeconómico	Baja escolaridad de la madre	Hogar desorganizado
Relaciones conflictivas entre ambos padres	Relaciones conflictivas entre padres e hijos	

Considerando que estas condiciones adversas al aprendizaje y desarrollo del niño puedan desempeñar un papel importante como generadores de tensión y conducta de escape (O Malley Eisenber 1973; Stewart y cols 1980; Sandberg y cols 1980, Escorro, 1983; Noguez, 1985, Chawla y gupt 1979; Sandberg, 1980 en Moreno; 1991)

Es importante mencionar que, en general, en las instituciones de salud que atienden a menores se considera importante la entrevista a los padres, ya que al vivir el niño bajo las pautas y supervisión de ellos, sus dificultades no pueden ser separadas de su contexto familiar, sin embargo, esto en la práctica no siempre se lleva a cabo, debido a que, en muchas ocasiones quien acude a la atención es

solo uno de los progenitores, o en otras ocasiones el personal es insuficiente para realizar esta actividad.

Así, como lo consideraba y confirmé, hay niños que, sin tener el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, fácilmente se les asigna la etiqueta de "hiperactivo" tanto por profesores, padres de familia e incluso médicos. Y peor aún, se les prescribe tratamiento médico para calmar los síntomas. Me parece que en este sentido, los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de informar a la gente acerca de diversas situaciones, cuidando los conceptos, explicando las implicaciones, etc., además de indicar que no se puede hacer un diagnóstico, en este caso, fácilmente. Esto me lleva a pensar en la palabra hoy de moda, entre los jóvenes "eres bipolar!".

4.3. Reporte del trabajo realizado en Foros Académicos

Como parte de nuestra formación profesional, los profesores de la Residencia en Terapia Familiar nos invitan a asistir a diversos Congresos y/o talleres cuyos temas y ponentes enriquecerán nuestro bagaje teórico conceptual así como nuestras herramientas prácticas. Por otro lado, dentro de la Intervención que hacemos en la comunidad, se nos invita a compartir nuestros conocimientos con diversas poblaciones. Así, de esta manera, tuve participación en los siguientes eventos:

1. Conferencista del tema: La Discriminación es una forma de Violencia, en el 1er. Foro de "Acoso, Violencia y Abuso contra menores" de Escuelas Secundarias Técnicas, en Noviembre de 2006.
2. Asistente al Curso "Consulta a Bases de Información Psicológica" brindado por la Universidad Nacional Autónoma de México en agosto de 2005.

3. Asistente al 1er. Congreso Internacional de Terapia Familiar y de Pareja, organizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja, en Noviembre de 2005.
4. Asistente al Taller pre-Congreso denominado "Terapia Breve Estratégica. Familia, violencia, valores y prevención" guiado por Cloé Madanés, y que estuvo dentro del marco del 1er. Congreso Internacional de Terapia Familiar y de Pareja, organizado por el C. E. F. A. P. en noviembre de 2005.
5. Conferencista del tema: El liderazgo de las mujeres en México, Retos y Tendencias, en el 5º. Congreso "Calidad y liderazgo: Bases del Éxito", organizado por el Instituto Politécnico Nacional y la Fundación de Apoyo a la Juventud, IAP.

5. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

5.1. Consideraciones Éticas que emergen en la práctica profesional; Discusión e Integración.

Enseñar Ética, aseguran García-Torres y Correa (1995), tiene como propósito que los alumnos comprendan que la indagación filosófica les ayudará a analizar su entorno así como a tomar distancia de su mundo para buscar formas de vida que vayan de acuerdo con su conciencia, lo que les permitirá buscar la mejor manera de vivir. La ética, agregan, puede ampliar horizontes teóricos y ayudar a tener más elementos de juicio ante una decisión.

Estas mismas autoras nos proveen de información respecto a los conceptos de moral y ética: Moral, dicen, es el objeto de estudio de la ética. La ética estudia el fenómeno de los modos de ser valiosos socialmente. Moral es el carácter que se va formando por los hábitos a través de la vida. A través de la conducta moral las personas crean un modo de vivir. Agregan que el ser humano es constitutivamente

moral por ser libre y racional (elige lo que hace conforme a ciertas normas, a un proyecto de vida o conforme a un fin).

La moral tiene como finalidad hacer posible la vida en comunidad, evitando conflictos entre sus miembros; pretende armonizar los intereses individuales, intenta contribuir a la felicidad individual y al bien colectivo. Así, la moral consiste en ir haciendo la vida por la elección de nuestros actos. Donde, moral es el conjunto de comportamientos y normas que tienen las personas en una comunidad; ética es la reflexión de la conducta moral.

Concluyen que los conceptos de ética y moral son la base para comprender la vida cotidiana de los seres humanos, para esclarecer sus relaciones sociales y para entender la responsabilidad que se adquiere en la convivencia social (García Torres y Correa; 1995).

Savater (1991), por otro lado, cuando explica a su hijo (Ética para Amador) lo que es la ética, le ayuda a notar una diferencia fundamental entre los animales y los seres humanos, la posibilidad que tienen unos y otros de decidir su vida, su camino, sus acciones.

Así menciona, los hombres podemos inventar y elegir en parte nuestra forma de vida.

Podemos optar por lo que nos parece bueno, es decir, conveniente para nosotros, frente a lo que nos parece malo o inconveniente. También podemos equivocarnos. Por ello parece prudente procurar adquirir un cierto saber vivir que nos permita acertar. A ese saber vivir, o arte de vivir, es a lo que llaman ética (Savater; 1991, p. 32).

Con estas 2 breves alusiones a la ética, podemos notar a qué hace referencia ésta y su importancia para los seres humanos en general. En las profesiones, esta no puede quedar de lado, se debe actuar con ética profesional para cumplir, cabalmente, con lo requerido por aquellos que nos consultan.

El ser humano tiene la libertad de optar y la capacidad de analizar y reflexionar. También posee emociones, sensaciones, percepciones. Y puede tener prejuicios, ideas equívocas respecto a algo y formas de actuar incongruentes con sus

pensamientos. La cuestión de llevar a cabo la vida y una profesión con ética, no es fácil. Requiere de un compromiso constante y concienzudo respecto a nuestro diario vivir. A su vez, la vida, la profesión, aquellos que nos consultan, a menudo nos enfrentan con dilemas humanos y éticos.

¿Cómo decidir? ¿Cuál es la mejor opción en un determinado caso? ¿Cuál es mi deber ante ciertas circunstancias? ¿y mi responsabilidad?.. de esta manera, estas y otros cuestionamientos más forman parte de nuestra vida diaria y nuestra práctica clínica.

Los seres humanos, con las capacidades y habilidades de que han sido dotados, han escrito y hablado de códigos éticos, los cuáles en un momento dado, nos pueden ayudar a pensar y decidir.

En este sentido, considero que, como persona, profesional y terapeuta Familiar Sistémica Posmoderna, mi compromiso con la Ética así como su constante análisis, reflexión y renovación, es y debe ser, continuo.

Así, por ejemplo, me reconozco como ciudadana mexicana, que ante la ley y mi país tengo responsabilidades y derechos y acepto que para ejercer unos y otros, lo más adecuado y conveniente es que sea una ciudadana activa, conocedora de las Instituciones que nos rigen así como de las leyes que se plantean, procurando además, ser parte de aquellos cambios que benefician a mi país y sus ciudadanos. Asimismo, me identifico como parte de muchos sistemas mayores que me incluyen, pero más aún, me reconozco como una minúscula parte de un mundo, un entorno natural que requiere de mis cuidados y respeto, para poder sobrevivir, aun cuando de él tome todo lo que necesito para conservar mi propia vida.

Por otro lado, acepto que en varios momentos de mi vida he trabajado y trabajaré para Instituciones que me permiten ser parte de su equipo de trabajo. Ahí muestro y mostraré aquello que me ha enseñado mi familia, mis diversas escuelas y mi Universidad, para ejercer mi profesión con respeto, responsabilidad y compromiso. Finalmente, como profesionista que soy, me apego a los principios que se sugieren para atender la violencia intrafamiliar donde, no se puede atribuir similar responsabilidad a los integrantes de este tipo de interacciones. Igualmente a velar

por aquellos que son más débiles y que, la más de las veces, son quienes sufren la violencia: mujeres y niños y niñas (sin descuidar que pueden ser también otros quiénes sufran de vejaciones en su persona).

Sin embargo, así como hoy por hoy, estoy consciente de esta problemática y me adhiero a las ideas anteriormente vertidas, no me olvido de aquél o aquella que ejerce la agresión. Se que es alguien que puede también estar sufriendo y que requiere desaprender ciertas formas de actuar así como aprender o adquirir habilidades de las que carece. En este mismo sentido, como Maestra en Psicología, tomo varios de los rubros del Código de Ética de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, que fue revisado y es efectivo a partir del 3 de diciembre de 1997, tales como:

En lo referente a la *Responsabilidad con los pacientes*, procurando el bienestar de aquellos que me consulten, respetando sus derechos. No discriminando ni negando mis servicios profesionales a personas, por motivos étnicos, religiosos, de género, nacionalidad, clase o preferencia sexual. Estando consciente de la influencia que puedo ejercer en los pacientes cuidando y evitando abusar de cualquier forma de la dependencia que estos pudieran tener para con mi persona. No utilizando la relación profesional presente, para mi beneficio. Respetando y promoviendo la toma de decisiones libre y propia de aquellos que me consultan. Cuidando que la terapia dure, el tiempo que sea beneficioso para el paciente, ni más ni menos. Considerando aquellos casos donde mis competencias profesionales o personales no me permitan trabajar con mis clientes y en su caso, canalizando con otros profesionales. Obteniendo, si grabaré o invitaré a terceras personas al tratamiento, consentimiento antes de aquellos que me consultan.

En lo relacionado a la *Confidencialidad*, cuidando la de cada persona que me consulte y, si es conveniente para el tratamiento que alguna persona de la familia conozca la información que otra persona me ha mencionado, que ésta última considere el hecho de informarla al otro, y no hacerlo yo por mi propia cuenta. Si requiero utilizar información de mis pacientes para publicar o colaborar en procesos educativos, será bajo la anuencia de dichos pacientes, cuidando

constantemente su anonimato.

En lo concerniente a la *Capacidad e Integridad Profesional* me es claro y cuidaré de mantenerme actualizada en cuanto a información teórico práctica que pueda beneficiar a mis pacientes. Asimismo cuidaré de resolver mis propias dificultades o conflictos con un profesional, si éstos afectan o pudieran afectar mi juicio clínico o el desarrollo del proceso terapéutico que esté llevando con mis pacientes. Cuidaré asimismo de cumplir con mis responsabilidades legales y éticas en mi práctica profesional y de no abusar, en ningun sentido, del proceso terapéutico o de la persona de mis pacientes. Estaré alerta, cada vez que alguien me consulte, de las recomendaciones o afirmaciones que haga, reconociendo la influencia que mi estatus me puede dar ante aquellos que me escuchan.

En lo tocante a la *Responsabilidad en o para la Profesión*; actuaré respetuosa, congruente y responsablemente en lo relacionado a mis colegas, a todo aquello que tiene que ver con el proceso terapéutico y los clientes y si es el caso, en lo referente a publicaciones, investigaciones y publicidad de los servicios por mi brindados.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Durante la Residencia pude desarrollar habilidades y competencias profesionales tales como:

Habilidades teórico- conceptuales.

Las lecturas, las cátedras, los trabajos en equipo, las exposiciones, el diálogo con los profesores y profesoras, la convivencia con psicólogos de distintas universidades, e incluso, de diferentes nacionalidades, todo ello me permitió ampliar mi bagaje teórico- práctico y conceptual en varios rubros.

Aprendí, entre otras cosas, lo que es la terapia familiar; sus inicios, sus modelos, la vida y obra de quienes iniciaron este movimiento. Pude identificar en lo concreto lo que estaba en el papel y poner en abstracto lo que veía en la práctica. Hoy conozco los diferentes modelos de terapia familiar, sus principios e intervenciones, sus aplicaciones y su utilidad.

Habilidades clínicas, detección, evaluación y tratamiento

Gracias a la teoría, acompañada de la práctica, así como de la constante supervisión de mis profesores y la constante retroalimentación de mis compañeros, pude mejorar (en unos ámbitos) y aprender (en otros) habilidades para la atención de personas que buscan apoyo terapéutico. Es importante mencionar aquí, que, en este aprendizaje también intervinieron los propios pacientes ya que, sus conductas en sesión y/o sus retroalimentaciones hacia mi, me permitieron continuar en el camino o modificarlo y con ello, aprender.

Mejoré mi capacidad de alianza con aquellos que nos consultan, mi escucha activa y mi empatía. Disminuí mi anterior "obsesión" por ayudar a los pacientes, ya que me había convertido en "una terapeuta que trabaja más que sus pacientes", lo que me hizo aprender de mí, de ellos y del proceso y, modificar mis acciones.

Aprendí el valor de las metáforas clínicas, la gran utilidad del equipo reflexivo y la gran aportación y diferencia que hace el tener un equipo terapéutico acompañándole a uno y a los pacientes en relación a trabajar sola.

Habilidades de investigación y enseñanza

Aprendí a diseñar proyectos de investigación mediante la metodología cuantitativa y cualitativa. A mejorar la consulta de material pertinente para dichas investigaciones, así como a aplicar los proyectos elaborados, tanto trabajando en equipo como individualmente. Asimismo aprendí a reportar dichas investigaciones y en su caso, a difundir los conocimientos obtenidos.

En este sentido, un aprendizaje para mí importante, fue aplicar procedimientos estadísticos varios, interpretar sus resultados, comprender lo que cada letra o número quieren decir y con todo ello, valorar (aún más de lo que lo hacía) todo el trabajo que requieren diversas investigaciones y las aportaciones que con ello nos dan. Es importante mencionar aquí, que este aprendizaje e investigación lo hice en equipo, por lo que, además aprendí, el valor de la complementariedad; Lo que cada persona puede aportar, lo que cada cuál puede enseñarle al otro, lo que cada quien puede hacer por el proyecto y por los demás.

Habilidades de prevención

La Residencia me permitió indagar y conocer más sobre las necesidades sociales en mi país y en particular en mi contexto próximo, el Distrito Federal. Organizar temas para aliviar alguna de esas carencias y eficientar mis habilidades para aportar mis conocimientos a la comunidad. Asimismo, al proponerme el trabajo en equipo, aprendí la gran fortaleza de la colaboración entre personas disímiles en muchos sentidos pero con semejanza en el compromiso, la responsabilidad, el interés por la comunidad y el gusto por la Terapia Familiar.

Ética y compromiso social

La práctica en la Residencia me permitió reforzar mi compromiso, respeto y responsabilidad con la comunidad. En ella aprendí a vigilar mis actitudes y conductas para con los pacientes y en general para con los demás. El Equipo Terapéutico y los diversos Supervisores que tuve, me permitieron llenarme de diversas voces, constructivas y analíticas, que me permitieron mejorar mi práctica en varios sentidos. Aprendí a trabajar con los pacientes en una co-responsabilidad. Igualmente que debo concederme el tiempo necesario para estar en óptimas condiciones cuando un paciente acude a mí y que, en el tiempo de sesión, no debe haber nada más importante para mí, que el paciente o consultante mismo. Asimismo comprendí que aun cuando hoy, tengo muchas más herramientas prácticas y teóricas para ejercer mi profesión que cuando ingresé, aun debo continuar revisando, analizando, allegándome de material y experiencias que me permitan ser mejor terapeuta y persona, cada día. En este mismo sentido, me quedó más claro que nunca que hay problemas humanos y sociales en los cuales podría yo no ser la indicada para incidir y en esos casos, lo conveniente será canalizar y para ello, estar informada de a donde hacerlo, de modo que beneficie a quienes me consultan.

2. Incidencia en el campo psicosocial

- Las actividades que tuve la oportunidad de realizar durante la Residencia fueron:
- El trabajo pertinente para realizar una Escala de Inteligencia Emocional: hacer reactivos, analizarlos, validarlos, desecharlos, aplicarlos, hacer conteó y todos los procedimientos estadísticos, interpretar datos y finalmente verter el trabajo hecho, sus resultados y conclusiones en un breve informe.

- El diseño, análisis e implementación de una investigación cualitativa cuyo tema central fue la Violencia Doméstica o Intrafamiliar desde la visión de una terapeuta en formación, en los modelos Sistémicos; hacer lecturas diversas, entrevistar a especialistas y no especialistas en el tema, hacer cotejo de datos, lograr análisis de temas y respuestas, sintetizar e informar.
- La elaboración de un taller para adolescentes; elegir el material pertinente para compartir y plantearlo de modo (power point, cartas descriptivas) que se pudiera transmitir didácticamente. Mejorar mi contacto con la comunidad.
- La confección de un taller para padres, docentes y alumnos de una primaria del Gobierno del Distrito Federal, para informar acerca del Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad; leer, planear actividades, llegar a acuerdos con mi compañero de equipo, sintetizar información y plantearla de modo que sea accesible a quienes la reciben.
- La hechura de un tríptico informativo acerca de la labor del terapeuta familiar sistémico y su relación con la Violencia Intrafamiliar así como con las leyes y la ética profesional; lecturas, indagación, entrevistas, uso de programas computacionales.
- La preparación y realización de una conferencia para docentes de varias secundarias técnicas, acerca del tema de la Discriminación.
- A nivel clínico, atendí, personalmente, 4 casos, 4 familias, con diversas problemáticas. En todos los casos hubo acuerdos entre ellos y yo, acerca de lo que ellos necesitaban o querían obtener del tratamiento. Asimismo se pudieron alcanzar diversos logros. Dos de estos casos están expuestos en este documento.

- En este mismo sentido, pude ser parte del Equipo Terapéutico de mis 9 compañeros, Terapeutas en Formación, y con ello, atender desde la cámara de gessell (tras el espejo) a varios y diversos pacientes o clientes.
- En algunos momentos, también, fui parte del equipo reflexivo, trabajando en la misma cámara donde estaban los pacientes y el terapeuta a cargo. Ambas formas de trabajar fueron para mí sumamente enriquecedoras. No solo aprendí de mi propia práctica clínica, sino de la de mis compañeros y supervisoras o supervisores. Aquí cabe mencionar que en algunos casos míos tuve la fortuna de contar con el valioso aporte del Dr. Raymundo Macías, fungiendo como co-terapeuta. Ello fue por demás enriquecedor.

3. Análisis del sistema terapéutico total

A riesgo de repetir lo dicho durante todo este reporte y procurando evitarlo, puedo analizar el sistema terapéutico logrado de la siguiente manera:

En un principio creí que el Sistema terapéutico éramos mis clientes y yo. A ello le hube de agregar, conforme fui adentrándome a las premisas sistémicas y más adelante a las posmodernas, a mis compañeros (Equipo terapéutico) y el o la supervisora. Teóricamente, hasta aquí llega este Sistema Terapéutico, pero hoy, revisando la experiencia, me parece que este se extendía. Las paredes de los salones o cámaras y edificios desaparecen. Las distancias no existen (Centro Mac Gregor, Dávila, Hospital Psiquiátrico). Y hoy tengo esta percepción debido a que la mayoría de nuestras materias estuvieron nutridas en diversos momentos por detalles de nuestros casos, así, todos podíamos saber que tipo de problemática atendía quién y también, aportar. Podíamos analizar o ejemplificar una premisa, una intervención, un dato obtenido en alguna lectura, con los casos atendidos o las vivencias personales logradas, al atender dichos casos.

Así, teóricamente y lo más adecuado conceptualmente, es afirmar que el Sistema terapéutico estaba configurado por pacientes – terapeutas – y equipo terapéutico

(que incluye a los diversos supervisores tenidos) y éste, en cada momento, para mi, fue de gran servicio y aprendizaje. Sin embargo, permitiéndome ser irreverente, me parece que había una serie de personas, maestros de diversas asignaturas, alumnos, equipo terapéutico, trabajando para y por los casos que nosotros debíamos atender. Sin duda alguna, todo ello permitió tener avances en los casos en cuestión y lograr varios aprendizajes para nosotros, los alumnos y me atrevería a decir, incluso (lo que fue mencionado por algún maestro o maestra en su momento) aprendizajes también para ellos, los catedráticos. Me parece que en total, formamos y fuimos un buen equipo, trabajando para el aprendizaje y por los pacientes que nosotros atendíamos.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

No se si son pocos o muchos, pero se que existen los cambios epistemológicos que en mi sucedieron. Hay quienes mencionan que este es el más difícil de lograr u obtener, por parte de las personas. Se que yo lo tuve. Desde la distancia puedo ver que influyeron varios factores, incluso, para mí, el hecho de estar, personal y familiarmente en un periodo de vida, de crisis, la cual, en un momento dado me empujó a buscar la ayuda de una psicoterapeuta.

Sin embargo, se, que también, en las aulas, en los jardines, en las cámaras de gessell, en todos aquellos espacios que tocamos y por los que fuimos tocados durante la Residencia, todos tuvimos una mayor o menor especie de crisis, también. Diferentes perspectivas y opiniones, diferentes formas de trabajar y conceptualizar la terapia, de percibir a aquellos que nos consultan, e incluso a los catedráticos y su labor. Por otro lado, la carga teórico – práctica de la Residencia y sus exigencias, en si mismas pueden llegar a poner en crisis a sus alumnos: tiempos de entrega, calidad y completud en éstas, compromiso con los clientes, etc. Se que varios hicimos cambios en nuestra forma de vernos a nosotros mismos y a nuestro alrededor, incluida, claro, la práctica profesional.

Algo de lo que también tengo certeza, es que en ese tiempo, más que nunca, supe lo que es - y lo valoré- una red social y cómo esta puede, en determinado

momento, sostener a una o varias personas, para salir adelante y superar obstáculos que en la vida se presentan.

Hay mucho que aprendí en el periodo de la Residencia e imagino que conforme pase el tiempo, probablemente seguiré descubriendo cosas internalizadas que quizás en este momento no detecto.

A nivel terapéutico, aprendí que es imposible conocer una realidad objetiva. Hay consensos, pero la realidad la vamos co-construyendo. Además, hay múltiples perspectivas.

Confirmé que, los clientes o quienes nos consultan, saben más de su problemática o su vida, que yo, y que solo si permito y promuevo una relación de respeto, empatía y de humildad ante sus conocimientos, ellos me permitirán entrar a su concepción del mundo, su ideología, etc.

Aprendí que ni soy la indicada para, ni puedo en realidad, dirigir un cambio hacia ninguna parte, en relación a lo que en terapia sucede. Son ellos quienes de acuerdo a sus necesidades, capacidades y posibilidades indicarán hacia donde se desean o necesitan mover.

Estoy hoy más consciente que nunca, de varias problemáticas sociales que aquejan a mi país, una de ellas, grave, que es la violencia intrafamiliar y la doméstica. Se que existen diferentes formas de atenderla y que yo, en un momento dado, puedo ser una de ellas, siempre y cuando tenga el cuidado de velar por los más débiles y de no repartir iguales responsabilidades. Asimismo se, que puede haber momentos en que lo indicado sea canalizar y para ello, procurar el sitio que de alguna manera coadyuve a solucionar la necesidad de mis clientes. Se que, aunque tengo a mis nuevos amigos presentes (antes compañeros de aula), y que en un momento dado puedo acudir a ellos para consultar, están sus voces ya internalizadas en mí, así como las de la mayoría de mis supervisores y supervisoras. Ello es un valioso recurso al cual puedo acudir, si mis procesos terapéuticos actuales o futuros, no avanzan, no se por donde seguir, discuro el cómo trabajar o incluso cuando pudiera ser el momento de decidir si cerrar o remitir un determinado caso a un diferente profesional.

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

Como terapeuta, adquirí diversas herramientas teórico –prácticas que me ayudarán a trabajar con individuos, parejas o familias.

Como profesionalista, renové mi compromiso social, mi interés por mi comunidad y sus cambios hacia el bienestar emocional y social.

En el campo de trabajo, hoy tengo la consciencia de que la Residencia me permitió mejorar mis habilidades de tal forma que puedo aplicarlas en varios campos, tales como la Educación, la Terapia y la Investigación. Asimismo me permitió adquirir nuevas formas de buscar información y compartirla y reconocer que cada día he de renovar mi compromiso con la gente que me consulta, de modo que siempre trabaje con ellos con sensibilidad, ética, responsabilidad y honradez, haciendo con ello honor a mi Universidad, a mi Profesión y a mi persona y todo lo que ha intervenido en su formación.

Referencias

- Abarca (1991) El proceso del Conocimiento: gnoseología o epistemología, en <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/procon04.htm> recuperado el 12 de agosto de 2008.
- Ackerman; 1986, *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*, 8ª. Edición, edit. Horme, psicología de hoy
- Anderson (1999) *Conversación, Lenguaje, Posibilidades, un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Andolfi (1991) *Terapia Familiar, un enfoque interaccional*. México: Paidós
- Archundia (2005) tesis para obtener el grado de Maestría: *Estudio Exploratorio del TDAH en niños preescolares del CENDI de la SEGOB a través de aplicación de la Escala de Actividad Werry-Weiss-Peters, el Test de Bender y el Cuestionario para profesores*. UNAM, México.
- Baumrind (1966) Effect of authoritative parental control on child behavior *Child Development* 37 (4), 887-907.
- Basilio (1994) *Diagnóstico y tratamiento en endocrinología* España: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Branden (1995) *Los seis pilares de la autoestima*, México; Paidós
- Bateson (1991) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires: Editorial LOHLÉ-LUMEN
- Bateson (1990) *Espíritu y Naturaleza*, Buenos Aires: Amorrortu Editores

- Berger y Luckmann (1986) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Bertalanffy (1991) *Teoría General de los Sistemas* México; Fondo de cultura Económica
- Branden (1995) *Los seis pilares de la autoestima*, México; Paidós
- Cade y O'Hanlon (1995) *Guía Breve de terapia Breve*. México: Paidós.
- Centros de Convivencias del TSJDF (2006) *Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, Consejo de la judicatura del Distrito Federal. Centro de Convivencia Familiar Supervisada. Otoño 2000 – otoño 2005*. México D.F.
- Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999) *La familia del toxicodependiente* México: Paidós
- Colegio Larrea (2009) Matrimonio y Familia = hijos <http://www.larrea.edu.mx/PADRES/articulos/mayo/matrimonioyfamilia/>
Recuperado 17 de mayo de 2009.
- Corsi, J. (1994) *Violencia Familiar: Una Mirada Interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidos
- Craig (1995) *Un camino para incorporar dos diferentes aproximaciones narrativas de terapia: "sistema de lenguaje colaborativo" y "externalización deconstructiva"* Trabajo presentado en la 3ª Conferencia Anual Internacional: Ideas narrativas y práctica terapéutica, en Vancouver, Columbia Británica, Canadá, Marzo 1-4 de 1995.
- Covey (1998) en

[www.es.catholic.net/familiayvida/154/203/articulo.php?id=21686,](http://www.es.catholic.net/familiayvida/154/203/articulo.php?id=21686)

recuperado abril 17 de 2009.

Des Champs, Rocco y Serebrinsky (1997/98) La escuela de Milán hoy: □Las ideas fundadoras y las nuevas propuestas: Entrevista a Matteo Selvini *Perspectivas Sistémicas* Diciembre/ Febrero 1997/98 no. 49 en <http://www.redsistemica.com.ar/matteo.htm> recuperado abril 30 de 2008

De Shazer, S. (1998) Have you heard the latest rumor about... Solution Focused Therapy as a Rumor, en *Family Process* Vol. 37, Num. 3

De Shazer, S. (1991) *Putting the difference to Work*, New York Norton

De Shazer S. Insoo Kim Berg (1992) Haciendo terapia: una revisión post-estructural. Año 8 # 2 Agosto

Durrant y White (1996) *Terapia del Abuso sexual* (comps) Barcelona: Gedisa (1ª. Reimpresión)

Dutton y Golant (1997) *El Golpeador: un perfil*. Buenos Aires: Paidós

Echeburúa (2002, 2ª. Edición) *Manual de Violencia Familiar* España: siglo XXI

Eguiluz, L. (2004) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

EL PERIÓDICO DE MÉXICO (2008) *Mexicanos del DF podrán divorciarse en diez días gracias a nueva ley*. Publicado el 28 de agosto de 2008 en <http://www.elperiodicodemexico.com/nota.php?sec=Nacionalpoblacion&iid=190203>, recuperado el 15 de abril de 2009.

El País, TabascoHoy.com (2008) *Prevén escalada de divorcios exprés en el D. F.*

En http://www.tabascohoy.com.mx/nota.php?id_notas=163148

publicado 28 septiembre de 2008/ recuperado el 13 de mayo de 2009.

EL UNIVERSAL (2009) *Bajan los divorcios en el df por la cuesta de enero* en

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/568138.html> PUBLICADO 10 DE

ENERO DE 2009, recuperado mayo 8 de 2009.

Estrada L. (2003) *El Ciclo Vital de la Familia Nuclear* México: Grijalbo

EXCELSIOR (2009) *Aumentan los divorcios en la ciudad,* en

http://www.exonline.com.mx/diario/noticia/comunidad/pulsocapitalino/aumentan_los_divorcios_en_la_ciudad/507169

Publicado 14 de febrero de 2009, recuperado mayo 7 de 2009.

Ferreira G. (1996) *La Mujer Maltratada.* México: Editorial Hermes, S.A.

Fisch, Weackland y Segal (2003) *La Táctica del Cambio* Barcelona: Herder

Fishman H. y Rosean B. (comps.) (1990) *El cambio familiar, desarrollo de modelos.*

Barcelona: Gedisa.

Furman (1996) *Conversaciones para encontrar soluciones, en Sistemas*

Familiares

García-Torres y Correa (1995) *Sentido de Ética* México: Universidad Nacional

Autónoma de México, Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Sur

Gergen (2005) *Construir la Realidad* Barcelona: Paidós

Goleman (1995) *La inteligencia Emocional. Por qué es más importante que el*

cociente intelectual. Buenos Aires: Vergara Editor

- Haley J. (1988) *Terapia para Resolver Problemas* Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1983) *Terapia No convencional*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1989) *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (1998) *Metodología de la Investigación* México: McGraw-Hill
- Hoffman, L. (1998) *Fundamentos en Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hurlock B. E. (1988) *Desarrollo del Niño*, 6ª. Edición. México: Mc. Graw Hill
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2006) Estadísticas a propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. 25 de noviembre de 2006
http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/VIOLENCIA_INTRAFAMILIAR_2003.pdf Recuperado el 5 de mayo de 2009
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1996) Modelo McMaster y Modelo Triaxial de Evaluación Familiar. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Jiménez (2000) Tesis para obtener el grado de Maestría: Estilos de crianza materno informado por madres e hijos y su relación con el status sociocognitivo del niño preescolar. UNAM: México
- Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Leñero O. (1991) La sociedad mexicana a fines del siglo XX □ *UAM Iztapalapa* □ *Revista Polis* No. 91, 393-415

- Leñero O. (1999) La sociología aplicada a la realidad familiar mexicana a fines de siglo □ UAM □ *Revista Iztapalapa* No. 47, 165-198
- Levav (1991) Bases Epidemiológicas de los programas de Salud Mental sobre conductas violentas *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina.* 37 (1) 15-23
- Linares (2002) *Las formas del abuso: la violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella.* México: Paidós
- López (2000) Tesis para obtener el grado de maestría: Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo.
- Lyddon, W. (2000) Formas y facetas de la psicología constructivista. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998) *Constructivismo en psicoterapia.* Barcelona: Paidós.
- Lomax Elizabeth, (1986) *Pautas Científicas del Cuidado Infantil* España: Editorial Debate
- López Villareal, Rosa Ma. (2000) "Medición de la Percepción en los Estilos de Crianza madre - hijo" tesis para obtener el grado de maestría, México, D.F.
- Mc Namee y Gergen (1996) *La terapia como construcción social* Barcelona: Paidós
- Madanes (1993) *Sexo, Amor y violencia, Estrategias de transformación.* Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar
- Madanes C. (1982) *Terapia Familiar Estratégica* Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM - IV* (1995) American Psychiatric Association. Masson, S.A. Barcelona, España

Mc Goldrich, M y Gerson R. (1985) *Genogramas* Barcelona: Gedisa. Cap 1. 2

Instituto Mexicano de Psiquiatría (1996) Modelo McMaster y Modelo Triaxial de Evaluación Familiar. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

McGoldrick, M. y Carter, E. (2000). *Ciclo vital de la familia*. Ed. EPSYTCH: México

Mejía (2009) en Salud y Medicinas.com.mx
www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2195 recuperado el 17
mayo de 2009. PUSE EN PAGINA 12

MILENIO.COM (2009) *Son para divorcios 50 % de juicios familiares en Nuevo Laredo*, publicado el 10 de enero de 2009 en
<http://www.milenio.com/node/145300>, recuperado el 17 de mayo de
2009.

Minuchin S. (1989) *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S y Fishman H (1994) *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós

Mirapeix; 2004 I Jornadas del Centro Psicoanalítico de Madrid. "La violencia de género: entre la Psicopatología y el Derecho" Madrid
(<http://www.aperturas.org/18mirapeix.html>).

Moreno (1991) Disfunción Cerebral Mínima: Análisis de correlación en un contexto epidemiológico, clínico y social. Tesis para obtener el grado de maestría en psicología clínica, México

Morris (1987) *Introducción a la Psicología*, México: Ed. Trillas

- Mussen P. (1986) *Desarrollo psicológico del Niño*. Ed. Trillas, México
- O'Hanlon, W. y B. Cade, (1995) *Guía Breve de terapia Breve*, Barcelona, Paidós
- O'Hanlon W. y Davis (1993) *En busca de soluciones*, Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2002), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado el 3 de mayo de 2009 en http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- Ortega (1994) Tesis para maestría. Estilos de crianza y autoconcepto. Se entrevistó a madres (167) e hijos (195 niños de primaria) de escuela de la SEP del D:F: Revisar las conclusiones.
- Penn (1982) Circular Questioning. *Family Process*, 21 (3), 267 -280.
- Penn (1985) Feed – forward: future Questions, future maps. *Family Process*, 24 (3), 247 -258.
- Perrone y Nannini (1997) *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia*. México: Paidós
- Pliego y robles (1998) *Aprender a querer en familia, manual de valores éticos para la familia*. México: Proyecto Eti-K
- Polaino- Lorente, (2002) *Niños Hiperactivos, Comportamiento, Diagnóstico, Tratamiento, Ayuda Familiar Y Escolar*. México: ALFAOMEGA
- Ramírez (2000) *Violencia Masculina en el hogar* México: Pax México
- Ravazzola, M. (1997) *Historias Infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós
- Rolland J.S. (2000) *Familias, Enfermedad y Discapacidad*, Barcelona: Gedisa

Sánchez y Gutiérrez D. (2000) *Terapia Familiar*, México: Manual Moderno

Satir (1991) en

www.es.catholic.net/familiayvida/154/203/articulo.php?id=21686)

Recuperado abril 17 de 2009.

Savater F. (1991) *Ética para Amador* Barcelona: Editorial Ariel, S. A.

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

Secretaría de Desarrollo Social (2009) *Violencia Familiar* en

<http://www.equidad.df.gob.mx/vfamiliar/estadisticas.html>

Recuperado 12 de febrero de 2009.

Selectman (1996) *Abrir caminos para el cambio*, Barcelona Gedisa

Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) Hypothesizing-circularity-neutrality; Three Guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), 3-12.

Selvini M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A.M. (1993) *Los Juegos Psicóticos en la Familia* Barcelona: Paidós

Selvini M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A.M. (1998) *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas: La Terapia Familiar* Barcelona: Paidós

Smith (1995) Marzo 1-4, "Ideas narrativas y práctica terapéutica, 3ª conferencia anual internacional" en Vancouver, Columbia Británica, Canada: Un camino para incorporar dos diferentes aproximaciones narrativas de terapia: sistema de lenguaje colaborativo y externalización deconstructiva.

TabascoHOY.com (2009) *Prevén escalada de divorcios exprés en el DF*. Publicado 28 de septiembre de 2008 en (http://www.tabascohoy.com.mx/nota.php?id_notas=163148) recuperado 12 de mayo de 2009.

Tarragona (1999) La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana* vol. 7 no. 3, pp. 68-76

Taylor & Bogdan (1982) *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Barcelona: Paidós.

The Newfield Group (1993) ..(algo de Maturana. Donde enuncia principios de su teoría, creo son unas copias)

Torres Falcón (2000) *Violencia contra las mujeres y derechos humanos*.

Velasco Fernández, Rafael, (1992) *El niño hiperquinético: los síndromes de disfunción cerebral*. México: Trillas

Vera (1996) tesis para obtener el grado de doctorado: Evaluación de un modelo descriptivo sobre atención primaria en salud y desarrollo infantil en zonas rurales.

Vielma (2003) acción pedagógica vol 12, no. 1/2003 Estilos de crianza, estilos educativos y socialización: ¿fuentes de bienestar psicológico? Universidad de los Andes. Julio de 2003

Watzlawick, Weackland y Fisch (1982) *Cambio: Formación y solución de los Problemas Humanos*. Barcelona: Herder

White Ch. y Durrant M. (1996) *Terapia del Abuso sexual*. Barcelona: Gedisa 1ª.
Reimpresión (comps)

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

White, M. (2004) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa
(2ª. Reimpresión)

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

Wikipedia.org (2009) Recuperado mayo/2009 en
<http://es.wikipedia.org/wiki/familia>

Wittezaele y García (1994) *La Escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder

Zuk y Boszormenyi-Nagy (1985) compiladores. *Terapia Familiar y Familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica

ANEXO I

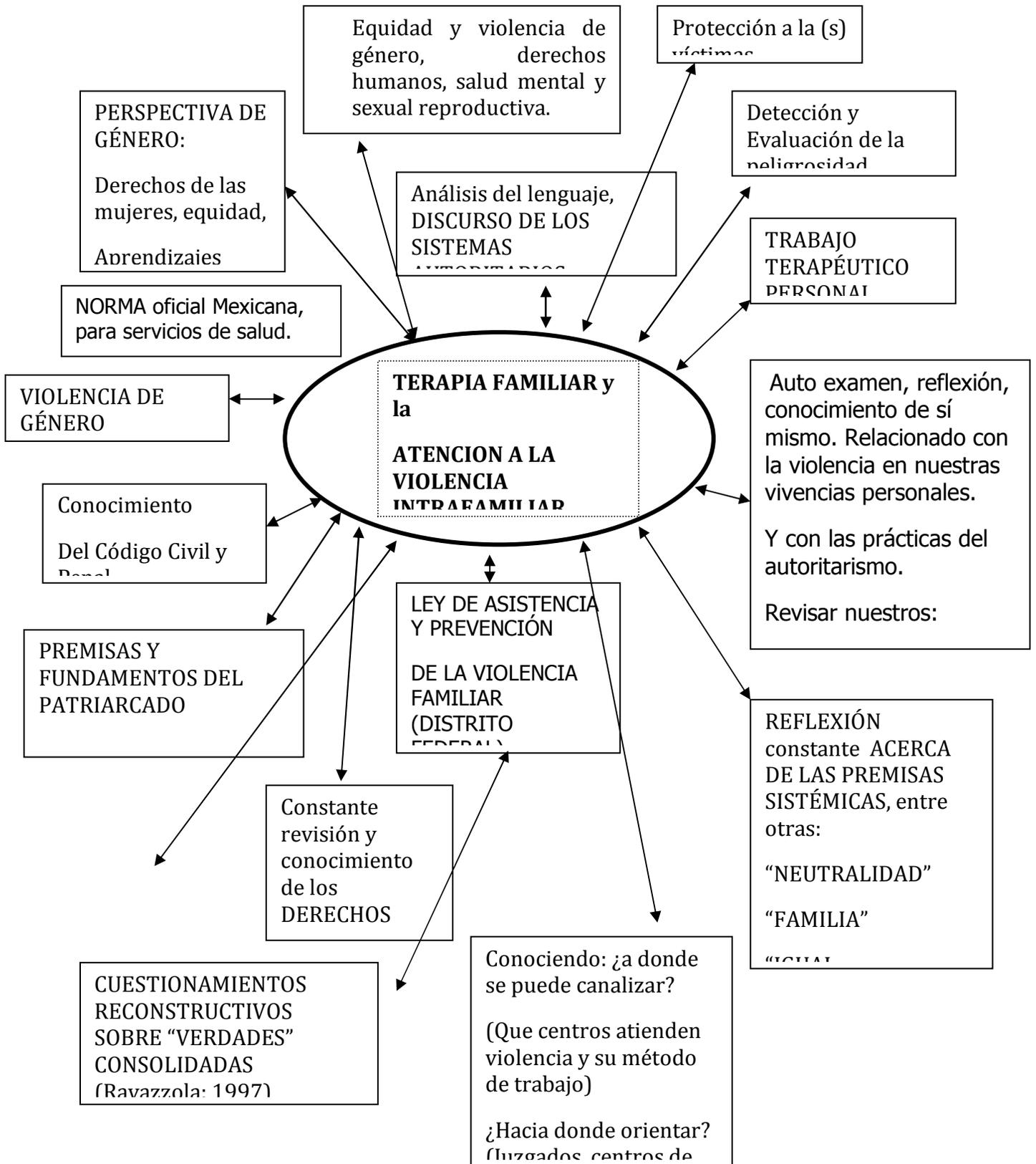
ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Ocupación: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino
Masculino

Esta es una escala para medir su inteligencia emocional, no hay respuestas buenas ni malas, sólo las que más se ajustan a su forma de ser, por lo que le pedimos conteste sinceramente marcando con una "X" la casilla que mejor lo describa.

		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	Puedo calmarme en el momento en que lo necesito					
2	Los demás me dicen que encuentro formas de hacerlos sentir bien					
3	Me acepto como soy					
4	Me dicen que me altero con facilidad					
5	Entiendo los sentimientos de los demás					
6	Reintento hasta que las cosas resultan como deseo					
7	Soy capaz de tener mis sentimientos bajo control					
8	Puedo defender mis derechos ante los demás					
9	En mis discusiones actuales acostumbro a mencionar hechos pasados					
10	Comprendo las expresiones faciales de los demás					
11	La gente me dice que me conozco mucho					
12	Puedo dominar mi enojo					
13	Me gusta escuchar a las personas					
14	Tengo facilidad para negociar con la gente					
15	Se como tranquilizarme					
16	Las personas me dicen que realmente las comprendo					
17	Puedo manifestar mi desacuerdo					
18	hieran					
19	Puedo entender el punto de vista de los demás					
20	Conozco mis sentimientos					
21	Me arrepiento por lo que he hecho cuando estoy enojado(a)					
22	La gente me busca para contarme sus problemas					
23	Yo controlo mis emociones					
24	Me doy cuenta cuando alguien necesita apoyo aún si no lo dice					
25	Soy una persona que se conoce a sí misma					
26	No me puedo controlar					
27	Puedo escuchar a alguien sin necesidad de responderle					
28	Sé decir que NO a las cosas que no quiero hacer					
29	Confundo mis emociones					
30	Conozco lo que me disgusta					
31	La gente me malinterpreta					
32	Conozco mis capacidades					
33	Exploto fácilmente					
34	Me felicito cuando hago algo bueno					
35	Me puedo poner fácilmente en el lugar de los demás					

ANEXO II



ANEXO III

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA:

“Adolescencia y su Atención desde el modelo de Soluciones, en Terapia Familiar”

Duración: 15 horas/ 5 sesiones

Dirigido a: Psicólogos titulados

Objetivo: Propiciar en los participantes la reflexión sobre esta etapa de la vida así como algunas de sus problemáticas. Identificar modelos de Terapia Familiar, familiarizándose particularmente con el enfoque de Terapia Centrada en Soluciones, identificando su utilidad cuando el adolescente y su familia lo requieran.

Número de participantes: 10 personas

PROGRAMACIÓN SESION POR SESION

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS
1	Encuadre Adolescencia (características)	<p>Conocimiento e integración de los participantes del grupo.</p> <p>Información sobre los objetivos del taller.</p> <p>Conocer. Repasar. Concienciar. Reflexionar. Sobre la Adolescencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Entrega de gafetes. * Presentación de cada integrante: nombre, área de trabajo, motivo de interés en el tema. * Diapositivas 1 - 9 * dinámica de sensibilización "Recupera tu adolescencia" 	<ul style="list-style-type: none"> * Salón amplio con bancas movibles * Gafetes * Servicio de cafetería * Lap top y proyector * 9 diapositivas * Hojas Blancas * Lápices, colores.
3 hrs.				

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REQUERIMENTOS
2	FAMILIA	Reflexionar sobre el concepto "familia" así como las funciones que requiere llevar a cabo.	Diapositivas 10 -18	<ul style="list-style-type: none"> * Salón amplio con bancas movibles * Gafetes * Servicio de cafetería * Computadora * Proyector * diapositivas * Hojas Blancas * Lápices, colores.
	TERAPIA FAMILIAR	Relacionar el tema con la época en que hay adolescentes, y las tareas familiares específicas para dicho momento.	Lluvia de ideas: familia/ adolescentes/ terapia. Dudas/ reflexiones/ comentarios	
3 hrs.	MODELOS	Empezar a conocer el enfoque familiar y como se trabaja con adolescentes. Identificar algunos de los modelos terapéuticos de terapia familiar.		

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS
3 3 hrs.	ANTECEDENTES DE LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES. Premisas Intervención	Que los asistentes ubiquen el modelo de Soluciones, sus antecedentes y ha evolucionado. Asimismo, las y formas de intervención que anteceden al modelo. Utilizar, hipotéticamente, en casos propios, estrategias de este modelo.	Diapositivas 19 - 29 Explicación teórico/práctica Ejemplos Dudas/resolución. Caso propio/aplicación	* Salón amplio con bancas movibles * Gafetes * Servicio de cafetería * Computadora * Proyector * Hojas/ Lápices * Diapositivas

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS
4 3 hrs.	TERAPIA FAMILIAR MODELO Enfocado a las soluciones (Selekman; 1996)	Conocer el modelo centrado en la solución de Selekman (1996) enfocado a Adolescentes y sus familias. Identificar premisas, forma de trabajo, intervenciones.	Diapositivas 30 - 38 Explicación teórico/práctica Dudas/reflexiones/comentarios	* Salón amplio con bancas movibles * Gafetes * Servicio de cafetería * Computadora * Proyector * diapositivas * Hojas/ Lápices

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS
5	<p>MODELO Enfocado a las Soluciones (Selekman; 1996)</p>	<p>Conocer el modelo centrado en la solución de Selekman(1996) enfocado a Adolescentes y sus familias.</p> <p>Identificar premisas, forma de trabajo, intervenciones.</p> <p>Utilizar, hipotéticamente, en casos propios, estrategias de este modelo.</p> <p>Conocer la utilización de este modelo en un caso llevado por la ponente.</p>	<p>Diapositivas 39 – 50</p> <p>Explicación teórico/práctica</p> <p>Dudas/ reflexiones/ comentarios</p> <p>Caso propio/ aplicación</p> <p>Role playing</p> <p>Estudio de caso</p> <p>Evaluación/ cierre</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Salón amplio con bancas movibles Gafetes * Servicio de cafetería * Computadora * Proyector * diapositivas * evaluación de curso * Constancias de asistencia.
3 hrs				

ANEXO IV

LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5°. CONSTITUCIONAL RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL D.F.

Regula lo relativo a la expedición de títulos profesionales derivados de los estudios que tengan reconocimiento de validez oficial y regula la expedición de las cédulas profesionales. Expide los reglamentos que delimitan los campos de acción de cada profesión.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999

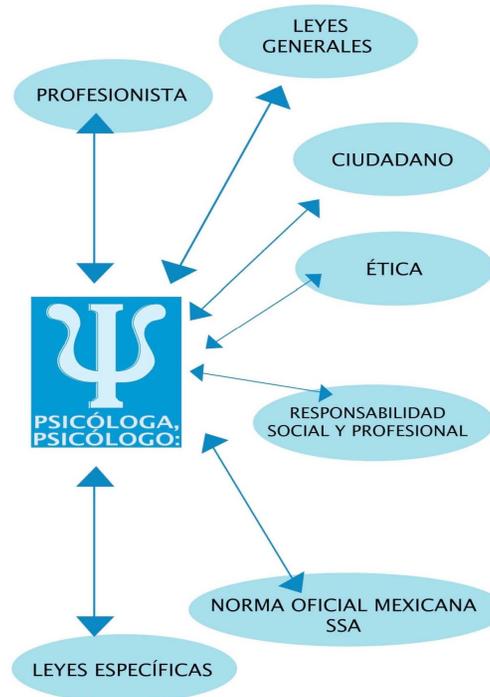
La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

ELABORÓ:
PSICÓLOGA SUSANA ARACELI LÓPEZ ESPINOSA



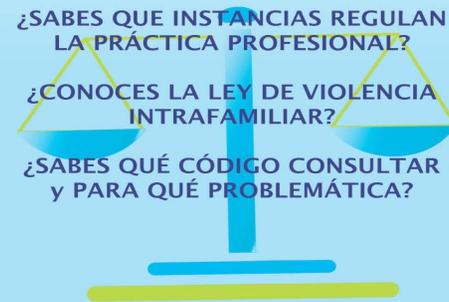
¿CONOCES TUS DERECHOS Y OBLIGACIONES COMO CIUDADANO MEXICANO?

¿IDENTIFICAS TUS RESPONSABILIDADES COMO PROFESIONISTA?

¿SABES QUE INSTANCIAS REGULAN LA PRÁCTICA PROFESIONAL?

¿CONOCES LA LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR?

¿SABES QUÉ CÓDIGO CONSULTAR y PARA QUÉ PROBLEMÁTICA?



ANEXO V

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y al establecimiento de condiciones para el desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

CÓDIGO PENAL para el D. F.

Regula el principio de aplicación de la Ley Penal y el delito, desde las formas de comisión como, sus consecuencias jurídicas, tales como: prisión, tratamientos en libertad, semilibertad, sanción pecuniaria, decomisos, suspensión o privación de derechos y la aplicación de penas o medidas de seguridad, asimismo contempla el catálogo de delitos.

CÓDIGO CIVIL para el D. F.

Norma lo relativo a las personas tanto físicas como morales, al domicilio y registro civil, así como todo lo relativo a la familia, desde el matrimonio, alimentos, patria potestad, tutela, bienes, clasificación de estos: posesión, propiedad, usufructo y sucesiones por testamentos o intestados, como también lo relativo a las obligaciones en general y contratos como el de compra venta, arrendamiento y prestación de servicios entre otros.

LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las disposiciones contenidas aquí, son de orden público e interés social, y

tienen por objeto establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia familiar en el Distrito Federal.

LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN

Aprobada por unanimidad en el Congreso de la Unión, esta Ley es la primera disposición jurídica específica para reglamentar el Artículo 1º Constitucional, específicamente lo referido en el párrafo 3º. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio del 2003, y consta de 90 artículos, de los cuales 5 son transitorios. Esta Ley fundamenta la importancia que se le ha dado al tema de la discriminación en México, así como el imperativo del ejercicio de derechos fundamentales bajo el principio de igualdad, en el cual se basa la Constitución Federal y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Por mandato de esta Ley Federal, se crea el CONAPRED (CONSEJO NACIONAL para la PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN).

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Es el ideal por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse a fin de que todos los individuos a través de instituciones promuevan la enseñanza y la educación, el respeto a los derechos y libertades y aseguren su reconocimiento y aplicación universal, tanto entre los pueblos y los estados miembros de esta declaración, como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

En términos generales su tema es la igualdad y libertad de todos los seres humanos, sin distinción.

LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA

Es el máximo órgano jurisdiccional en el cual se llevan a cabo los juicios derivados de controversias constitucionales.

EL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA:

A través de sus juzgados tramita y resuelve controversias que se presentan entre particulares (personas físicas o morales).

CÁMARA DE SENADORES

Es parte del poder legislativo, se constituye por 64 senadores, dos por cada estado. Ahí se presentan iniciativas de ley para su análisis y aprobación. Puede alternar con la cámara de diputados, ser cámara de origen o revisora.

CÁMARA DE DIPUTADOS

Al igual que la anterior, alterna entre ser Cámara de origen o revisora y también se presentan iniciativas de ley y se autorizan

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN:

Es el medio de publicación del poder ejecutivo federal. Se publican leyes, decretos, acuerdos, circulares, reglamentos, emitidos por el presidente de la República y los secretarios de Estado, entre otros.

ANEXO VI

Información del Taller

Lugar:	Escuela Primaria "General Felipe Ángeles"
Horario:	De 8:00 a 10:30 a.m.
Fechas:	Miércoles 9, 16 y 23 de mayo de 2007
Costo:	Gratis
Contacto:	Mtra. Yoxana Chavarría Teléfono:
Expositores:	Psic. Arturo Sirgo arsirgo@gmail.com Psic. Susana López psicsale@aol.com

*"Todos me dicen hiperactivo...
¿Eso se me va a quitar?"*

"Papá, ¿soy un niño normal?"

*"Tomándome mi medicina ya no
me muevo, pero ahora ¡tengo
mucho sueño!"*

**¿Qué piensan los niños cuando les
ponen el diagnóstico de hiperactivo?**

¡Esperamos contar con su asistencia!



Universidad Nacional Autónoma
de México
Facultad de Psicología
Programa de Maestría
Residencia en Terapia Familiar



¿Hiperactivo?

**Trastorno por Déficit de Atención con
Hiperactividad (TDAH):
Diagnósticos y Etiquetas**

Presentan:

Lic. Susana A. López Espinosa

Lic. Luis Arturo Sirgo Cruz

ANEXO VII

El Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad (TDA con o sin H) se ha convertido en un *tema de moda*. Para poder entender esto de una mejor manera, le hacemos las siguientes preguntas:

- ¿Cuántas veces ha escuchado usted “ese niño/a es hiperactivo”, o “tiene TDA”?
- ¿Qué piensa usted que caracteriza a los niños con TDA?
- ¿Conoce a alguien con TDA?
- ¿Qué diferencias existen entre los niños con TDA y un niño “inquieto”?
- ¿Qué papel cree usted que juega la familia y la escuela en cuanto a la “creación” y/o ayuda a los niños con TDA?

El TDA (H) es un fenómeno multidisciplinario, es decir, médicos, psicólogos, maestros, padres de familia y la sociedad en general participan en la detección y cuidado de las personas que lo sufren. Pero también contribuyen al mantenimiento del mismo a través del abuso de diagnóstico.

En este juego de diagnóstico vs abuso del mismo, se crea una especie de “ciclo” en el cual creamos más niños con TDA (H):



Podemos observar que la familia, los médicos, la escuela y la sociedad juegan un papel fundamental en el mantenimiento de este círculo.

Objetivos

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

ANEXO VIII

CONTENIDO	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO	RESP.
1. PRESENTACIÓN Y ENTREGA DE MANUAL	Entrega de material	Al entrar al salón donde se dará el taller, se les entrega	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa o escritorio • Tarjetas para gafete • Plumón • Seguros • Manual del participante 	Al Momento de entrar al taller	
2. MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS	Conocer el interés, la motivación y las expectativas de los participantes en el tema	Exposición verbal, sentados en círculo	Salón Sillas	10 minutos	A
3. ENCUADRE	Crear un clima de confianza, compromiso y respeto. Especificar los objetivos del taller y los métodos de trabajo.	Se hará alusión al Manual entregado	<ul style="list-style-type: none"> • Lap Top • Proyector • Diapositivas 1 y 2: Titulo taller, objetivo general y específico, días, horarios, etc. 	10 minutos	A, S
4. DIAGNÓSTICO. Qué es. 5. DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL TDA CON Y SIN (H) y combinado. 6. COMPARACIÓN AL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO 7. TRATAMIENTO MÉDICO	Informar lo que es un diagnóstico y en general, cómo se lleva a cabo. Conocer los requerimientos para hacer un diagnóstico de TDA(H) de acuerdo al DSM IV. Hacer un comparativo con el desarrollo normal de los niños y niñas. Que los participantes ubiquen los diferentes tipos de tratamiento que se da a los niños con TDA (H)	Exposición Interacción guiada Exposición	Lap top Proyector Manual Diapositivas Hoja blanca y lápiz por progenitor.	45 minutos	S
8. EVALUACIÓN PEDAGÓGICA	Que los participantes identifiquen el TDA (h) como un fenómeno multidimensional. Que conozcan características del diagnóstico psicopedagógico.	Exposición	Lap top Proyector Manual Diapositivas	10 minutos	S
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Tratamiento.	Brindar a los participantes una breve descripción de cómo se hace una evaluación psicológica. Asimismo, de dos formas de apoyo psicológico para atender el TDAH.	exposición		30 minutos	A, S
PREGUNTAS Y RESPUESTAS	Dar oportunidad a los participantes de aclarar dudas. Afianzar el conocimiento obtenido en esta primera sesión.	Intercambio de ideas	Salón, Manual.	10 minutos	S

SESIÓN 2

CONTENIDO	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO	RESP.
1. ENTREGA DE HOJAS DEL DÍA	•		• Manual del participante		
2. CALENTAMIENTO	• Inicio al tema con actividad recreativa	Dinámica Papa Caliente	• Salón • Pelota	5 minutos	A, S
3. INTRODUCCIÓN A LAS VARIABLES SOCIALES	• Que los participantes comprendan, de modo muy básico, los conceptos relacionados con la construcción social de la realidad	Exposición	• Manual del participante • Lap top • Proyector	15 minutos	A
4. ETIQUETAS	• Sensibilizar a los participantes al uso de etiquetas y las consecuencias que éstas puedan traer (tanto positivas como negativas).	Dinámica	• Sillas	20 minutos	A, S
5. UTILIZACIÓN DE ETIQUETAS Y "SOBREDIAGNÓSTICO" DEL TDA	• Que los participantes discutan acerca de los pros y los contras de la sobre utilización del diagnóstico del TDA, relacionándolo con el concepto de etiquetas y con las variables sociales antes mencionadas. • Retomar la dinámica de la papa caliente	Círculo de Reflexión	• Salón amplio • Sillas	20 minutos	A, S
6. ETIQUETAS (EXPOSICION)	• Exponer material teórico acerca del uso de etiquetas.	Exposición	• Manual del participante • Lap top • Proyector	30 minutos	A
7. SINTESIS Y DESPEDIDA	• Que los participantes puedan sintetizar y expresar los aprendizajes del día, y que los facilitadores conozcan el avance logrado	¿Qué aprendí hoy?	•	10 minutos	S

SESION 3

CONTENIDO	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO	RESP.
1. ENTREGA DE HOJAS DEL DÍA			<ul style="list-style-type: none"> Manual del participante 		
2. CALENTAMIENTO		Dinámica Coctel de Frutas	<ul style="list-style-type: none"> Salón Sillas 	10 minutos	A, S
3. GUIA PARA PADRES (TEORICO)	<ul style="list-style-type: none"> Construir, junto con los participantes, formas alternativas en las que los padres pueden convivir con los niños que presentan TDA (H) así como con los niños que no lo presentan 		<ul style="list-style-type: none"> 	40 minutos	A, S
4. GUIA PARA PADRES (PRACTICA)	<ul style="list-style-type: none"> 		<ul style="list-style-type: none"> 	40 minutos	A, S
5. SINTESIS FINAL	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes puedan sintetizar y expresar los aprendizajes de los tres días de actividad, y que los facilitadores conozcan el avance logrado 		<ul style="list-style-type: none"> 	20 minutos	A, S
6. EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la utilidad del taller para los participantes, así como la labor de los facilitadores. 		<ul style="list-style-type: none"> Hoja de Evaluación 	10 minutos	A, S
7. DESPEDIDA			<ul style="list-style-type: none"> 	10 minutos	A, S

CONTENIDO	OBJETIVO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO	RESP.
9. PRESENTACIÓN DE LOS FACILITADORES Y PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> Que participantes y facilitadores se conozcan. Hacer una breve introducción del lugar de procedencia de los facilitadores. 	Dinámica de presentación	<ul style="list-style-type: none"> Salón amplio Sillas 	10 minutos	A,S
10. ENCUADRE	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre los objetivos de la plática. 	Exposición	<ul style="list-style-type: none"> Manual del participante Diapositivas 	5 minutos	A
11. TDA (MÉDICO, PSICOLÓGICO)	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información teórico-práctica respecto al TDA (H) 	Exposición	<ul style="list-style-type: none"> Manual del participante Diapositivas 	40 minutos	S
12. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO					
13. MOVIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a los participantes sobre cómo un diagnóstico o etiqueta promueve rechazo social. 	La Papa Caliente	<ul style="list-style-type: none"> Salón Pelota 	10 minutos	S
14. CONSTRUCCIÓN SOCIAL, ETIQUETAS Y SOBREDIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes puedan identificar la influencia personal y social en la creación del TDA (H) 	Exposición	<ul style="list-style-type: none"> Manual del participante Diapositivas 	20 minutos	A
15. PREGUNTAS Y RESPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> Que participantes resuelvan sus dudas y ofrezcan comentarios 	Preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Salón 	10 minutos	A,S
16. GUÍA PARA MAESTROS	<ul style="list-style-type: none"> Construir, junto con los participantes, formas alternativas en las que pueden convivir con los niños que presentan TDA (H) así como con los niños que no lo presentan 	Exposición y Círculo de Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> Manual del participante Diapositivas 	40 minutos	A,S
17. SINTESIS	<ul style="list-style-type: none"> Obtener una integración de lo expuesto y lo comentado por los participantes 	¿Qué aprendí hoy?	<ul style="list-style-type: none"> Salón 	10 minutos	A,S
18. EVALUACIÓN DE LA PLÁTICA Y DE LOS FACILITADORES	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el impacto que tuvo la exposición y la labor de los facilitadores en los participantes. 	Hoja de Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de Evaluación 	5 minutos	A,S