



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

**CONDUCTAS DE RIESGO Y FACTORES DE  
PROTECCIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE  
PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**NORMA ANGÉLICA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

DIRECTORA DE REPORTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

COMITÉ TUTORIAL: DR. JAIME MONTALVO REYNA  
MTRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ  
DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO  
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

MÉXICO, D. F.

MARZO 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

En primer lugar, deseo hacer un especial reconocimiento a la labor desempeñada por mi tutora, la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, quien me guió, apoyó y alentó durante toda esta travesía y por quien tuve mi primer contacto con la epistemología sistémica. Al Dr. Jaime Montalvo Reyna, porque con él me inicié en la práctica clínica, admiro su creatividad para hacer terapia y agradezco todo el apoyo que me ha dado y sigue dando en mi formación como terapeuta.

Quiero agradecer a todas las profesoras y supervisoras de la residencia, puesto que su labor implica una gran capacidad de reflexión, de síntesis, de articulación de ideas, en fin, gracias por compartir sus enseñanzas. Gracias a la Dra. María Suárez y a la Mtra. Ofelia Desatnik, quienes me apoyaron muchísimo, en los ámbitos personal y académico, cuando más orientación necesité y que hicieron posible mi permanencia en el posgrado.

Agradezco de modo muy especial a mis familias nuclear y extensa. A mis pequeñitos, Karla e Ian, quienes me acompañaron a la escuela desde que estaban en mi vientre, y a quienes después les robé horas de juego, gracias porque con sus risas, abrazos y besos, me motivaron siempre. A Carlos, quien pacientemente me ha acompañado y se quedó a cuidar con mucho amor a mis pequeñitos cuando no estaba. De igual forma agradezco a Eva por el cuidado a mis hijos.

Gracias a mis padres, a papá Toño porque me ha enseñado el valor del trabajo y la constancia, y a mi mamá Yaya, quien siempre me ha apoyado y alentado a lograr lo que me propongo, también gracias por cuidar con tanto cariño a mis niños. Estoy orgullosa de tenerlos y no acabaría de agradecer lo que han hecho por mí, los quiero mucho.

Agradezco a mis hermanos, tíos, primos y sobrinos, porque cada uno aporta algo especial a nuestra familia. Gracias a mi abue Betina, porque comparte conmigo su gran sabiduría y a mi abue Lolita, porque antes de partir, se encargó de llenar mi corazón y el de mis pequeños, de amor y alegría, además de inculcarnos la importancia de la unión y protección familiar.

Gracias a mis amigas y amigos que me han acompañado a lo largo de mi vida, creo ser afortunada por mantener nuestra amistad, en algunos casos a pesar de las distancias. A mis compañeros y amigos con quienes inicié y con quienes concluí la maestría, de todos me llevo una riqueza de aprendizajes invaluable. Gracias a mi equipo terapéutico, por las lágrimas, risas y tantas experiencias que compartimos. A Giselle, por todo el apoyo, paciencia, consejos, gracias por tu amistad, creo que hicimos buena mancuerna.

Asimismo, agradezco a todas las familias que confiaron y crecieron con nosotros, gracias por tener valentía y fortaleza para hacer cambios en sus vidas.

La realización de mis estudios de posgrado fue posible gracias a la UNAM, me siento orgullosa de pertenecer a esta máxima casa de estudios y agradezco el apoyo económico tanto de CONACYT como de COMECYT.

Finalmente, agradezco a esa fuerza interior y superior, a quien algunos llamamos Dios, porque siempre ha estado en mí y me ha rodeado de personas maravillosas, que cada día me hacen mejor.

Gracias a todos.

## ÍNDICE

### I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

1. 1. Características del campo psicosocial.....	4
1. 2. Principales problemas que presentan las familias.....	7
1. 3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	18

#### 2. Caracterización de las entidades y escenarios donde se realiza el trabajo clínico

2. 1. Descripción de los escenarios clínicos.....	20
2. 2. Trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos.....	25
2. 3. Análisis sistémico de los escenarios clínicos.....	28

### II. MARCO TEÓRICO

#### 1. Análisis del marco teórico epistemológico

1. 1. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica.....	30
1. 1. 1. Modelo de Terapia Estructural.....	36
1. 1. 2. Modelo de Terapia Estratégica.....	39
1. 1. 3. Modelo de Terapia Breve del MRI Centrada en Problemas.....	41
1. 1. 4. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.....	44
1. 1. 5. Modelo de Terapia del grupo de Milán.....	48
1. 2. Fundamentos de las Terapias Posmodernas.....	52
1. 2. 1. Modelo de Terapia Narrativa.....	56
1. 2. 2. Modelo de Terapia basado en Equipos de Reflexión.....	58
1. 2. 3. Enfoque Colaborativo.....	59

### **III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

#### **1. Habilidades clínicas terapéuticas**

1. 1. Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con familias.....	63
1. 2. Conductas de riesgo y factores de protección en la adolescencia	
1. 2. 1. La adolescencia hoy.....	86
1. 2. 2. Etapas de la adolescencia.....	87
1. 2. 3. Familias con hijos en edad adolescente y terapia familiar.....	89
1. 2. 4. Conductas de riesgo de los adolescentes.....	94
1. 2. 5. Factores de protección y resiliencia.....	98
1. 3. Análisis del sistema terapéutico total.....	105

#### **2. Habilidades de investigación**

2. 1. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cuantitativa.....	110
2. 2. Reporte de las investigaciones realizadas bajo la metodología cualitativa.....	114

#### **3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria**

3. 1. Elaboración de productos tecnológicos.....	117
3. 2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.....	120
3. 3. Presentación de trabajos en foros académicos.....	123

#### **4. Habilidades de compromiso y ética profesional**

4.1. Consideraciones éticas.....	123
----------------------------------	-----

<b>Consideraciones finales.....</b>	<b>127</b>
-------------------------------------	------------

<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>132</b>
--	------------

## **I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

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

#### **1.1. Características del campo psicosocial**

Uno de los fenómenos más importantes que experimentó México en el siglo pasado fue la creciente urbanización de su población, pasó de ser una sociedad eminentemente rural a otra predominantemente urbana. Un comunicado de prensa del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001), señala que en 1930, siete de cada diez personas habitaban en localidades rurales, para el año 2000 la situación se invirtió, puesto que 75% de la población residía en zonas urbanas. Sin embargo, este proceso de urbanización no se ha dado de manera homogénea, por un lado, más de 90% de la población del Distrito Federal, Nuevo León y Baja California vive en localidades urbanas, mientras que en el extremo opuesto: Oaxaca, Chiapas e Hidalgo, poco menos de la mitad de la población reside en este tipo de asentamientos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), estima que la población de México es de 105, 342, 000 y que la esperanza de vida al nacer en los hombres es de 72 años, mientras que para las mujeres incrementa a los 77 años. Otras cifras más específicas, aunque menos recientes, son las del INEGI (2005), quien reporta una población mexicana de 103, 263, 388 habitantes, esta cifra representa el 1.6 por ciento de la población mundial. De ellos, 53 millones son mujeres (51.3%) y 50.3 millones son hombres (48.7%).

Con respecto a la edad, se observa que la población en edad preescolar y escolar ha disminuido notablemente, mientras que la de adultos mayores (65 años y más) se ha incrementado y representa alrededor de 5% de la población total, es decir, uno de cada veinte, lo cual indica una tasa de crecimiento del 3.7% anual. Con estos datos, se estima que entre el 2020 y 2030, uno de cada ocho mexicanos tendrá 65 o más años.

El Estado de México se mantiene como la entidad federativa más poblada, con 14.2 millones de habitantes, seguida del D. F. y Veracruz. En el 2005, los principales lugares de atracción fueron el Estado de México que registra 417 mil inmigrantes (17.3% del total de inmigrantes), seguido del Distrito Federal que tiene 187 mil (7.8%); a su vez, estas mismas entidades son las que expulsan los

mayores contingentes de población hacia otros estados del país, el Distrito Federal con 491 mil personas (20.4% del total de emigrantes) y el Estado de México con 300 mil (12.5%).

De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2008), durante la primera mitad del decenio actual, 577 mil mexicanos dejaron anualmente nuestro país, 333 mil hombres y 244 mil mujeres para establecerse en Estados Unidos.

El Centro Integral de Atención Tanatológica (2008), menciona que las principales causas de muerte en México son: las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, accidentes, enfermedades del hígado, enfermedades cerebro-vasculares, ciertas infecciones originadas en el período perinatal, enfermedades pulmonares, influenza y neumonía, agresiones (homicidios) y enfermedades infecciosas intestinales.

Muchas de estas enfermedades tienen relación con la edad, el sexo y el espacio geográfico en que habitan, debido a que estos factores inciden de manera redundante en las condiciones de salud de cualquier individuo (Sistema Nacional de Información en Salud, 2008). Bajo este supuesto, la población mexicana, al haber tenido modificaciones importantes con respecto a su acelerado crecimiento y urbanización, su redistribución territorial y su progresivo envejecimiento, ha tenido que enfrentar nuevas problemáticas. Por ejemplo, el acelerado crecimiento y urbanización de la población exige mayor demanda de satisfactores y servicios y por ende, los recursos naturales se han sobre explotado, provocando un enorme daño al ambiente natural, lo cual a su vez, repercute en nuestra salud, puesto que nos hace más susceptibles a contraer enfermedades. Muchos de los servicios también se han sobresaturado, tales como el transporte público y sistemas de seguridad social, entre otros; que a pesar de que han aumentado en especie, siguen siendo insuficientes debido a que les hacen falta modificaciones en su infraestructura, como es el caso de los organismos de seguridad pública, los cuales se han caracterizado por la falta de capacitación eficiente de su personal.

También la redistribución poblacional ha tenido efectos adversos, tales como: el D. F. y el Estado de México (que atraen y expulsan población), se han vuelto de los lugares más inseguros para habitar, con mayores índices de violencia y adicciones, además de que al concentrarse la población, existe mayor competitividad laboral, que puede derivar en desempleo, bajos salarios o el crecimiento del empleo informal.

El problema de la migración a los Estados Unidos también ha provocado que muchas familias se desintegren o que se exponga la vida de los integrantes de las familias al intentar pasar de forma ilegal a dicho país.

El progresivo envejecimiento de la población también está teniendo un fuerte impacto social y económico, puesto que en la actualidad no se tiene una cultura de atención, cuidado e integración de los adultos mayores a la sociedad y a las actividades productivas.

Otro aspecto que desafortunadamente no solo caracteriza a nuestra nación, sino a todo el mundo, es la desigualdad social. El Banco Mundial (2004) informa que entre 1996 y 2002, México presentó avances en su lucha contra la pobreza, en particular en lo que respecta a la pobreza extrema. Sin embargo, la pobreza sigue siendo un reto central para el desarrollo del país, pues hasta 2002, la mitad de la población vivía en pobreza y un quinto en pobreza extrema. El nivel actual de pobreza se encuentra apenas por debajo de los niveles prevalecientes antes de la crisis 1994-1995.

La pobreza en el país es un desafío importante y que está asociada a una gran desigualdad y exclusión social, especialmente de los grupos indígenas. De acuerdo con los datos de este banco, el 44 % de los indígenas se encuentra en el quintil más pobre de ingreso, estos grupos constituyen 20 % de las personas en pobreza extrema.

Por otra parte, en México se han tenido avances en dos aspectos que tienen que ver con el bienestar social, por un lado, el derecho que tiene la población de recibir servicios de salud. En este sentido se registra que en el país, la población derechohabiente se incrementó en cerca de 9.3 millones de personas en los últimos cinco años, al pasar la cobertura del 40.1 al 46.9 por ciento.

También, de acuerdo con el INEGI (op. cit.), la educación que se imparte a los hombres y a las mujeres dentro del Sistema Educativo Nacional les ha posibilitado obtener los conocimientos, las habilidades y las aptitudes requeridos para su desarrollo individual, familiar y social. En el ámbito laboral, una mayor educación se vincula con el incremento de expectativas personales de proyección en el trabajo, contribuyendo más eficientemente al progreso social y económico del país. Según las cifras censales, se han presentado avances importantes en materia de educación, ya que el número de personas sin instrucción ha disminuido notablemente y, paulatinamente, la población va teniendo mayor acceso a niveles educativos más elevados. No obstante el desarrollo en estas áreas, faltaría cuidar aspectos más específicos de éstas, como la calidad de los servicios de salud, la calidad de la enseñanza, el rezago escolar, la deserción y la eficiencia terminal. Además de que tanto el derecho a los servicios médicos como a la educación, debería ser generalizado para todos



los sectores de la población, puesto que muchos grupos, por ejemplo los indígenas que viven en extrema pobreza, son los que sufren los mayores niveles de privación en términos de salud, educación y acceso a servicios básicos.

## **1. 2. Principales problemas que presentan las familias**

En México hay 21 millones de familias, de acuerdo con el CONAPO (op. cit.). La familia es la unidad básica de la sociedad. La persona nace y crece en una familia, se socializa, en este grupo aprende cómo es el mundo, de la familia recibe afecto y esta cubre sus necesidades básicas. La familia ha cambiado en las últimas dos décadas y cada día presenta más desintegración. Esta afirmación, se basa en los resultados de la Encuesta Nacional de las Relaciones en los Hogares. (ENDIREH, 2006), realizada por el Instituto de Investigaciones de la UNAM y financiada por el DIF.

Esta encuesta revela que el porcentaje de hogares unipersonales (donde sólo vive una persona en su mayoría adulto mayor) se ha duplicado de 3% a 6% en los últimos 20 años, mientras que los porcentajes de familias nucleares (68%) y extensas (26%) casi no han cambiado.

De los hogares extensos en poco menos de 2/3 partes (59.5%) conviven tres generaciones y en 1/3 parte (32.7) conviven sólo dos generaciones y hay muy pocas de una generación (5.7%). Además, más del 80% de los hijos viven o en la misma casa o en el mismo pueblo o ciudad que sus padres. Las familias extensas no son más frecuentes en el medio rural (25%) que en el urbano (26%) como se ha afirmado. Finalmente, una quinta parte de las familias encuestadas declara que es poco o ninguno el cariño que se prodigan los miembros de la familia entre sí y les parece insuficiente o nula la expresión de afecto en sus hogares.

La investigación concluye con los siguientes motivos que constituyen la primera causa de conflicto en el núcleo familiar: violencia, conflictos económicos, divorcios, adicciones, dificultades de convivencia o comunicación y problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos. Algunas de estas problemáticas serán descritas a continuación.

### **Violencia familiar**

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define la violencia contra las mujeres como cualquier acto u omisión que cause daño o sufrimiento emocional, físico, económico o

sexual -incluso la muerte- tanto en el ámbito privado como en el público. Dicha violencia está basada en el sometimiento, discriminación y control que se ejerce sobre las mujeres en todos los ámbitos de su vida, afectando su libertad, dignidad, seguridad e intimidad, violentando así el ejercicio de sus derechos.

La violencia contra las mujeres concibe el sometimiento de la mujer en todos los aspectos de su vida; enfatiza que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad moral y física. Además, debilita los valores de la convivencia, propicia la desintegración familiar, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; simultáneamente, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo, en donde se manifiesta en el bajo rendimiento o la deserción escolar y en el tiempo de trabajo perdido o el ausentismo laboral.

Los resultados de la encuesta (antes citada), respecto a la violencia familiar, se muestran en la siguiente tabla:

#### Mujeres que han sufrido los diferentes tipos de violencia en distintos ámbitos

Ámbito \ Tipo	Emocional	Económica	Física	Sexual	Discriminación
<b>Hogar</b>	41.4	22.4	19.6	8.4	-
De pareja	37.5	23.4	19.2	9.0	-
Familiar	15.4	1.0	2.9	-	-
<b>Patrimonial</b>	-	5.8	-	-	-
<b>Comunitario (en espacios públicos)</b>	36.6	-	-	16.6	-
<b>Escolar</b>	12.3	-	6.7	2.1	-
<b>Laboral</b>	11.9	-	1.3	1.0	23.7
<b>Total</b>	<b>60.6</b>	<b>25.8</b>	<b>23.5</b>	<b>23.0</b>	<b>6.8</b>

**Nota:** Los datos están estimados en porcentajes.

La tabla presenta los diferentes tipos de violencia contra las mujeres:

*Violencia emocional:* Se refiere a las agresiones que, aunque no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, afectan su estado emocional o psicológico. Ejemplos de este tipo de agresiones hacia la mujer entrevistada son insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, omisiones, menosprecio y burlas, entre otras.

*Violencia económica:* Son aquellas formas de agresión que el hombre ejerce sobre la mujer a partir de, o con el fin de, controlar los ingresos o el flujo de los recursos monetarios que ingresan al hogar; o bien, al cuestionar la forma en que dicho ingreso se gasta.

*Violencia física:* Hace referencia a las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer, lo que se traduce en un daño o en un intento de daño permanente o temporal. Las agresiones físicas comprenden empujones, jalones, golpes, agresión con armas, entre otras.

*Violencia sexual:* Toda forma de dominación que se ejerce sobre la mujer entrevistada con el fin de tener relaciones sexuales con ella, sin su consentimiento. Estas formas de dominación van desde exigir, hasta el uso de la fuerza para lograr el sometimiento.

Además de los tipos de violencia, la tabla muestra los ámbitos donde se presenta:

*Hogar:* Agresiones o maltratos sufridos por la mujer en el último año por parte de la pareja o esposo (*De pareja*) y agresiones o maltratos sufridos por la mujer, por parte de miembros de su familia o de la familia del esposo, sin considerar al esposo o pareja (*Familiar*).

*Patrimonial:* Son las situaciones de coerción o despojo declaradas por la mujer entrevistada sobre sus propiedades. El propósito de captar este tipo de violencia contra la mujer es identificar si algún familiar u otras personas la han despojado de algún bien o propiedad, o si la han forzado u obligado para poner sus bienes o alguna propiedad a nombre de otra persona.

*Comunitario:* Se indaga sobre las situaciones de violencia que las mujeres de 15 años y más han padecido a lo largo de su vida como: ofensas, abuso, extorsión, hostigamiento, acoso u otras agresiones de carácter sexual, en espacios públicos (calles, centros de recreación o diversión) o privados (en casa de otras personas).

*Escolar:* Se refiere a las situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual, experimentadas por la mujer entrevistada en los centros educativos a los que asiste o ha asistido a lo largo de su vida.

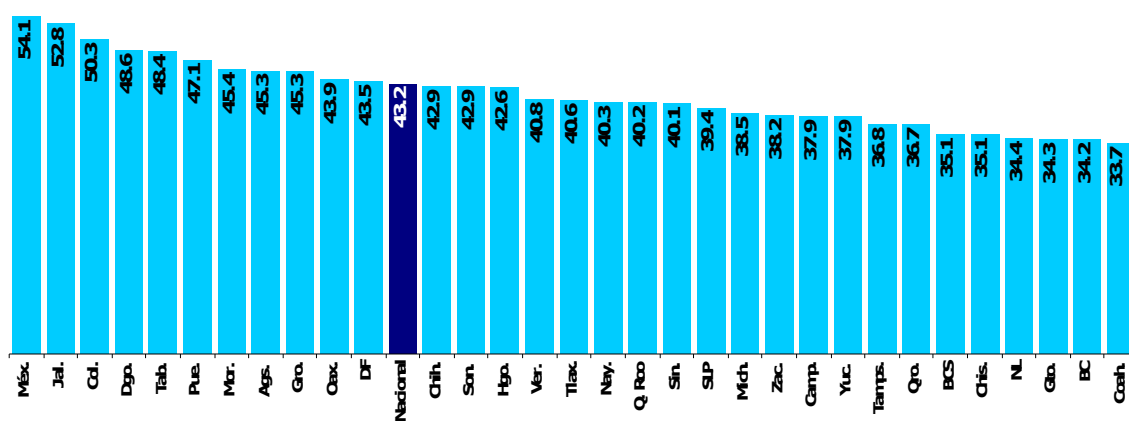
*Laboral:* Hace referencia a las situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual, enfrentadas por la mujer entrevistada en el lugar donde trabajó durante los 12 meses anteriores a la entrevista.

En síntesis, se puede decir que son altos los índices de violencia reportados por las mujeres, siendo el de tipo emocional el que más se presenta, con un porcentaje del 60.6%, lo cual indica que más de la mitad de las mujeres entrevistadas han sido víctimas de este tipo de violencia y aún cuando las agresiones no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, afectan su autoestima, su seguridad y

otros aspectos de su estado psicológico. Además, es aún más preocupante, que este tipo de violencia la reciba en el hogar, específicamente de su pareja.

Con respecto a esto, la siguiente gráfica, muestra el porcentaje de mujeres (en cada estado), que sufrieron violencia durante su última relación por parte de su pareja o expareja.

**Mujeres que sufrieron violencia a lo largo de su última relación por parte de su pareja o ex pareja**



Como puede apreciarse, es en el Estado de México donde más mujeres reportan sucesos de violencia por parte de sus parejas, mientras que el promedio nacional es de 43.2, cifra alarmante, puesto que representaría que 4 de cada 10 mujeres sufren violencia de cualquier tipo, sin contar a las mujeres que por diversas situaciones son violentadas y deciden guardar el secreto.

Por otro lado, de acuerdo a los datos del INEGI (op. cit.), respecto a la violencia infantil, los tipos de maltrato más frecuentes hacia los niños son el físico, el emocional y la omisión de cuidados, aunque desafortunadamente, se da más de un tipo de maltrato en cada caso. También cabe señalar que no se sabe con exactitud la cifra de niños maltratados debido a varias causas, tales como: algunas clases de violencia infantil son muy difíciles de precisar e identificar porque no dejan huellas visibles en las víctimas, tal es el caso del maltrato emocional, la negligencia o de algunos tipos de abuso sexual. Además, muchos casos no se denuncian porque los niños no saben que están recibiendo tratos inadecuados, o porque sabiéndolo no lo dicen por miedo a las reprimendas de los adultos con quienes viven.

La tabla siguiente muestra el porcentaje de menores que recibieron atención por maltrato infantil:

**Maltrato infantil - tipo de maltrato - 2002-2004 - nacional**  
**Porcentaje de menores atendidos por maltrato infantil, por tipo de maltrato, 2002, 2003 y 2004**

Tipo de maltrato	2002	2003	2004
Físico	31.0	29.2	23.7
Abuso sexual	4.9	4.4	3.8
Abandono	6.4	8.4	7.7
Emocional	20.6	27.0	21.1
Omisión de cuidados	23.2	27.7	27.6
Explotación sexual comercial	0.3	0.2	0.2
Negligencia	13.4	8.6	8.3
Explotación laboral	1.1	0.8	0.8

## Suicidios

Entre las causas de los suicidios se encuentran principalmente aspectos relacionados con conflictos familiares y amorosos, enfermedades graves, incurables y mentales. Sin embargo, también es preciso considerar la presencia de aspectos socioeconómicos, como un elemento relevante en esta problemática, debido a que la situación económica demanda que los individuos se vean en la necesidad de buscar fuentes de recursos económicos y al enfrentarse con una realidad difícil, desigual y competitiva pueden tener una repercusión en sus estados emocionales, generándoles ansiedad, depresión y tensiones familiares, que los pueden llevar a tomar la decisión de atentar contra sus vidas.

La primera tabla nos muestra el porcentaje de muertes por suicidio, mientras que en la segunda aparecen los medios empleados tanto por hombres como por mujeres para quitarse la vida.

### Muertes violentas - proporción suicidio - género - 2002-2006

#### Porcentaje de muertes por suicidio

Entidad federativa Sexo	2002	2003	2004	2005	2006
Estados Unidos Mexicanos	7.4	7.8	8.0	8.1	7.9
Hombres	7.7	8.2	8.5	8.6	8.4
Mujeres	6.0	6.4	6.3	6.5	6.3
No especificado	0.0	1.4	8.2	0.0	3.3

### Muertes - suicidio - medio empleado - género - 2006

#### Suicidios registrados por sexo según medio empleado, 2006

Entidad federativa	Total	Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas	Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas	Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	Disparo de arma de fuego	Objeto cortante	Saltar de un lugar elevado	Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	Otro
Estados Unidos Mexicanos	4277	60	293	3 158	591	62	30	11	72
Hombres	3563	20	178	2 694	534	51	21	7	58
Mujeres	713	40	115	463	57	11	9	4	14

Como puede observarse, el porcentaje de muertes por suicidio ha aumentado del 2002 al 2006, tanto en hombres como en mujeres, además de que los medios empleados más frecuentemente son el ahorcamiento, estrangulación o sofocación, seguida del disparo de arma de fuego.

## Adicciones

Uno de los problemas de salud más graves que nuestro país enfrenta es el del aumento en el consumo de drogas en la población. Esta situación se ha agudizado en los últimos tiempos debido a que la edad de inicio para su consumo ha disminuido notablemente y el tipo de sustancias que se ingieren cada vez son más tóxicas y adictivas. Además, cada vez se registra un aumento en la disponibilidad de las drogas lícitas como la venta de cigarros sueltos y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas, así como la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización de la delincuencia organizada conocidas como “narcomenudeo”.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), un total de 16, 371, 601 personas consumen tabaco de forma regular en México (fumadores activos), afectando a 17, 860, 537 individuos que involuntariamente inhalan el humo del tabaco (fumadores pasivos) con alto riesgo para su salud. Alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente a causa de uno de las 40 enfermedades asociadas al consumo el tabaco, lo que representa una muerte cada diez minutos. Aunque la prevalencia de fumadores a lo largo de 20 años se ha mantenido relativamente estable, quienes consumen tabaco lo hacen a edades más tempranas, incluso antes de los 12 años. Esto aumenta el riesgo (más de trece veces) de que esta población use otras drogas.

Con respecto al consumo de alcohol, México se ha caracterizado por ocupar uno de los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática alcohólica.

En poblaciones urbanas uno de cada tres menores de edad reportaron haber ingerido bebidas con alcohol, mientras que en las rurales esta proporción fue sólo del 14%. El consumo más frecuente es entre los 18 y 49 años y se calcula que 2, 841, 303 personas sufre de dependencia alcohólica en México (2, 595, 300 hombres y 246, 003 mujeres).

Con respecto al consumo de drogas ilícitas, existen en México 3, 508, 641 personas entre 12 y 65 años de edad han consumido este tipo de drogas alguna vez en su vida. Ello quiere decir que en relación con el total de la población urbana y rural, incluida en el estudio, el 8.6% de los hombres y el 2.1% de las mujeres han usado drogas ilegales en alguna ocasión, con un total para ambos sexos de 5.03%. Las drogas que más se utilizan en México son:

Marihuana: 0.70% (334,731 personas) la usaron en el último mes.

Cocaína: 0.21% (99,202 personas) la usaron en el último mes.

Inhalantes: 0.09% (40,925 personas) los usaron en el último mes.

Cabe señalar que a partir de 1980, aumentó considerablemente el consumo de la cocaína, pero a partir de 1995, ésta ha sido sustituida por las metanfetaminas y otras drogas debido a lo sencillo que resulta su producción de manera local, lo que aparentemente resuelve el problema del tráfico ilegal desde la región andina. En diferentes encuestas nacionales de adicciones se observa que mientras el uso de inhalables disminuye, el de cocaína y marihuana se estabiliza, en relación con el consumo de anfetaminas; de ello se deriva no solo el aumento de consumidores, sino el consumo de drogas con efectos más potentes, como la heroína. (ENA, op. cit.).

## **Divorcios**

Las disoluciones o la separación voluntaria de los cónyuges origina un reacomodo de la familia respecto a los arreglos domésticos, al acuerdo de la aportación económica de los padres para la manutención de los hijos, el establecimiento de las visitas de los padres a los hijos, entre otras. Cuando se da esta disolución, la pareja puede orientarse a uno de los dos siguientes sentidos: 1. Vivir el divorcio como una etapa del ciclo vital en la que habrá peleas y desacuerdos entre los ex-cónyuges sólo en una primera fase, pero se mantiene el cuidado y la preservación de los hijos. Existe también dolor frente a las pérdidas que produce la separación, pero se sabe y se reconocen las responsabilidades entre las partes. A pesar de que el vínculo conyugal queda disuelto, las funciones parentales se mantienen en armonía. 2. Vivir el divorcio de manera destructiva, lo cual se caracteriza por litigios permanentes, gran competencia por ganar y denigrar a la otra parte, se buscan culpables y cómplices (en vez de reconocer las mutuas responsabilidades), descuidando y desprotegiendo a los hijos, quienes pueden quedar abandonados a sus propios medios. Algunos efectos en los hijos pueden ser que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de las parejas viven sus divorcios de forma destructiva y es hasta que pasan por un proceso terapéutico, que se orientan a vivir la disolución conyugal como en el primer punto.

Desafortunadamente, las separaciones y los divorcios son más frecuentes en los últimos años y hay más mujeres que hombres en esta situación.



La siguiente tabla nos muestra la edad promedio en la que se divorciaron las parejas entre el 2002 y 2006:

### Divorcios - edad media - 2002-2006

Edad media en la que se divorciaron las parejas, según sexo, 2002 a 2006

(Años)	2002		2003		2004		2005		2006	
Entidad federativa	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	36.6	33.9	37.0	34.2	37.2	34.5	37.4	34.7	37.6	34.9

Las causales más frecuentes de divorcio son: separación del hogar conyugal, abandono de hogar por más de 3 o 6 meses (sin causa justificada), negativa a contribuir voluntariamente o por sentencia del juez familiar al sostenimiento del hogar, violencia familiar e incompatibilidad de caracteres y por adulterio o infidelidad sexual.

### Migración

México se ha convertido en el campeón de la migración mundial con 11 millones de connacionales en Estados Unidos y 28 millones de personas de origen mexicano en aquel país (Rodríguez, 2008).

La expulsión de mexicanos hacia Estados Unidos ahora también incluye a personas de mayor nivel educativo, con alrededor de un millón de profesionales que han emigrado para obtener mayores oportunidades de trabajo y mejor nivel de vida. Lo anterior representa un desperdicio del potencial poblacional para el desarrollo de México, pues se ha detectado que 800 municipios del país ya registran tasas negativas de población. En México sólo entre 2000 y 2005 se perdieron en el campo 900 mil empleos, y en la industria 700 mil. Esto ha propiciado un crecimiento de la economía informal, que ahora representa entre 40 y 60 por ciento de la población económicamente activa.

Otros efectos de la migración son: la despoblación de algunas regiones, en las cuales el desarrollo político, económico y social se ha visto bloqueado al no tener fuerza laboral. En el ámbito familiar, en muchas ocasiones las familias se desintegran sobre todo cuando el padre o la madre emigra de forma ilegal y la demás familia se queda en el país. La tabla que se muestra a continuación presenta

la población que ha emigrado a los E.U. en los periodos de 1990 a 1995 y de 1995 al 2000, de acuerdo a los datos del INEGI (op. cit.).

**Migración - a Estados Unidos de América - género - 1990-2000 - nacional**

**Población emigrante con destino a Estados Unidos de América por periodo según sexo, de 1990 a 1995 y de 1995 a 2000**

Periodo	Total	Hombres	Mujeres
1990-1995	1 737 520	1 203 810	533 710
1995-2000	1 500 321	1 132 637	367 684

**Ocupación y empleo**

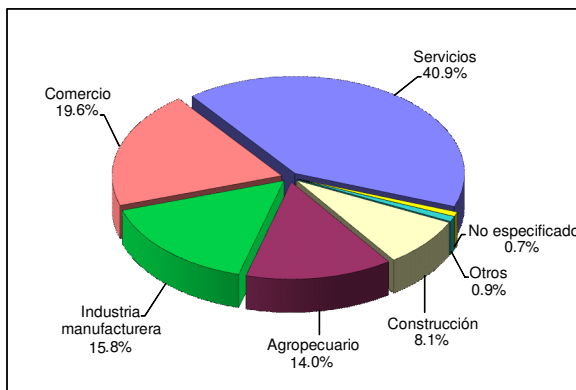
De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2008), durante el segundo trimestre de este año, la población económicamente activa (PEA) del país se ubicó en 45.5 millones de personas, que representan el 59.1% de la población de 14 años y más, de ellas, el 96.5% estaba ocupado y el 3.5% restante desocupado.

Las siguientes gráficas muestran el porcentaje de población ocupada por sector de actividad y de acuerdo a su posición:

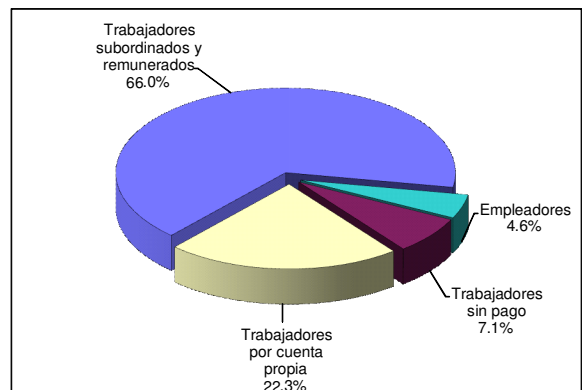
**POBLACIÓN OCUPADA DURANTE AGOSTO DE 2008**

(Porcentaje)

Por sector de actividad



Según su posición



Otro informe del INEGI, pero del 2004, presenta información más específica de la ocupación y empleo de la población:

**Población Económicamente Activa (se conoce como PEA o asalariados)**

Trabajadores con prestaciones laborales	15 583 244
Trabajadores sin prestaciones laborales	10 880 019

**No asalariados**

Trabajadores por cuenta propia	10 361 154
Trabajadores sin pago alguno	3 344 868
Trabajadores "Otros"	2 115 500

Como puede apreciarse en las tablas, la población económicamente activa se divide en dos: la población ocupada y la población desocupada, que suma 1.14 millones. La población ocupada, compuesta por 42 millones de trabajadores, se subdivide en población asalariada: 26 millones, y no asalariada, 15.4 millones.

**Población No Económicamente Activa (PNEA)**

Trabajadores en quehaceres domésticos	17 521 413
Trabajadores en otras actividades	3 368 771
Trabajadores pensionados y jubilados	1 670 144
Trabajadores y/o Estudiantes	12 907 300

En este caso, a la población que se le considera no económicamente activa, la componen cinco subcategorías de sujetos que son: los estudiantes, las domésticas, los jubilados y pensionados, los discapacitados y otros no definidos. Lo que las estadísticas del INEGI nos dan a conocer es que la PEA y la PNEA, que forman la clase trabajadora en el sentido amplio y que producen la riqueza del país, son casi 77 millones de trabajadores en los cuatro sectores económicos:

Sector primario (rural)	6 797 745
Sector secundario (industrial)	10 133 313
Sector terciario (servicios)	24 935 647
Sector cuaternario (informal)	35 000 000

De acuerdo a estos datos, casi el 50% de la población tiene que buscar su propia forma de empleo (autoempleo). Por otra parte, los salarios en la actualidad son bajos, hay personas que trabajan sin recibir retribución (más de tres millones), los trabajadores rurales reciben menos de un salario mínimo por más de doce horas de trabajo diario. Los trabajadores del sector industrial tienen salarios de entre uno y tres mínimos y los trabajadores del sector terciario, que gozan mejores salarios y prestaciones pero que no dejan de ser insuficientes para la manutención de sus hogares.

Es así, que las nuevas familias se están reorganizando para mitigar los efectos de la difícil situación económica, por ejemplo, no es extraño ver que cada día las esposas y los hijos incursionen en el ámbito laboral, contribuyendo de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar. De hecho, se ven muchas familias jefaturadas por mujeres, como se aprecia en la tabla:

<b>Jefe del hogar - género - 2000/2005</b>						
<b>Hogares y su distribución porcentual según sexo del jefe, 2000 y 2005</b>						
<b>Entidad federativa</b>	<b>2000</b>			<b>2005</b>		
	<b>Hogares</b>	<b>Jefe</b>	<b>Jefa</b>	<b>Hogares</b>	<b>Jefe</b>	<b>Jefa</b>
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>22 268 916</b>	<b>79.4</b>	<b>20.6</b>	<b>24 803 625</b>	<b>76.9</b>	<b>23.1</b>

Finalmente, es importante resaltar que así como todas estas problemáticas pueden presentarse en la familia, es este mismo núcleo el que tendría que asumir la responsabilidad del tratamiento y la prevención de éstas.

### **1. 3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada**

Las problemáticas expuestas han sido abordadas desde diversas disciplinas y por ende, desde diferentes enfoques. Áreas como la medicina, la antropología, la sociología y la psicología, por mencionar algunas, han hecho intentos por dar solución a los conflictos.

La Universidad Nacional Autónoma de México se ha caracterizado por formar profesionales, de diversas áreas, capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad de nuestro país.

En el ámbito de la psicología, la Maestría con residencia en Terapia Familiar Sistémica de dicha institución, surge para dar respuesta a las problemáticas sociales, considerando el contexto nacional actual, para ello es necesario aplicar todos los conocimientos que propone el programa en esta área específica, además se caracteriza por promover el desarrollo de habilidades clínicas en el contexto de la práctica clínica supervisada y bajo la modalidad del trabajo en equipo con casos reales (Programa de Residencia en Terapia Familiar, 2002).

La terapia familiar, al provenir de diversas teorías que abarcan diferentes campos del saber (teoría general de los sistemas, epistemología cibernética, teoría de la comunicación humana, entre otras), logra tener una visión integradora y permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los sistemas sociales (pareja, familia y sociedad), tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional, religioso, cultural, político y económico).

Esta visión integradora y circular, resulta significativamente diferente a otras formas de tratamiento clínico, que se caracterizan por atender al individuo en aislado y por ello, pueden resultar benéficas en principio, pero cuando la persona regresa a su grupo social, difícilmente se mantienen los cambios. En la terapia familiar se da un proceso que altera la forma habitual de funcionamiento de la familia, es decir, la manera como se comunican, los roles que cada uno juega, las reglas de comportamiento, los patrones de relación que ocurren y las formas de control que se usan entre ellos (Eguiluz, 2001). El propósito de la intervención sistémica será lograr la introducción de un cambio significativo en la interacción familiar que haga innecesaria la manifestación sintomática del paciente identificado.

Con los elementos que aporta la terapia familiar sistémica, los problemas que comúnmente se suscitan en las familias, se resuelven, gran parte de ellos, al abordarlos de acuerdo a donde se gestan, desarrollan y mantienen. La terapia familiar también permite, que a pesar de que no asistan todos los integrantes de la familia, éstos sean considerados (a través de cuestionamientos y técnicas específicas) o muchas veces, se logra que asistan los integrantes que se mostraban más renuentes o menos cooperativos.

Otro aporte de la terapia familiar sistémica, son las construcciones de sus hipótesis, puesto que éstas conectan la conducta de cada miembro con la de todos los demás y el foco de la intervención se centra en las características de la organización del sistema en el que el motivo de consulta tiene sentido.

Los modelos de terapia familiar son: los modelos estratégicos, estructurales, de terapias breves, el modelo de Milán y el enfoque de soluciones. Algunas ventajas de estos modelos es que son breves, es decir, no requieren de un gran número de sesiones y no generan dependencia de la familia o individuo al terapeuta, puesto que en todos se busca la autonomía de la familia.

Además, también figuran las terapias posmodernas, que ponen énfasis en la construcción de la realidad, de significados y del lenguaje de las personas: Dentro de este marco epistemológico podemos citar las terapias narrativas, los enfoques colaborativos y los equipos reflexivos. Dichas formas de trabajo, han tenido un fuerte impacto en las nuevas demandas sociales.

Es así que la terapia familiar sistémica y las terapias posmodernas, han tenido éxito en la atención de casos como desórdenes alimenticios (bulimia y anorexia), problemas conyugales, problemas para establecer límites con los hijos, casos de violencia, entre otros, logrando abordar las problemáticas desde una perspectiva interaccional en cierto contexto social, con lo cual se hace más eficiente el trabajo del psicólogo clínico en el ámbito de la salud mental.

## **2. Caracterización de las entidades y escenarios donde se realiza el trabajo clínico**

### **2.1. Descripción de los escenarios clínicos**

De acuerdo al Programa de Maestría en Psicología (2002), los programas de residencia son el eje central de los estudios de la maestría y tienen la finalidad de establecer las habilidades y competencias profesionales especializadas en los campos de conocimiento aplicado. En el 2001 inició la residencia de Terapia Familiar Sistémica, la cual se imparte en dos entidades: en la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), en cada una de éstas se reciben 10 alumnos por año y su principal objetivo es capacitarlos para que desarrollen habilidades que les permitan identificar e intervenir en problemas del área de la salud mental.

Durante la residencia los alumnos cubren 145 créditos, de los cuales 42 pertenecen al tronco teórico metodológico y 103 para las actividades propias de la residencia, que contemplan un mínimo de 1650 horas, caracterizadas por la práctica supervisada en diferentes escenarios clínicos en los que se trabaja con familias. Cabe señalar que en ningún otro programa de entrenamiento en terapia familiar sistémica de la República Mexicana, se cuenta con esta cantidad de horas de supervisión en vivo.

Las sesiones de intervención de los alumnos de la FESI se llevaron a cabo en los siguientes escenarios:

1. Clínica de Terapia Familiar de la FESI.
2. Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Tlalnepantla.
3. Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco (CCHA).

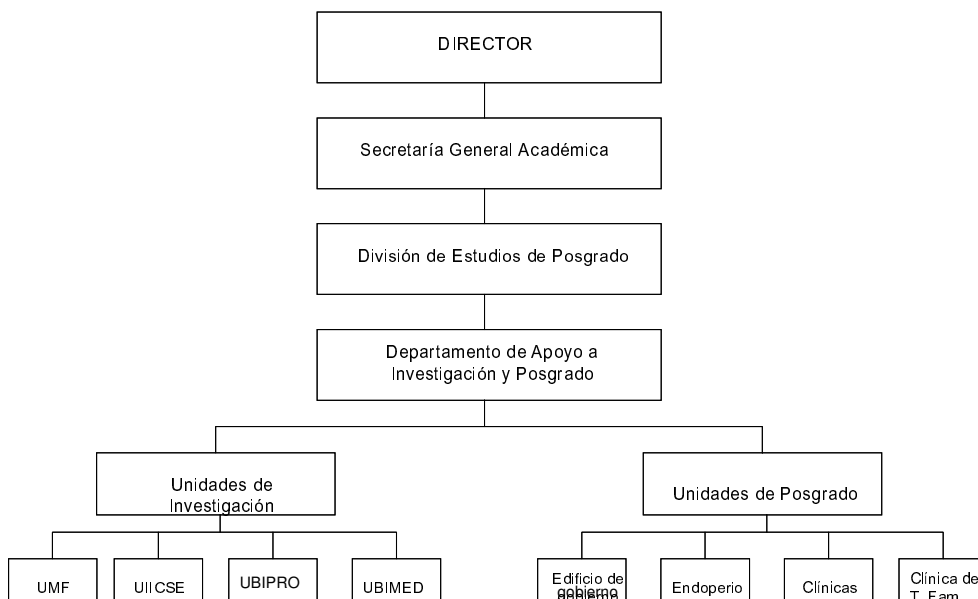


### Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala fue fundada en 1975, se encuentra ubicada en Av. de los Barrios No. 1, Col. Los Reyes Iztacala en Tlalnepantla, Estado de México.

La organización administrativa de la facultad está conformada por: Dirección General, Secretaría General Académica, Secretaría de Planeación, Cuerpos Colegiados y Sistemas de Información, Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, Secretaría Administrativa, Coordinación General de Estudios Superiores y Procesos Institucionales y Unidad Jurídica.

El organigrama de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala es el siguiente:



Dentro de la Secretaría General Académica se encuentra la División de Investigación y Posgrado, a la cual pertenece el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FESI.

La Clínica de Terapia Familiar se inauguró en el 2002 y se ubica en el primer piso del edificio de Endoperiodontología. La clínica cuenta con dos cubículos y una sala, los cubículos se encuentran comunicados por un espejo de visión bidireccional; detrás del espejo se localizan las supervisoras y el equipo de terapeutas, mientras que del otro lado, se ubican el terapeuta y la familia. Durante las sesiones, el sistema de supervisión (supervisoras y equipo de terapeutas) está en comunicación con el terapeuta a través de un teléfono de intercomunicación, el cual se utiliza cuando se considera conveniente proponer alguna intervención al terapeuta, o bien, cuando el equipo requiere realizar alguna pregunta a la familia. El equipo electrónico disponible en este escenario consiste en la línea telefónica con sistema de comunicación interna para ambos cubículos, un micrófono ambiental, un aparato amplificador de sonido, una videocámara, una videocasetera VHS y una televisión.



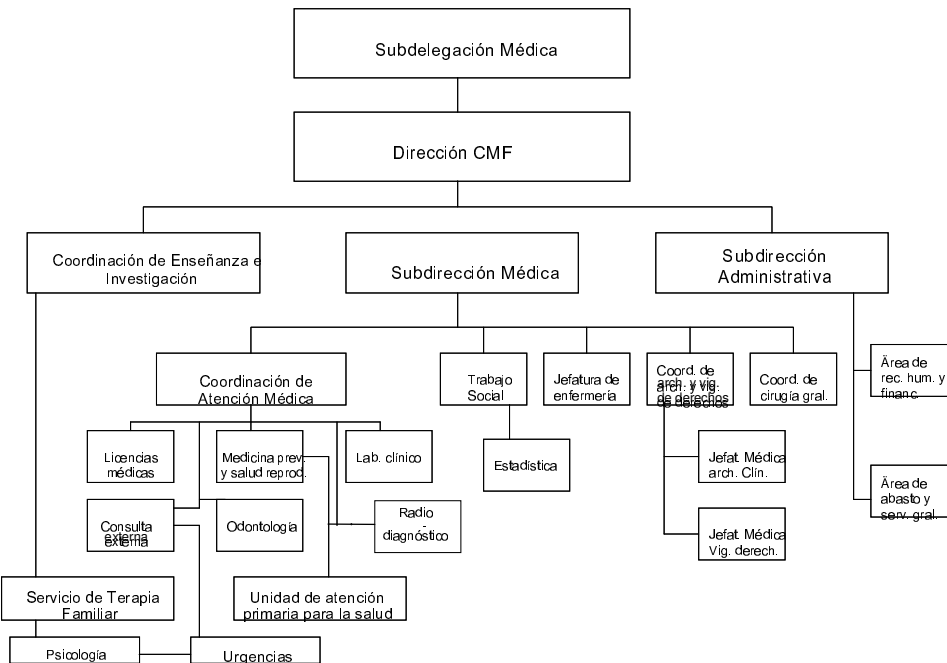
### **Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Tlalnepantla**

El ISSSTE cuenta con 94 clínicas de medicina familiar en todo el país. La Clínica de Tlalnepantla se inauguró en 1988, ésta se encuentra ubicada en Jalapa No. 68, Col. Ceylán. La Subdelegación Médica en el Estado de México organiza las clínicas en dos estructuras:

1. La Estructura Orgánica que comprende: la Dirección de la Clínica de Medicina Familiar y dos Subdirecciones, la Médica y la Administrativa.
2. Estructura Técnico Operativa, conformada por la Consulta Externa, la cual ofrece la atención de Psicología y es parte de este servicio el de Terapia Familiar, que ha brindado atención desde 1994 a través del Diplomado de Terapia Familiar de la FESI (División de Educación Continua) y desde el 2002 se permite que los residentes de la maestría ofrezcan el servicio.



El organigrama de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Tlalnepantla, es el siguiente:



El espacio que se emplea para ofrecer la terapia es el consultorio de psicología, en este lugar el equipo de supervisión se sitúa detrás de la familia y de frente al terapeuta. Cuando las supervisoras consideran conveniente hacer algunas indicaciones al terapeuta, las escriben en un pizarrón colocado al fondo del consultorio, mismo que le queda de frente al terapeuta. Antes de que finalice la sesión (10 o 15 minutos), el terapeuta pide a los consultantes que salgan a la sala de espera unos minutos para que el equipo pueda hacer sus comentarios acerca del caso, una vez hecho lo anterior, el terapeuta llama a la familia para cerrar la sesión. El equipo electrónico con que cuenta esta instancia es de una televisión y una videocasetera VHS, mientras que la videocámara fue llevada por los terapeutas en formación.

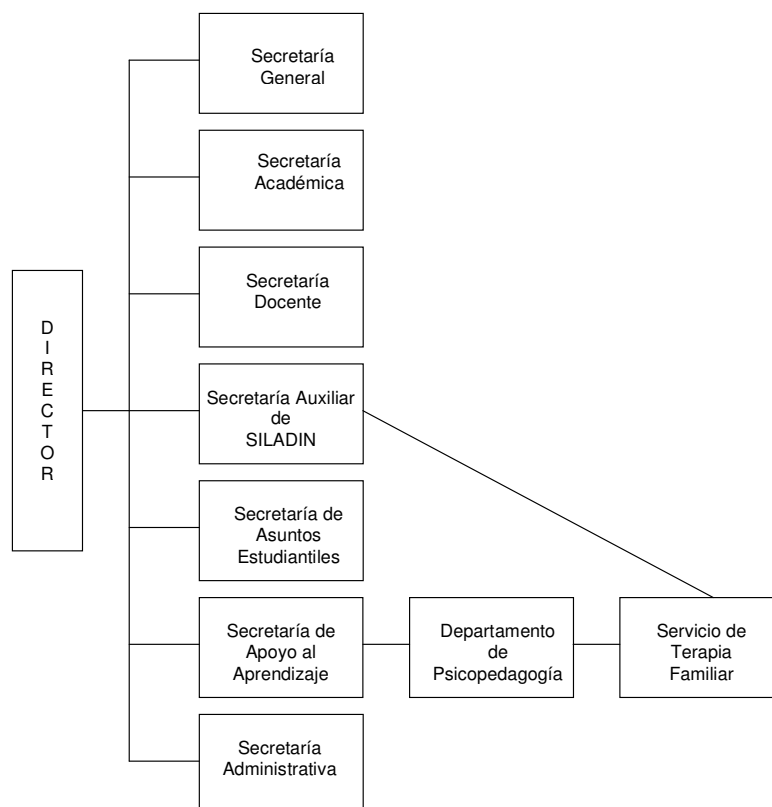


### Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco (CCHA)

El CCH es una institución académica que ofrece estudios de enseñanza media superior, esta modalidad de estudios fue aprobada por el Consejo Universitario de la UNAM en 1971. Este colegio

se ubica en la Av. Aquiles Serdán No. 2060. Col. Ex Hacienda del Rosario, en la Delegación Azcapotzalco.

Su organigrama es el siguiente:



Como puede observarse, una de las secretarías que compone al CCHA es la de Apoyo al Aprendizaje, que cuenta con el Departamento de Psicopedagogía, mismo que se encarga de referir a las personas al servicio de Terapia Familiar.

Las sesiones se realizan en un salón ubicado en el segundo piso del edificio del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN). Se trata de un salón amplio que se encuentra dividido en dos secciones por medio de un espejo de visión bidireccional, ambos espacios se encuentran comunicados a través de una línea telefónica de intercomunicación, así que la distribución y forma de trabajo es similar a la de la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, excepto que en este escenario sólo participa una supervisora. El equipo técnico con el que se cuenta consiste en la línea telefónica, una televisión, una videocasetera VHS, una videocámara y un micrófono ambiental.

## **2. 2. Trabajo y secuencia de participación en los escenarios clínicos**

Los alumnos de la residencia se distribuyen en dos equipos de cinco personas cada uno, los alumnos son en su mayoría mujeres (ocho) y se procura que en cada equipo participe un hombre. En el primer semestre un equipo asiste dos veces por semana a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, mientras que el otro equipo asiste un día de la semana al CCH Azcapotzalco y otro día al ISSSTE. Para los semestres siguientes se invierte la asistencia a los espacios, de tal forma que cada equipo está dos semestres en cada escenario.

El equipo terapéutico total está constituido por los cinco terapeutas en formación, dos supervisoras y la familia. Cada terapeuta tiene a su cargo dos familias por semestre, como mínimo, y mientras el terapeuta está al frente de la familia, los otros terapeutas fungen como observadores.

En los tres escenarios los terapeutas inician el proceso terapéutico haciendo una llamada telefónica a los usuarios, una vez que les han sido asignados los casos. En esta llamada se solicitan algunos datos generales sobre la familia, el motivo de consulta, cuestionar quiénes asistirán a la terapia y, de preferencia y si en este primer contacto el usuario lo posibilita, se obtiene la información para realizar su familiograma. Además, se le comenta de forma breve que se requieren filmar las sesiones con el propósito exclusivo de ser analizadas y se les explica que se trabaja con un equipo de terapeutas. Al final de la llamada se les da la fecha y hora de cita. En esta llamada el terapeuta asume una postura de escucha interesada con el objetivo de establecer una relación empática.

Cuando los usuarios se presentan a su primer cita, nuevamente se les explican, pero de forma más amplia, los motivos de la video grabación y se les pide su autorización por escrito para ser filmados. Se les aclara que además del terapeuta encargado del caso, estará detrás del espejo (en el caso de las Clínicas de la FESI y del CCHA) y detrás de ellos (en la Clínica del ISSSTE), un equipo de terapeutas que observarán las sesiones y participarán en ellas a través de intervenciones telefónicas, anotaciones en el pizarrón o conversaciones directas con la familia, según el escenario. Después se realiza el encuadre, en el que se indican aspectos como duración, frecuencia (cada quince días) y costo de las sesiones (cincuenta pesos, en el caso de la Clínica de la FESI), así como los motivos por los cuales pueden ser dados de baja.

Las sesiones generalmente se desarrollan en las siguientes etapas:

1. Presesión.- El equipo terapéutico se reúne para comentar la información recabada de la llamada telefónica (en el caso de la primera sesión) o para leer y discutir el acta de las sesiones (en el

- caso de las sesiones posteriores). Las actas son elaboradas por el terapeuta a cargo de la familia e incluyen el motivo de consulta, el familiograma, un resumen de lo que se trabajó en la sesión anterior (incluyendo las intervenciones) y los objetivos de lo que se trabajará en la sesión.
2. Sesión.- Durante la sesión el terapeuta conversa con la familia tomando en cuenta los puntos que se discutieron en la presesión. La sesión dura alrededor de 50 minutos.
  3. Discusión de la sesión.- El terapeuta hace un corte en el trabajo con la familia y se reúne con el equipo de supervisión para discutir lo ocurrido durante la sesión y se decide cómo cerrarla.
  4. Conclusión de la sesión.- El terapeuta regresa con la familia y les comenta las observaciones del equipo, en algunos casos, hace prescripciones.
  5. Post-sesión.- El equipo terapéutico analiza el desarrollo de la sesión, se proponen nuevas hipótesis, se sugieren líneas de investigación y se retroalimenta al terapeuta con respecto a su desempeño durante la sesión.

En la mayoría de los casos se sigue esta metodología, sin embargo, en determinadas situaciones la dinámica de las sesiones puede variar, por ejemplo cuando algún integrante del equipo de supervisión pasa con la familia a compartir alguna experiencia o dar un mensaje para tener mayor impacto en la familia.

Cabe señalar que, cuando el semestre termina y las familias aún no se dan de alta, la supervisión la realiza sólo el equipo de terapeutas, para lo cual es necesario que a la sesión asistan por lo menos dos personas del equipo. Además, el terapeuta a cargo puede solicitar la supervisión del caso a una de las supervisoras.

La participación que tuve en los escenarios, la presento de forma esquemática:

Semestre	Escenarios clínicos	Día y horario	Familias atendidas como terapeuta responsable
1°	CCHA	Martes de 7:00 a 12:00 hrs.	Observadora de 10 familias
	ISSSTE	Jueves de 8:00 a 12:00 hrs.	
2°	Clínica de Terapia Familiar de la FESI	Martes de 9:00 a 13:00 hrs.	1
		Jueves de 8:00 a 14:00 hrs.	1
3°	CCHA	Martes de 9:00 a 13:00 hrs.	1
	ISSSTE	Jueves de 8:00 a 12:00 hrs.	1
4°	Clínica de Terapia Familiar de la FESI	Martes de 9:00 a 13:00 hrs.	1
		Jueves de 8:00 a 14:00 hrs.	2

*Primer semestre.-* Asistí los días martes al CCH Azcapotzalco y los días jueves a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Tlalnepantla, mi participación fue como observadora del trabajo clínico que se realizó con 10 familias (5 en cada escenario). Los terapeutas encargados pertenecían a la segunda generación del programa.

*Segundo semestre.-* Estuve todos los martes y los jueves de cada quince días en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, mi participación fue como miembro del equipo de supervisión observando e interviniendo de manera indirecta en el trabajo con once familias y como terapeuta directa de dos familias.

*Tercer semestre.*- Nuevamente estuve en el CCH Azcapotzalco y en la Clínica del ISSSTE. Tanto en el primer escenario como en el segundo, participé como integrante del equipo de supervisión en el trabajo con cuatro familias y como terapeuta principal de un usuario, de tal forma que en este semestre se dio atención a un total de diez familias. En este periodo tuvimos como observadores a cinco terapeutas de la quinta generación del programa de Maestría.

*Cuarto semestre.*- Asistí a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y participé como miembro del equipo de supervisión en el trabajo con doce familias y como terapeuta principal de tres, atendiendo un total de quince familias.

### **2. 3. Análisis sistémico de los escenarios clínicos**

El servicio de Terapia Familiar que se ofrece en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI está a cargo del personal docente del programa de Maestría y de los alumnos residentes del mismo. La Clínica ofrece su servicio principalmente a alumnos, trabajadores de la institución y a la comunidad en general, para solicitar la atención deben anotarse en una lista de espera, la cual coordina una de las supervisoras de este escenario. Generalmente se da la atención a las familias en el orden en que solicitan el servicio, sin embargo, hubo casos en los que a alguna familia se le dio prioridad debido a que la atención fue considerada con carácter de urgencia, por ejemplo cuando algún joven presentaba conductas de riesgo como intentos suicidas.

Cabe señalar que este escenario posibilita el trabajo multidisciplinario, puesto que al ubicarse próximo a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), que ofrece servicios psicológicos y médicos, es común que refieran a las personas que requieran una atención familiar especializada a la Clínica de Terapia Familiar. De hecho, se atendieron a padres que llevaban a sus pequeños al Centro Interdisciplinario de Estimulación Temprana Personalizada (CIETP), puesto que los psicólogos de esta área habían sugerido nuestro servicio.

A los usuarios se les entrega un carnet que indica la fecha y la hora de las citas, este documento también incluye datos como el nombre y la signatura del terapeuta (la cual firma después de cada sesión), así como los teléfonos de la Clínica.

Una de las políticas de la Clínica y la cual se les hace saber a los usuarios en el momento de hacer el contrato terapéutico es, en el caso de que las personas no se presenten en dos ocasiones consecutivas sin previo aviso, se les da de baja, puesto que generalmente la lista de espera es

grande. Sin embargo, los terapeutas les llamamos por teléfono para conocer el motivo de la(s) ausencia(s) y a menos que a la familia no se le contacte o esta no se reporte, se le da de baja.

El tipo de terapia que se da puede ser individual, de pareja o familiar, aunque todas son tratadas desde un enfoque sistémico.

Por otro lado, el servicio de Terapia Familiar de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla, también se encuentra a cargo del personal docente del programa de Maestría y de los alumnos en formación del mismo, aunque en este escenario también realizan sus prácticas clínicas, en horarios diferentes a los nuestros, los alumnos del Diplomado de Terapia Familiar de la FESI (División de Educación Continua). Es apropiado señalar que en este escenario, en algunas sesiones está presente la psicóloga de la clínica.

De manera similar que en la FESI, este espacio posibilita el trabajo multidisciplinario, debido a que las personas tienen la posibilidad de recibir tanto la atención psicológica como la médica.

El servicio de terapia familiar en esta clínica se brinda exclusivamente a los derechohabientes, a sus familiares y a los empleados. Las personas son referidas por el departamento de psicología, por los médicos familiares o el área de trabajo social.

Los terapeutas anotan las citas en los carnets que certifican a las personas como derechohabientes. Una particularidad en este escenario es que los terapeutas deben usar bata blanca, lo cual hace que las personas se dirijan a ellos como doctores.

De forma similar que en el escenario clínico anterior, la modalidad de atención puede ser individual, de pareja o familiar, pero desde una postura sistémica.

En el escenario del CCH Azcapotzalco, los responsables del servicio de terapia familiar son el personal docente del programa de la Maestría y los alumnos que forman parte de él. Las personas que reciben la atención son principalmente alumnos, familias de los alumnos, empleados y personal administrativo. Los interesados en recibir el servicio se dirigen al Departamento de Psicopedagogía y llenan un formato con sus datos y el motivo de consulta, el departamento es quien se pone en contacto con el servicio de Terapia Familiar y quien asigna los casos a los terapeutas son las supervisoras de este espacio. A diferencia de los escenarios anteriores, en éste se obstaculiza el trabajo multidisciplinario puesto que no se tiene contacto con personal de otras áreas o servicios de atención del colegio. Las modalidades de terapia son las mismas que en las descripciones anteriores.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. Análisis del marco teórico epistemológico

#### 1.1. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

Desde los años veinte se empleaban métodos familiares en las clínicas de consejería infantil, por ejemplo, se realizaba el diagnóstico y tratamiento del hijo enfermo y paralelamente se les veía a los padres con la finalidad de facilitar el tratamiento. A fines de los años cuarenta, esta modalidad también es adoptada por terapeutas de pacientes adultos (Aldana, Fuentes y González, 1998).

En 1921, Flugel expone formulaciones psicoanalíticas individuales sobre los miembros de la familia en su obra *"The Psycho-Analytic Study of the Family"* (Bowen, 1989). Es así que en la práctica, la terapia familiar probablemente surgió con el desarrollo del psicoanálisis, aunque para el psicoanálisis el centro de atención era la psicopatología de cada miembro de la familia.

Para Bowen (op. cit.), el movimiento de terapia familiar se refiere al nuevo énfasis puesto en la teoría y terapia familiar desde mediados de los años cincuenta. Ochoa (1995) indica que la terapia familiar surge en el periodo de 1952 a 1962, impulsada por la investigación y la clínica, y es en esta última, en la que al observar la dinámica familiar se desplaza la atención de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los integrantes de la familia, surgiendo así, el interés de explicar cómo influyen dichas relaciones en la patología del paciente.

Con base en lo anterior, podemos afirmar que existen varios antecedentes de la Terapia Familiar que no son reconocidos, sino hasta que se suscitan algunos hechos que indicaron que el movimiento estuvo en camino y que se describen a continuación.

En 1950 se forma el Comité sobre la familia por sugerencia de William V. Menninger, quien consideraba que la familia era un tema importante para el ámbito psiquiátrico. El comité funcionó sin tener mucho conocimiento del campo y es en 1955 y 1956, cuando investigadores familiares incursionan a dicho comité. Spiegel (Presidente del Comité), promovió la organización de congresos para psiquiatras que hacían investigación familiar, logrando presentar artículos que versaban acerca de investigación familiar en un Congreso Sectorial dentro del Congreso Anual de la Asociación de Ortopsiquiatría Americana celebrado en marzo de 1957. En dicho congreso, se discutió la noción de "terapia familiar" o "psicoterapia", se habló por primera vez de la terapia familiar y por consiguiente, significó el principio de la terapia familiar a nivel nacional en los Estados Unidos. Dos meses



después, se realizó el Congreso Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana, evento que vino a ampliar la difusión del movimiento (Bowen, op. cit.).

Diversos investigadores que fueron incursionando al campo de la terapia familiar promovieron el uso empírico de la terapia como técnica entre terapeutas cuya orientación teórica provenía de la terapia individual. Por otro lado, los terapeutas de grupo adaptaron su forma de trabajo tradicional a la terapia de grupo familiar. A finales de los años sesenta, la situación anterior empezó a estabilizarse en cuanto varios investigadores comenzaron a interesarse por la teoría y la estructura de la terapia.

Al adentrarnos al terreno de la teoría, invariablemente accedemos al terreno de la epistemología, es decir, a la forma en que las personas conocen las cosas y la forma en como piensan que conocen esa misma realidad (Keeney, 1987; citado en: Eguiluz, op.cit.). En palabras de Bateson, la epistemología es “la manera en que determinados organismos o agregados de organismos conocen, piensan y deciden” (Bateson, 1979<sup>a</sup>; citado en: Keeney, 1987, p. 228). De tal manera que podemos decir que la epistemología es un proceso personal que tiene que ver con el contexto en el cual se desarrolla el individuo.

Eguiluz (op. cit.) distingue dos tipos de epistemologías dentro de la terapia familiar: la lineal progresiva y la sistémica (circular, recursiva, ecológica o cibernética). La primera aísla los elementos del universo, los fragmenta para estudiarlos y los explica bajo leyes de causalidad, mientras que la sistémica propone que existe recurrencia y retroalimentación entre los elementos del universo, además pone el acento en la interacción considerando la totalidad de los elementos. La terapia sistémica mantiene una estrecha relación con la epistemología recursiva, sin embargo, no niega a la lineal progresiva, sino que las integra en una complementariedad recursiva.

La epistemología sistémica surge a partir de tres modelos teóricos: 1. Teoría General de los Sistemas, 2. Teoría Cibernética y 3. Nueva Teoría de la Comunicación (Eguiluz, op. cit.).

### **1. Teoría General de los Sistemas**

Surge en 1947, como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, debido a que este suceso invitó a considerar los factores sociales, económicos y culturales de cada individuo. Esta teoría es introducida formalmente por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy. Su teoría está influida por el positivismo lógico y el materialismo dialéctico y trata de dar una explicación científica de los eventos

que componen las totalidades organizadas y romper con la superespecialización que se daba a las disciplinas científicas.

Los precursores más importantes de Bertalanffy son: Kohler y la teoría Gestalt, Cannon y su concepto de homeostasis, Claude Bernard con su concepción organísmica, Whitten y el mecanismo orgánico, así como Otto Potzl y el círculo psiquiátrico de Viena (Bertalanffy, 1991).

Para Bertalanffy, “todo organismo es un sistema, es decir, un orden dinámico de partes y procesos en los que se ejercen interacciones recíprocas” (1971; citado en: Andolfi, 1990, p. 18). Entendido de esta forma, un sistema comprende todo organismo o fenómeno integrado, así como las interrelaciones que se generen dentro y fuera de éste. Bajo este modelo, se considera a la familia como un sistema abierto, debido a que recibe información del exterior y a su vez envía información, se encuentra en constante interacción con el medio y se transforma; además es un sistema vivo debido a que cambia conforme crece y evoluciona.

Andolfi (op. cit.) considera tres aspectos de la familia:

- a. La familia como un sistema en constante transformación que se adapta a las situaciones que se van presentando en los diferentes estadios.
- b. La familia como un sistema activo que se autogobierna, mediante reglas que se han ido desarrollando y modificando a través del tiempo.
- c. La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas, tales como la escuela, el trabajo, el grupo de amigos, sistemas que se ven influidos por la familia pero que a la vez la influyen.

Ochoa (op. cit.) menciona que en un sistema familiar se pueden identificar las siguientes propiedades:

- Totalidad: La conducta del sistema familiar se entiende como una totalidad que incluye las conductas de los miembros de la familia, así como las relaciones e interacciones entre ellos.
- Causalidad circular: Describe a las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, mismas características que hacen referencia a las secuencias de las conductas repetitivas que se presentan en las familias.
- Recursividad: Los sistemas se relacionan verticalmente con sistemas mayores y menores, denominados suprasistemas y subsistemas, respectivamente.

- Orden jerárquico: Los sistemas se diferencian progresivamente de lo simple a lo complejo, de esta forma, cada sistema cuenta con una organización jerárquica que determina quién tiene más poder y responsabilidad sobre otro.
- Equifinalidad: Establece que un sistema puede llegar a un estado final a partir de condiciones iniciales distintas.
- Equicausalidad: Una misma condición inicial puede dar lugar a diferentes estados finales. Bajo este concepto y el anterior, es imposible admitir causas únicas que determinen los problemas.
- Limitación: Implica la redundancia debido a que en el sistema se adopta una determinada secuencia de interacción.
- Regla de relación: Es la que define el tipo y reglas de relación dentro de la familia.
- Homeostasis o morfostasis: Este constructo describe la tendencia de un sistema a la estabilidad o el equilibrio.
- Morfogénesis: Es la capacidad de un sistema para transformarse.
- Teleología: Se refiere a la adaptación de los sistemas a las exigencias de los estadios de desarrollo para que aseguren su continuidad y crecimiento psicosocial de los integrantes de la familia. Para que sea posible la teleología es necesario el equilibrio entre la homeostasis y la morfogénesis.

La teoría general de los sistemas, al concebir al sistema familiar como una totalidad que integra a todos sus componentes, nos propone una nueva forma de aproximarnos a los problemas, yendo más allá de las relaciones causa-efecto, que hasta hace pocos años seguían siendo el foco de atención de muchas disciplinas.

## **2. Teoría Cibernética**

La Cibernética tuvo sus orígenes e influencias de los avances tecnológicos de la Segunda Guerra Mundial. Sluzki (1987) menciona que McCulloch describe a esta teoría como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio, mientras que para Bateson representa una nueva ciencia en la forma y patrones de organización. El representante de esta teoría es Norbert Wiener, quien designó el término de cibernética a un nuevo tipo de pensamiento, una teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos.

El objetivo de esta teoría era desarrollar un lenguaje propio de las máquinas, así como diseñar técnicas específicas que permitieran al hombre establecer un repertorio de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.

La Cibernética se utilizó en un primer momento, para estudiar sistemas complejos que no podían ser estudiados fragmentándolos y analizando cada una de sus partes, puesto que se trataba de sistemas con interconexiones, en los que al alterar una variable se provocaban cambios en todo el proceso.

Un concepto muy importante de la cibernética es el de la retroalimentación o feedback, el cual hace referencia a que en los sistemas, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás; de tal manera que pueden favorecer determinadas acciones en ellos (retroalimentación positiva), o bien, corregirlas (retroalimentación negativa).

Cabe señalar que dentro de la teoría de la Cibernética, podemos distinguir dos momentos: el de la Cibernética de Primer Orden y el de la Cibernética de Segundo Orden. En la primera, el observador registra todo lo que ocurre afuera, sin considerar su propia participación en el proceso de la observación. En este caso, durante la terapia, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, actuando como un observador ajeno a la situación, enfatizando una clara distinción entre observador y observado.

Margaret Mead fue la primera en emplear el término de “cibernética de la cibernética”, al incluir al observador como parte de lo observado, pero es Von Foerster, quien formalmente la nombra de dicha manera (Keneey, 1987). Para Sluzki (op. cit.) en la Cibernética de la Cibernética el observador es parte de lo que observa y en toda descripción de las observaciones, se hace una descripción también de quien la emite. En este contexto, cada descripción indica un modo particular de puntuar los sucesos, por consiguiente, los fenómenos se explican a través de quien los observa. En el contexto de la terapia, el terapeuta no puede permanecer fuera del sistema (como en el caso de la cibernética de primer orden), sino que es parte del sistema y por lo tanto, participa junto con cada miembro de la familia, insertándose en su visión del mundo para generar alternativas en la solución de los problemas de la familia.

### **3. Nueva Teoría de la Comunicación**

Claude Shannon y Warren Weaver desarrollan una teoría de la comunicación en 1949, esta teoría analiza la eficacia de la información contemplando la transmisión, almacenamiento y procesamiento de la información bajo explicaciones lineales, simples y mecánicas (Eguiluz, op. cit.). Sin embargo, el estudio de la comunicación desde una perspectiva circular y por ello considerada como una nueva teoría de la comunicación, se inicia en los trabajos de Gregory Bateson y sus contemporáneos, quienes se encontraban trabajando en Palo Alto, California.

En 1949, Bateson reside en el Hospital *Veterans Administration* en Palo Alto, y es ahí, donde se interesa por la enfermedad de la esquizofrenia, al observar a los pacientes con este padecimiento, encuentra que éstos se comportaban de manera diferente cuando estaban con su familia a cuando se encontraban en el hospital. En 1956, junto con Haley, Jackson, Weakland y Watzlawick publican un artículo titulado: "*Hacia una teoría de la esquizofrenia*" en el que plantean el término de "doble vínculo" (Aldana, op. cit.).

Para Bateson, el doble vínculo se refiere a una secuencia de pautas de comportamiento que se repiten y que provocan una conducta patológica en algún miembro de la familia. El doble vínculo implica una comunicación a muchos niveles, una demanda manifiesta a un nivel es contradicha o anulada a otro nivel. Bateson (en Sánchez, 2000) propondría que no se emiten mensajes en aislado y que por consiguiente, si estos mensajes son incoherentes entre sí, pueden crear grandes pugnas, desconcierto y por ello, generar ambivalencias.

Dentro de la nueva teoría de la comunicación, Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) describen cinco axiomas:

- 1) Es imposible no comunicarse. Dentro de un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás. No puede haber no conducta, incluso el silencio comunica algo.
- 2) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y de relación. El primero se refiere al contenido semántico de la comunicación, mientras que el de relación indica qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse, define la relación entre los que se comunican e incluye los componentes no verbales.
- 3) La puntuación de la secuencia de hechos. Se refiere a la organización de las secuencias de interacción, cada persona puntúa los sucesos de una forma particular y pueden surgir conflictos cuando estas puntuaciones no coinciden.

- 4) La comunicación puede ser digital o analógica. La digital se refiere al lenguaje verbal y la analógica a la comunicación no verbal, incluye la postura, los gestos, tono de voz, la expresión facial y todos los movimientos corporales. En relación al segundo axioma, se puede decir que la parte de contenido se transmite de forma digital, mientras que la de relación se transmite de manera analógica.
- 5) Toda relación es simétrica o complementaria. Los intercambios comunicacionales son simétricos cuando están basados en la igualdad y complementarios cuando están orientados hacia la diferencia en las acciones. No se considera disfuncional a ninguno de los dos tipos, excepto que se dé una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio. Si la interacción simétrica es la que se cronifica, la denominamos escalada simétrica y cuando se cronifica la interacción complementaria, se habla de complementariedad rígida.

### **1.1.1. Modelo de Terapia Estructural**

Este modelo fue desarrollado por el psiquiatra Salvador Minuchin en los años 70's. Minuchin es argentino y proviene de una familia de judíos rusos. En 1950 se va a Estados Unidos y ahí conoce a Nathan Ackerman. En 1954 trabaja en la Escuela Wiltwick, trabaja con jóvenes delincuentes e integra un equipo de terapeutas para crear un programa terapéutico orientado a las familias, en este proyecto trabaja con Braulio Montalvo (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El Modelo Estructural, es un cuerpo de teoría y técnicas, con las cuales se estudia al individuo en su contexto social, con lo que se pretende modificar la organización de la familia. Este modelo se centra en el aquí y ahora. Minuchin (1974) describe los axiomas de la terapia estructural:

- La vida psíquica de una persona no es sólo un proceso interno, la persona influye sobre su contexto y es influido por éste de forma repetitiva.
- Cuando se modifica la estructura familiar se producen cambios en la conducta y en los procesos internos de los miembros de este sistema.
- Al trabajar un terapeuta con la familia, éste se incluye en este contexto formando así un nuevo sistema terapéutico.

Sánchez (op. cit.), menciona que el modelo se caracteriza por considerar al síntoma como producto de un sistema familiar disfuncional, por lo que si se hacen cambios en la organización familiar, el síntoma desaparecerá. De tal modo que el objetivo de esta terapia es modificar la organización de la

familia mediante la transformación de la estructura del grupo familiar. Por estructura se entiende al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, op. cit.). En la familia se pueden identificar los siguientes elementos de la estructura: límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, geografía y territorio.

Minuchin concibe a la familia como un sistema abierto en constante transformación que se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta, las cuales son: noviazgo, conformación de la pareja o matrimonio, llegada de un hijo o familia con hijos pequeños, familia con hijos en edad escolar, familia con hijos adolescentes, familia con hijos adultos o nido vacío y vejez, soledad y muerte (Minuchin y Fishman, 1981).

La familia tiene dos funciones principales: 1. A nivel interno: Protege en lo psicosocial a sus miembros que la integran y 2. A nivel externo: La acomodación a una cultura y la transmisión de ésta. Por otro lado, la familia está compuesta por los siguientes subsistemas: individual, fraterno, conyugal y parental.

Una vez que el terapeuta entra en contacto con la familia, obtiene información y observa las interacciones, elaborando así un mapa familiar, el cual es un esquema organizativo que le permite identificar las pautas transaccionales, plantear hipótesis y determinar los objetivos terapéuticos.

Minuchin (op. cit.) explica que el terapeuta debe realizar una evaluación de seis áreas del sistema familiar:

- 1) Estructura de la familia: Incluye la identificación de los elementos antes descritos y posibilita la observación de las pautas transaccionales preferibles y las pautas alternativas disponibles.
- 2) Flexibilidad del sistema: Se refiere a la capacidad que tiene la familia para cambiar y reestructurarse, en otras palabras, qué tanto la familia modifica las alianzas y coaliciones como respuesta a situaciones cambiantes.
- 3) Resonancia del sistema: Es la sensibilidad con respecto a las acciones individuales de los miembros. La familia puede ser aglutinada cuando se presenta gran resonancia ante las acciones de otros o bien, desligada si su sensibilidad es baja.
- 4) Contexto de la familia: Se refiere a la exploración de las fuentes de apoyo y de factores de estrés en la ecología de la familia.
- 5) Estadio de desarrollo de la familia: Se ubica el estadio del ciclo vital por el que la familia pasa y la forma en como lo están viviendo.

6) Síntoma del paciente identificado: Se identifican las formas en que se está presentando el síntoma y de qué modo éste ayuda a organizar a la familia de cierta forma y a mantener las pautas preferidas de sus miembros.

Una vez que el terapeuta ha tenido contacto con la familia, puede socavar la homeostasis existente y producir una crisis en el sistema, la función del terapeuta, para Minuchin (op. cit.) se realiza en tres pasos: 1. El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo, 2. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente y 3. Genera las circunstancias que permitirán la transformación de esa estructura.

Para transformar la estructura, Minuchin y Fishman (op. cit.) indican que el terapeuta debe cuestionar la organización familiar en los siguientes sentidos:

a. Cuestionamiento del síntoma: Generalmente la familia deposita el problema en una sola persona, a la cual se le denomina paciente identificado y la familia elabora una serie de soluciones que son ineficaces y que por lo tanto, mantienen el síntoma. El terapeuta debe preguntar con respecto a la explicación que la familia tiene del problema en las áreas: afectiva, cognitiva y conductual, con la finalidad de modificar dicha concepción.

Las técnicas que permiten cuestionar el síntoma son:

- Escenificación: interacciones espontáneas, provocar interacciones, interacciones alternativas e iluminar interacciones.
  - Enfoque.
  - Intensidad: repetición del mensaje, repetición isomórfica, modificación del tiempo y cambio de distancia.
- b. Cuestionamiento de la estructura: Para cuestionar las formas en como se organizan los miembros del sistema el terapeuta puede cambiar los roles o funciones de los miembros.

Las técnicas para cuestionar la estructura son:

- Fijación de fronteras o límites: distancia psicológica y duración de la interacción.
  - Desequilibramiento: alianza con un miembro, alianza alternante, ignorar y coalición.
  - Complementariedad: cuestionamiento del problema, del control lineal y del modo de recortar los sucesos.
- c. Cuestionamiento de la realidad: Se refiere al cuestionamiento de la visión del mundo que tiene la familia, es decir, sus valores, mitos, reglas y la forma de percibir los eventos. El terapeuta



primero debe comprender la visión del mundo de la familia y luego mostrarles una forma distinta de vivenciarse así mismos y a los demás.

Las técnicas que se emplean son:

- Construcciones o constructos cognitivos: símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.
- Paradojas.
- Lados fuertes.

### **1.1.2. Modelo de Terapia Estratégica**

Jay Haley es el principal representante de la terapia estratégica, Haley fue entrenado por Milton Erickson en hipnosis, también formó parte del Mental Research Institute (MRI), donde se vio influenciado por los aspectos de la teoría de la comunicación como interacción y la del doble vínculo. Colaboró con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic. En 1975, junto con Cloé Madanes, crearon un enfoque de terapia familiar denominado Terapia Familiar Estratégica, la cual fue desarrollada a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson (Madianes, 1984). En 1976, fundan el Instituto de la Terapia de la Familia en la ciudad de Washington. A inicios de los 90's Haley se retira de la terapia, participa como conferencista e imparte talleres para formar terapeutas, mientras que Madanes se mantiene activa como terapeuta y conferencista (Robles, 2005). Jay Haley muere el 13 de febrero 2007 .

La terapia estratégica incluye diversos enfoques que coinciden en un punto en particular, el terapeuta es quien asume la responsabilidad de influir directamente en las personas y por ello, es quien tiene la responsabilidad de diseñar una estrategia para cada persona a fin de resolver los problemas del cliente.

Haley (1980), propone que el terapeuta debe identificar problemas posibles de resolver, establecer metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, analizar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia, para ver si ha sido eficaz.

La terapia estratégica tiene por objetivo principal solucionar dentro del marco familiar las problemáticas que se le presenten a un cliente. Este modelo afirma que la intervención terapéutica inicia desde que la familia solicita una cita para su tratamiento, además de que considera importante

la asistencia de todas las personas involucradas en la problemática, con el fin de observar sus pautas de interacción e involucrarlos a todos de forma activa en el proceso terapéutico.

La primera entrevista que emplea Haley (1980), está constituida por cuatro etapas:

- 1) Etapa social. Se da un primer contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, quien al saludarlos y hacerlos sentir cómodos, debe transmitir el mensaje de que cada uno de ellos es importante en la tarea de ayudar al paciente identificado. El terapeuta no debe permitir que algún miembro monopolice la plática, ni que se hable respecto al problema. En esta etapa el terapeuta observa características de la familia, como el estado de ánimo, las alianzas y coaliciones, forma en que se comunican, etc.
- 2) Etapa del planteamiento del problema. El terapeuta pregunta a la familia la causa por la que asisten a terapia y es importante que todos los que asisten expongan su punto de vista. Haley propone que se pregunte primero a un adulto que parezca estar más desligado del problema y a su vez, tratar con mayor atención a la persona que parezca más capaz de llevar a la familia a sesiones posteriores. Además, el terapeuta debe abstenerse de hacer comentarios o interpretaciones que puedan persuadir a las personas a mirar de forma diferente la problemática que plantean.
- 3) Etapa de interacción. El terapeuta deja que los integrantes de la familia discutan respecto al problema, interviniendo para que todos participen. El objetivo del terapeuta, en esta etapa, es que a través del reporte verbal y de las interacciones entre los presentes, reúna más información que le permita identificar las pautas de comunicación en la familia, describir su organización jerárquica y, por consiguiente, corroborar las hipótesis respecto a la estructura familiar.
- 4) Etapa de fijación de metas. Se establecen los objetivos de la terapia, en otras palabras, se establecen con la familia los cambios a los que quieren llegar. Los objetivos deben ser resolubles y la terapia deberá centrarse en ellos, lo cual permitirá saber si se tendrá éxito en la intervención terapéutica o no. Una vez que se definieron los cambios deseados, se pasa a la etapa del empleo de directivas.

Las intervenciones de este modelo, se aplican por medio de directivas, esto es, el terapeuta indica lo que los miembros de la familia tienen que realizar dentro y fuera de las sesiones de terapia. El empleo de directivas o asignación de tareas, cumple con los siguientes objetivos: a) hacer que las personas se comporten de tal manera que propicien en ellos experiencias subjetivas diferentes, b)

intensificar la relación entre clientes y terapeuta, de forma que al terapeuta se le dé mayor jerarquía y c) conseguir información que no se haya proporcionado durante la entrevista (Galicia, 2004).

Las directivas pueden ser:

- Directas. Se caracterizan porque se comunica de manera precisa a la familia, lo que debe realizar para resolver su problema.
- Paradójicas. Estas directivas se emplean cuando la familia que busca ayuda se resiste a ser ayudada, por lo cual el cambio consiste en usar su propia resistencia. Estas directivas se caracterizan por pedir a la familia que no cambie, con el propósito de que esta petición sea percibida como un reto y la familia comience a cambiar.
- Metafóricas. Se emplean cuando el terapeuta desea que los pacientes hagan algo, sin una plena conciencia de haber recibido la consigna de realizarlo. En este caso se presenta al paciente una analogía de su situación familiar, lo cual también evita que, al paciente que se le dificulta encarar su problemática de manera directa, lo haga de forma indirecta.

Por otro lado, en los casos en que las personas manifiestan pocos cambios, pero hay una relación terapéutica estrecha, se considera emplear la técnica de la *ordalía*, la cual consiste en imponer una *ordalía* adecuada al problema que presenta la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que el mismo problema (Haley, 1984). En otras palabras, el terapeuta da a escoger al paciente entre una tarea directa y una tarea mucho más onerosa que aquella.

Otras técnicas que se emplean en el modelo estratégico, son las que Haley (1980) retoma del trabajo de Milton Erickson, como lo son: aliento a la resistencia, ofrecimiento de una alternativa peor, determinación de un cambio mediante metáforas, aliento a la recaída, frustración de una respuesta para alentarla, empleo del espacio y la posición, énfasis en lo positivo, entre otras.

### **1.1.3. Modelo de Terapia Breve del MRI Centrada en Problemas**

En 1959, Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir fundan el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California. En este instituto coexistían dos vertientes, una que era la del equipo de Bateson, quien proponía la teoría de la comunicación y otra, que se interesaba más por la aplicación de dicha teoría a la terapia y es a partir de este interés, que para 1967, se crea el Brief Therapy Center (dentro del MRI), con la participación de Richard Fisch, Jay Haley, Artur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland (Sánchez, 2000).

El modelo de terapia breve del MRI busca solucionar los problemas de manera más rápida y eficiente que las terapias convencionales y está basado en un enfoque estratégico. Proponía un máximo de 10 sesiones de una hora para lograr resolver el problema del cliente (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Este modelo plantea que los problemas son ocasionados a partir de las soluciones intentadas por los clientes y que no han dado resultado, dichos intentos se hacen recurrentes y crean un círculo vicioso, también denominado *más de lo mismo* (Fisch, Weakland y Segal, 1984 y Watzlawick, op. cit.). El trabajo de los terapeutas, formados bajo este enfoque, se caracteriza por intervenir sobre estos intentos de solución que han sido infructuosos.

La meta terapéutica fundamental es la de introducir una variación en la forma de solución que el cliente ha venido empleando para resolver su problemática.

Nardone y Watzlawick (1992), identifican seis etapas en la terapia breve centrada en el problema:

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica. En esta etapa el terapeuta crea un ambiente apropiado para el proceso terapéutico, para lograrlo el terapeuta debe observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente. De esta forma, sintoniza con las modalidades de representación del mundo del paciente.
2. Definición del problema. El terapeuta se centra en la descripción que el paciente hace respecto a su problemática, identificando las áreas de interacción de la persona que se ven más afectadas, para centrar en éstas, las intervenciones.
3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia. Los objetivos de la terapia son definidos por el sistema terapeuta-paciente, se orienta la terapia a un fin concreto, que puede ser verificable por ambas partes. Además, se crea en el paciente un tipo de sugestión de que es una parte activa en el tratamiento, ofreciéndole la sensación de que puede producir un cambio favorable. Los objetivos se caracterizan por ser solubles, sencillos de alcanzar y si el problema es complejo, se va fragmentando en problemas más pequeños.
4. Identificación de las soluciones intentadas. En esta etapa se identifican las pautas de interacción que intervienen en las soluciones fallidas o intentos de *más de lo mismo*, con el objetivo de buscar una modificación en las pautas de comportamiento.
5. Programación terapéutica y estrategias de cambio. Se aplican las intervenciones, para ello el terapeuta hace nuevamente uso del lenguaje para cambiar la percepción del paciente respecto a las representaciones que tiene sobre su problema.

6. Conclusión del tratamiento. Se emplean estrategias que consoliden el cambio en el paciente, además se crea una conciencia sobre las pautas de comportamiento que han modificado para solucionar el problema. En esta fase se pone énfasis en la capacidad que tiene la persona para lograr resolver su problema de forma diferente.

En la terapia breve, existen dos tipos de intervenciones planificadas, que constituyen el medio para interrumpir las soluciones fallidas.

#### *Intervenciones específicas*

El grupo del MRI (Fisch, op. cit.) identificó cinco tipos de soluciones fallidas, desarrollando para cada una, un tipo de intervención específica:

- 1) *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.* Este tipo de intervención se emplea en los casos en los que los pacientes reportan problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. La estrategia de intervención se centra en pedir a la persona que fracase en su intento por superar el problema para lo cual se le suministran unas razones y directrices que lo llevan a fracasar en su rendimiento.
- 2) *Intento de dominar un acontecimiento aplazándolo.* Este intento se manifiesta en las personas que presentan estados de terror o ansiedad, para tratarlas se expone al paciente al acontecimiento temido o que causa ansiedad, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole terminar la tarea con éxito.
- 3) *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Los problemas con este tipo de solución se refieren a conflictos interpersonales. Se solicita al paciente eliminar su actitud dominante, aparentando debilidad e impotencia, lo cual trae como consecuencia, que al situarse en una relación complementaria, ambas partes resulten ganadoras.
- 4) *Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Este tipo de intentos se identifican en los pacientes que quieren algo que al mismo tiempo niegan querer. La solución se logra cuando se le entrena a la persona para que haga peticiones directas.
- 5) *Intento de confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* Este intento se identifica cuando hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado, generalmente la solución intentada es defenderse de las acusaciones, por lo que la intervención consiste en plantear al paciente una tarea en la que se interrumpa la secuencia de acusaciones y justificaciones.

### *Intervenciones generales*

Éstas se caracterizan por ser intervenciones que se emplean para cualquier caso y en cualquier momento de la terapia.

- 1) *No apresurarse*. Se refiere a “ir paso a paso”, no caer en la trampa de que el paciente quiere resolver toda su problemática de un día a otro.
- 2) *Los peligros de una mejoría*. Es informar a los pacientes respecto a los riesgos que hay de mejorar su situación problemática.
- 3) *Cambio de dirección*. En caso de ver que las cosas no están funcionando, el terapeuta tiene la obligación de cambiar las intervenciones.
- 4) *Cómo empeorar el problema*. Se emplea cuando las cosas están cambiando favorablemente y se cuestiona al paciente cómo cree que pudiera empeorar las cosas.
- 5) *Ilusión de alternativas*. El terapeuta vende al paciente dos tareas, aparentemente distintas pero que son lo mismo.
- 6) *Redefinir el problema*. Consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema.

#### **1.1.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones**

El modelo se considera de terapia breve porque se hace la intervención en un tiempo aproximado de 10 sesiones, modalidad adoptada del trabajo que se hizo en los años 60's, en el Mental Research Institute (MRI), por John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros colaboradores (O'Hanlon y Weiner Davis, 1989). Este modelo también tiene la influencia de las ideas terapéuticas de Milton H. Erickson. Cabe señalar que existen dos grupos de Terapia Breve Centrada en Soluciones: 1. El del Brief Family Therapy Center de Milwaukee (BFTC), que estuvo integrado por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, Elam Nunnally y Alex Molnar y 2. El de William H. O'Hanlon y Michele Weiner-Davis, quienes además de retomar las ideas del MRI, de Erickson y del BFTC, adoptan otras ideas de terapeutas, como de Jay Haley y Thomas Szasz y de Bandler y Grinder, creadores de la Programación Neurolingüística. Algunos integrantes del BFTC han muerto, como D'Shazer (11 de septiembre de 2005) y su esposa Insoo Kim Berg (10 de enero de 2007), tras sus muertes cedieron sus derechos a la Solution Focused Brief Therapy Association (SFBTA).

El Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones se centra en los recursos, fortalezas y posibilidades de las personas más que en sus debilidades y limitaciones. De acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.), las premisas de este enfoque son:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas: puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- El terapeuta debe centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

Los terapeutas que trabajan con este modelo consideran que la entrevista misma es una intervención, puesto que, mediante el uso de diversas técnicas en la entrevista, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la manera de ver su situación y estos cambios posibilitan que la persona actúe de forma más productiva.

Los componentes de la primera entrevista son:

*Unión.*- En este periodo se muestra un genuino interés por los clientes y se ayuda para que se sientan cómodos, se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo.

*Breve descripción del problema.*- Se empieza con la pregunta ¿qué te trae por aquí? y tras una breve exposición del problema, se hace una serie de preguntas diseñadas para extraer información acerca de las excepciones al problema, es decir, las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y los recursos de la persona.

*Excepciones al problema.*- Para hacer emerger las soluciones, se pueden examinar las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Al preguntar acerca de las excepciones se rompe el mito de que la terapia es para hablar únicamente de problemas.

*Preguntas presuposicionales para las excepciones.*- Así se han nombrado al tipo de preguntas que están elaboradas de tal forma que, influyen sobre las percepciones de los clientes dirigiéndonos a las soluciones. Una regla para la elaboración de estas preguntas es mantenerlas abiertas, evitando preguntas que tengan como respuesta un “sí” o un “no”.

*Normalizar y despatologizar.*- Normalizar es considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano, en lugar de algo psicológico o patológico.

*Definición de objetivos.*- Una regla básica para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas, además, los objetivos tienen que ser concretos y deben ser cosas observables, cosas que las personas hacen o dicen.

*Elogios.*- Se emplean cuando oímos que el cliente está haciendo algo positivo o que promueve soluciones. Otra forma de dar el elogio es a través del uso de la reestructuración o connotación positiva.

*Preguntas de avance rápido.*- Se usan cuando no se recuerdan excepciones, para ello se pide al cliente que imagine su futuro sin el problema y que describa cómo es. Una vez que lo hizo, ha descrito también la solución.

O’Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.) mencionan que los terapeutas deben poner énfasis en los siguientes aspectos:

- Cuidar el lenguaje.- Consideran al lenguaje como el método más directo para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable, para ello proponen el uso del lenguaje presuposicional, en otras palabras, usar formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo.
- Adaptarse al lenguaje del cliente.- Si adoptamos el lenguaje de los clientes, ellos pueden sentir que los comprendemos, apreciamos y nos identificamos con sus experiencias.
- Adoptar la modalidad sensorial del cliente.- Grinder y Bandler (1993) clasifican las modalidades sensoriales en: visual, auditiva y kinestésica, de tal forma que el terapeuta puede emplear la modalidad del cliente con el objeto de transmitir comprensión y desarrollar empatía.
- Encauzar el lenguaje del cliente.- Al principio se usan las palabras del cliente pero poco a poco se van encauzando los significados de las palabras hacia una dirección productiva o se van aportando palabras distintas. Además, el terapeuta usa intencionalmente términos de posibilidad, en lugar de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes.



Algunas de las técnicas que se emplean bajo este modelo, de acuerdo con de Shazer (1986) y O'Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.) son:

*Técnica de la Escala.*- Es un instrumento terapéutico que ayuda a mantener y ampliar el cambio. Facilitan el tratamiento puesto que miden la propia percepción del cliente, de sus cambios y metas. La técnica de escala se aplica pidiendo a los clientes que valoren, sobre una escala del 1 al 10, su situación antes de venir a terapia (o cuando las cosas no van bien). El 0 sería estarles yendo mal, mientras que el 10, completamente bien. Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Por último, se les pregunta en qué número de la escala les gustaría estar y qué cosas tendrían que hacer para alcanzar ese número.

*Pregunta del milagro.*- Se emplea como un instrumento eficaz para construir con los clientes, objetivos bien definidos.

*“Suponga que una noche, mientras duerme, hubiera un milagro y su problema se resolviera, desapareciera, ¿cómo se daría cuenta que desapareció?, ¿qué sería diferente?, ¿podría describir qué estaría pensando/sintiendo/haciendo?”.*

La pregunta del milagro no es sólo una pregunta, sino que implica una secuencia de preguntas que nos ayudarán a definir objetivos conductuales, pequeños pero relevantes.

*Pregunta de la excepción.*- Lleva a los clientes a buscar soluciones tanto en el presente como en el pasado, en vez del futuro, haciéndoles centrarse en aquellas soluciones en las que no tienen o no han tenido problemas.

*Tareas fórmula.*- Están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones y pueden ser utilizadas sin necesidad de saber mucho del problema:

1. *Tarea de la primera sesión:* Esta técnica centra la atención del cliente en el futuro, ayuda a crear expectativas de cambio y reorienta a la persona a fijarse en las cosas buenas. Consiste en decir al cliente:

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a mí me gustaría que observaras, de modo que puedas describir lo que ocurre en (casa, trabajo, escuela, etc.), qué quieres que continúe ocurriendo”.

2. *Tarea de la sorpresa para parejas o familias:*

“Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (o cónyuge en el caso de terapia de pareja). No les digas qué es. Padres, vuestra tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo. No comparéis vuestras notas, haremos eso en la próxima sesión”.

Con esta tarea las cosas se vuelven más impredecibles, hace cambiar el contexto de las dificultades: lo que pudiera haber sido una batalla o guerra, ahora adquiere un carácter lúdico. Generalmente, al comparar las notas de ambas partes, hay risas y lo más importante, es que las “sorpresas” suelen convertirse en soluciones.

3. *Tarea genérica:* Esta tarea se deja cuando los clientes ya han descrito cuál será su objetivo, por ejemplo, si un cliente quiere más tranquilidad, se le dice:

*“Fijese en lo que hace esta semana que le hace sentirse con mayor tranquilidad”.*

Se puede pedir que los clientes anoten sus observaciones. Esta tarea presupone que entre las sesiones se producirán conductas deseables, y bajo este supuesto, efectivamente suelen producirse.

Cabe señalar que el 31 de marzo de 2007, muere Paul Watzlawick, a los 85 años, quien desde el 2006 había decidido retirarse profesionalmente, no sin antes dejar una vasta literatura y grandes aportes para la terapia familiar.

### **1.1.5. Modelo de Terapia del grupo de Milán**

En 1967 se crea el Centro para el Estudio de la Familia en Milán, Italia. El grupo estuvo organizado por Mara Selvini Palazzoli y conformado por ocho psiquiatras que trabajaban bajo el enfoque psicoanalítico con niños gravemente perturbados y sus familias. En 1971, Mara Selvini, Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin se separan del grupo original, con el propósito de trabajar exclusivamente en un marco sistémico, este nuevo grupo fundó en Milán el *Centro per il Studio della Famiglia* (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). En 1972, sus ideas se vieron influenciadas por la obra *“Teoría de la Comunicación Humana”* de Don Jackson, Paul Watzlawick y Janet Beavin, del MRI de Palo Alto y por las investigaciones realizadas con familias en los Estados Unidos por Gregory Bateson, con relación a las “dobles ataduras” (doble vínculo).

El equipo de Milán trabajó con familias en transacción esquizofrénica y observaron que los síntomas que presentaban sus miembros eran el resultado de las reglas de relación que se establecen en el sistema, cuando el terapeuta descubría la regla, se podía influir para cambiar y desaparecer el síntoma.

Durante este primer período, que duró hasta 1975, el equipo trabajó por parejas, un terapeuta hombre y una mujer con la familia, ya que consideraban que así existía un equilibrio entre los dos

coterapeutas y también podían evitar estereotipos culturales de género. La otra pareja observaba detrás del espejo. La terapia se ofrecía a toda la familia que presentaba un problema. El proceso terapéutico se iniciaba con la llamada telefónica, en la cual se solicitaban algunos datos generales y sobresalientes sobre la familia y su motivo de consulta; esta información se anotaba en una ficha de identificación. Las sesiones posteriores se realizaban en una habitación con micrófono, grabador y espejo unidireccional. El número de sesiones que se empleaban eran en promedio 10 con un intervalo de un mes. Selvini y cols. (op. cit.), organizaban las sesiones terapéuticas en cinco fases:

- 1) Presesión.- Los terapeutas se reunían para dar lectura a la ficha de identificación, en caso de ser la primera sesión o al acta precedente, cuando se trataba de sesiones posteriores.
- 2) Sesión.- Duraba aproximadamente una hora y en ésta los terapeutas observaban el comportamiento verbal y no verbal, así como los indicadores de las reglas secretas. Durante la sesión los terapeutas no debían emitir juicios o descubrir las reglas secretas, sino que debían reservar esta información como guía para la intervención final.
- 3) Discusión de la sesión.- Los terapeutas se reúnen con el equipo de observadores para discutir la sesión y se decide cómo concluirla.
- 4) Conclusión de la sesión.- Los terapeutas regresaban con la familia para terminar la sesión e indicarles algún comentario o prescripción.
- 5) Elaboración del acta.- El equipo se reúne para comentar las reacciones al cierre de la sesión y se realiza un acta en la que se anotan todos los elementos sobresalientes de la sesión.

El grupo de Milán estudiaba los síntomas dentro de un juego de tres generaciones, lo cual complejizaba encontrar una hipótesis que tuviera sentido para todos los que integraban el equipo terapéutico. Por lo tanto, para la comprensión del síntoma psicótico era fundamental la teoría del doble vínculo, derivada del proyecto de Bateson y basada en las paradojas resultantes de la confusión de los niveles lógicos. En las familias con transacción esquizofrénica se observa el siguiente nivel comunicacional: en el nivel verbal se da una indicación que en el segundo nivel (generalmente no verbal) es descalificada. Además, se prohíbe hacer comentarios, es decir, metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y tampoco se puede abandonar el campo, por consiguiente, no está clara cuál es la verdadera indicación, ni se puede definir la relación ni rebelarse. La familia evita definir la relación y comunica continuamente a los otros la petición paradójica de cambiar una definición de la relación que no ha sido nunca definida. Sólo es posible redefinir la relación luego de que se haya definido claramente. Con respecto a esto, el grupo de

Milán señalaba que los terapeutas tendrían que utilizar el mismo tipo de comunicación paradójica que empleaba la familia y la nombraron “contraparadoja” (Hoffman, 1992).

Un principio terapéutico cardinal que permitía realizar intervenciones paradójicas, es decir, la prescripción del síntoma del paciente designado, fue la connotación positiva, que consiste en hacer una formulación que incluye tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los demás miembros, el terapeuta señala que los comportamientos de cada uno de ellos es complementario al sistema y mantiene la unión y la cohesión familiar (Selvini y cols., op. cit). De este modo, se pone a todos los miembros de la familia en un mismo nivel y el terapeuta se alía a su tendencia homeostática además de prescribirla.

Otras intervenciones terapéuticas fueron: descalificación de algunos o de todos los componentes del mensaje, tangencialidad, desplazamientos del tema, amnesias, descalificación, maniobra del miembro ausente, evitar culpar a los padres y las prescripciones de rituales. Con respecto a estos últimos, Van der Hart (1978; citado en: Imber-Black y cols., 1997) define los rituales como actos simbólicos que se prescriben y que deben ejecutarse de una forma determinada y en cierto orden, además, pueden o no estar acompañados por fórmulas verbales. El ritual funciona como un elemento para mantener y al mismo tiempo crear la estructura social de individuos, familias, comunidades así como para crear y mantener concepciones del mundo. El grupo de Milán fue uno de los primeros en hablar de la utilidad de los rituales para lograr una intervención rápida y decisiva con familias disfuncionales.

A fines de la década de los 70's el equipo retoma nuevamente las ideas de la obra de Bateson *“Pasos hacia una ecología de la mente”*. El grupo comienza a abandonar las ideas estratégicas, trasladan las connotaciones del concepto de Bateson de la circularidad cibernética al trabajo diario de la consulta con familias, publicando el artículo *“Hypothesizing-circularity-neutrality”*, en el que proponen tres intervenciones para el proceso terapéutico:

1) Hipotetizar.- Selvini y cols. (op. cit.) definen el término hipotetizar como la formulación de una suposición o idea, basándose en la información que se conoce sobre la familia. La hipótesis proporciona una guía al terapeuta, un punto de inicio para investigar. La hipótesis debe ser sistémica, es decir, incluir a todos los componentes del sistema y ésta se genera a partir de la información previa que se tiene de la familia, por ejemplo, de la entrevista telefónica. La hipótesis se pone a prueba y puede irse modificando conforme pasen las sesiones.

2) Circularidad.- La circularidad se refiere al acoplamiento estructural dinámico entre el terapeuta y la familia, lo cual le permite al terapeuta establecer las distinciones de la familia. Implica una gran sensibilidad por parte del terapeuta para poder matizar sus propias reacciones sensoriales durante la interacción recursiva con sus pacientes. Mientras más astuta sea la observación, las respuestas terapéuticas serán más refinadas para ajustarse mejor a las respuestas de la familia, y el terapeuta y la familia llegarán a acoplarse mejor. Durante este proceso de observación, los terapeutas no son pasivos ni mucho menos, deben sondear a los miembros de la familia planteando preguntas, parafraseando sus contestaciones y anotando sus respuestas verbales y no verbales con el fin de establecer las distinciones de sus experiencias. Existen cuatro tipos principales de preguntas: preguntas lineales, circulares, estratégicas y reflexivas (Tomm, 1988). Las preguntas lineales se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente y aclaran el problema. Las circulares proporcionan nueva información contextual a la familia, sirven para un eficiente proceso de solicitud de información a cada uno de los miembros de la familia respecto a su opinión y experiencia acerca de: a) la inquietud presentada por la familia, b) las secuencias de interacción, generalmente relacionadas con el problema, y c) las diferencias en sus relaciones fuera del tiempo establecido. Esto proporciona tanto a la familia como al terapeuta, una estructura sistémica del problema, ayudando así al terapeuta, a generar hipótesis y a diseñar intervenciones (o preguntas adicionales), las cuales interrumpen los ciclos disfuncionales de interrelación y cambian los mitos y creencias que sustentan al síntoma. (Nelson, Eleuridas y Rosenthal, 1986). Para Peggy Penn (1982), la finalidad del cuestionamiento circular es fijar el momento de la historia del sistema en el cual importantes coaliciones sufrieron un cambio y la consecuente adaptación a este cambio se volvió problemática para la familia. La información que busca el cuestionamiento circular se refiere a las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del surgimiento del problema. Hay dos tipos generales de preguntas circulares: preguntas de diferencias y preguntas contextuales, éstas han sido asociadas con los patrones de simetría y complementariedad de Bateson. Por otro lado, las estratégicas tienen la finalidad de corregir, el terapeuta se comporta como instructor para influir en la familia, mientras que las reflexivas están formuladas para accionar a los miembros de la familia a reflexionar sobre las implicaciones de sus percepciones pasadas y actuales para considerar nuevas opiniones.

3) Neutralidad.- Es la capacidad de evitar alianzas con miembros de la familia y juicios morales, así como resistir a las trampas y enredos lineales, implica poder actuar libremente durante la terapia. El terapeuta actúa de forma neutral cuando no muestra aceptación por alguna posición en particular mostrando que alguna postura es más correcta que otra (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

Cecchin (1987) hace una nueva definición de la neutralidad, señalando que es un estado de curiosidad en la mente del terapeuta, a través del cual podemos explorar diversos puntos de vista y movimientos alternativos. Para ser curioso se debe entonces, conocer las diferentes descripciones que proporciona la familia con relación a un evento y descubrir cómo estas descripciones se ajustan entre sí.

Las tres intervenciones que propuso el grupo de Milán, se entrelazan en la sesión, puesto que cuando se conversa con la familia en una posición de neutralidad, se generan hipótesis, que a su vez, proporcionan el contexto para identificar los patrones circulares. Karl Tomm (1987) considera la entrevista total como una serie de intervenciones continuas, por ello las denomina “entrevistas con intervenciones”, ya que todo lo que un terapeuta hace durante ella es en sí una intervención.

En 1979 el grupo de Milán se dividió: Selvini y Prata dejaron el Centro para continuar su investigación sobre la familia. En 1983 Mara Selvini, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Ma. Sorrentino formaron un equipo para continuar la investigación sobre las tipologías familiares. Boscolo y Cecchin se alejaron de la perspectiva de investigación interesándose más claramente por la enseñanza y formación, además, desplazan su atención a la importancia de las preguntas que se hacían durante la sesión y el efecto que producían (Boscolo y cols., op. cit.). Cecchin muere el 2 de febrero del 2004 en un accidente automovilístico.

## **1.2. Fundamentos de las Terapias Posmodernas**

### ***Posmodernismo***

La modernidad se consolidó en el siglo XVIII y podemos ubicarla desde Descartes hasta el siglo XX. El pensamiento modernista plantea que el conocimiento es representativo de un mundo objetivo, el cual existe independientemente de los pensamientos y sentimientos (Madison, 1988; citado en: Anderson, 1997). Los modernistas sostenían que existía una única realidad verdadera y objetiva.

Bajo esta filosofía, el terapeuta tiene una posición de mayor jerarquía frente al cliente, debido a que es él quien posee el conocimiento y la verdad. El terapeuta entonces, impone su saber al cliente y se convierte en un experto en observar, revelar y reconstruir la historia tal como realmente es y tal como ésta debería ser. Además, el lenguaje del terapeuta modernista, se basa en las deficiencias, es impersonal y desconoce el carácter particular de cada persona y cada situación o contexto (Gergen, Hoffman y Anderson, 1995; citado en: Anderson, op. cit.).

Con el transcurrir del tiempo, las creencias que habían sustentado la modernidad empezaron a ser cuestionables. Parry (2001) menciona que el posmodernismo se inserta como una nueva filosofía del conocimiento que considera limitantes y discriminativas a las creencias “verdaderas”. Esta filosofía surge alrededor de los años 70’s del siglo XX y es considerada como un conjunto de ideas que critican al modernismo, cuestiona y se aleja de las metanarrativas fijas, las verdades universales, los discursos privilegiados y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y estático en las ciencias tradicionales, la literatura, la historia, el arte y las ciencias humanas (Berger y Luckmann, 1966; Gergen, 1982, 1985, 1994; Harré, 1983; Lyotard, 1984;

Shotter, 1989, 1991b, 1993<sup>a</sup>, 1993b; Silvestre, 1985 y Vigotsky, 1986; citados en: Anderson, op. cit.). Desde una perspectiva posmoderna no hay una teoría, descripción o crítica que sea mejor que otras. Los términos incertidumbre, impredecibilidad y desconocido no equivalen necesariamente a nihilismo o relativismo. Cuando se prescinde de la noción de verdad no significa que “nada exista” y adoptar una posición pluralista no significa que “todo valga”. Para el posmodernismo todo está sujeto a cuestionamiento, incluyendo al mismo posmodernismo.

Acorde a esta filosofía, cambia la forma de hacer la terapia y por ende, el papel del terapeuta. Gergen (1996) menciona que cada una de las formas de terapia moderna lleva consigo una imagen del “buen” individuo, como si se tratara de una figura de moda, lo cual lleva al terapeuta a controlar y juzgar, actitudes que las terapias posmodernistas evitan. De manera similar, Hoffman (1996), considera que en la terapia se debe evitar arreglar algo que está descompuesto o que no está funcionando, puesto que al hacerlo, nos mantendríamos en una postura modernista.

Para Goolishian (en Lax, 1996), el terapeuta ya no debe tomar la posición de experto que posee una visión más privilegiada, sino que debe adoptar el papel de facilitador de la conversación terapéutica, mostrándose como un maestro en el arte de la conversación. El punto de partida de la terapia será el relato del cliente, el cual refleja su comprensión del mundo, el terapeuta facilitara, co-creará y co-escribirá una nueva narración junto con el cliente.

El posmodernismo también, considera que el conocimiento está influido por la sociedad y analiza la forma en que las vidas de las personas se constituyen respecto a los conocimientos y prácticas de la cultura. De forma análoga, la corriente posestructuralista coincide con tal postura. Para Hoffman (op. cit.), el posestructuralismo plantea que el significado del lenguaje no viene dado sino que es construido por el sujeto que habla y es el mismo sujeto quien otorga el significado y le da sentido al lenguaje.

Las ideas posmodernas y posestructurales germinaron con personas que trabajaban la semiótica y la crítica literaria, algunos terapeutas llegaron a pasar de las nociones de la cibernética a las de la hermenéutica, como en el caso del enfoque de Goolishian y Anderson, que se describirá posteriormente.

La hermenéutica sirve de apoyo en la comprensión e interpretación del significado de un discurso o texto, incluyendo las emociones y la conducta. Cabe señalar que la comprensión siempre es interpretativa debido a que no existe una verdad única, es contextual y cada interpretación es una versión de la verdad que se crea a través de la interpretación de los participantes (Anderson, op. cit.).

Además de la hermenéutica, el pensamiento posmoderno se sustenta en las teorías del construccionismo social y la narrativa. Hoffman (op. cit.) afirma que la hermenéutica y el construccionismo social coinciden en proponer que los significados de las palabras, acontecimientos y experiencias de nuestras vidas son creados por personas que conversan e interactúan con otros y consigo mismos. A continuación se describirá con mayor detalle la teoría del construccionismo social.

### ***Construccionismo social***

A partir de la segunda mitad de los años ochenta del siglo XX empezaron a emigrar al ámbito de la terapia familiar nuevos puntos de vista y autores que propiciaron una forma diferente de ver los problemas humanos y la psicoterapia, entre éstos figura la orientación construccionista, también llamada teoría del construccionismo social o socioconstruccionismo. Algunos autores que figuran en esta teoría fueron: Kenneth Gergen, Tomás Ibáñez, John Searle, Rom Harré o John Shotter, entre otros (Limón, 2005).

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos Berger y Luckmann. Sin embargo, Gergen es considerado como el principal representante del movimiento, define a la construcción



social como una indagación que busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en que vive (Anderson, op. cit.). Para Gergen la relación es el locus del conocimiento. Los significados del lenguaje, es decir, los significados que atribuimos a las cosas, acontecimientos, la gente y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos: del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente. El énfasis está puesto más en “la base contextual del significado y su continua negociación en el tiempo” (Gergen, 1994, p.66; citado en: Anderson, op. cit.), que en la localización de los orígenes del significado.

La orientación construccionista mantiene un estrecho vínculo en el campo de la sociología del conocimiento, aunque las particularidades de esta aproximación se desarrollaron en el campo de la psicología social. Se trata de un movimiento que desde sus inicios buscó distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología, además de presentar un frente común en contra de las posturas positivistas dominantes (Ibáñez, 1990; citado en: Limón, op. cit.). De esta manera, la perspectiva construccionista niega la posibilidad de un “saber” algo respecto a las personas por medio de las teorías.

Gergen (op. cit.) menciona algunos planteamientos del construccionismo:

- Cuestionar lo incuestionable.- El construccionismo propone una actitud desconfiada y escéptica al considerar las distintas concepciones del mundo.
- Considerar la especificidad histórica y cultural del conocimiento.- Se refiere a tomar en cuenta las condiciones políticas, económicas y culturales de la época en la que se produce y acepta un tipo determinado de conocimiento.
- El conocimiento se genera en procesos sociales.- Las supuestas verdades incuestionables y los artefactos culturales se generan mediante las interacciones cotidianas.

Los teóricos construccionistas creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos, el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

En síntesis, con los planteamientos de estas corrientes filosóficas posmodernas, Maldonado (1997), afirma que surgieron modelos terapéuticos que coinciden en las siguientes afirmaciones:

- Se pasa de “verdades universales” o “estructuras” a multiversión o pluralidad de ideas respecto al mundo.

- El terapeuta deja de centrarse en la homeostasis y también pone atención al sistema social generativo, lo cual hace que se considere a los estados de desequilibrio como productivos y normales.
- La familia se concibe como un sistema social flexible compuesto por personas que comparten significados.
- Se va pasando de modelos jerárquicos a otros más laterales, en los que los pacientes y los terapeutas comparten responsabilidades.

Otras ideas que comparten son que ven a los clientes como expertos de sus vidas y se apoyan en el construccionismo social para afirmar que las múltiples realidades son construidas socialmente y validadas de forma consensual.

Los principales modelos terapéuticos considerados posmodernistas, surgen a finales de la década de 1980 y al inicio de los 90's y son: los modelos narrativos, los basados en procesos reflexivos y los enfoques conversacionales colaborativos.

### **1.2.1. Modelo de Terapia Narrativa**

Los representantes de la corriente narrativa son Michel White y David Epston. White, de origen australiano, inicia sus carrera como asistente social, en 1980 se interesa por las ideas de Foucault (respecto a la relación entre conocimiento y poder) y en la década de los 90's comienza a estudiar el construccionismo social. Trabajó en el Instituto de Dulwich Centre, con Cheryl White y otros colaboradores comenzaron la Revista Internacional de Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario. White escribió muchos textos, libros y artículos para explicitar la teoría y dar ejemplos de su aplicación clínica y comunitaria. White muere de un infarto el 5 de abril del 2008. Por otro lado, Epston estudió sociología de la medicina y antropología y actualmente labora en el Instituto de Auckland, de Nueva Zelanda.

La narrativa hace referencia a los relatos que las personas se cuentan de sí mismas y a los demás acerca de sus vidas, a partir de la idea de que las exposiciones narrativas no son réplicas de la realidad, sino dispositivos a partir de los cuales se construye la realidad (Gergen, 1996).

Desde esta perspectiva, Maldonado (op. cit.), comenta que la forma en que los clientes describen sus relatos, los limita para desarrollar nuevas ideas o formas de encarar sus situaciones problemáticas. Por ello, la terapia narrativa tiene el objetivo de modificar el discurso habitual

problemático y explorar otro más fluido que le permita a la persona tener un rango más variado y amplio de interacciones posibles. En esta labor terapéutica, el lenguaje es el principal vehículo para generar otros discursos.

El tipo de lenguaje que se emplea a lo largo de toda la terapia es el externalizante, es decir, separar lingüísticamente al problema de la identidad personal del paciente. La separación que se realiza puede ser de las ideas, creencias, atributos, supuestos, actitudes y estilo de vida de las personas. Al emplear el lenguaje externalizante, se expone el problema, cosificándolo y convirtiéndolo en una entidad separada, externa a la persona, hace que los problemas se conciben como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales y no de la personalidad del cliente. Cabe señalar que la externalización no se emplea en casos de violencia ni de infidelidad.

Payne (2002), comenta que la terapia comienza cuando el terapeuta pide al cliente que hable de sus problemas, generalmente los relatos son de desesperanza, White los denomina “descripciones saturadas del problema” que representan el “relato dominante” de la vida de una persona. El terapeuta acepta este relato a la vez que lo considera como parte de la historia. El terapeuta invita a la persona a “bautizar el problema”, es decir, poner un nombre específico al problema, puede ser una palabra o frase corta, en caso de que a la persona se le dificulte, el terapeuta puede sugerir uno. Posteriormente, el terapeuta debe hacer preguntas para ampliar y aclarar el relato, además de preguntar y estar alerta a los hechos que contradigan el relato dominante, puesto que esto posibilita la generación de nuevas historias. White, denomina a estos hechos “acontecimientos extraordinarios” (White, 1987, 1988; citado en: White y Epston, 1993) o “logros aislados” (White, 1988<sup>a</sup>, 1989; White y Epston, 1989; citado en: White, 1994). Una vez que se identificaron, emergen los “relatos extraordinarios”, o historias alternativas. La terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro. Generalmente en la última sesión se realiza una celebración en la que la persona puede invitar a personas que le sean significativas para compartir la experiencia.

Durante su labor, el terapeuta puede utilizar documentos escritos, ya sea por él mismo o por la persona. Los documentos sintetizan los descubrimientos de la persona y le posibilitan describir su propio progreso. White y Epston (op. cit.) enuncian algunos tipos de documentos:

- Cartas de invitación para incluir a alguna persona significativa.
- Cartas de despido hacia personas que han ayudado pero que en este momento su ayuda ya no es necesaria para quien está re-escribiendo su vida.

- Cartas de predicción.- En éstas se predice el avance o la permanencia de la nueva historia re-escrita por la persona.
- Certificados o declaraciones que acreditan los nuevos relatos o historias.

Por último, podemos decir que la terapia narrativa sitúa a la persona como protagonista de su propio mundo, quien está continuamente participando en la re-escritura de su vida y de sus relaciones.

### **1.2.2. Modelo de Terapia basado en Equipos de Reflexión**

El noruego Tom Andersen es el principal representante de este modelo de terapia. Andersen estudió medicina y en la década de 1970 comienza a tener contacto con la literatura de autores de la terapia familiar sistémica. En 1978, en la Universidad de Tromsø, forma un equipo de siete colaboradores que trabajan en servicios psiquiátricos y organizan seminarios acerca de terapia familiar. En uno de estos seminarios, tiene contacto con personajes como Maturana, Von Foerster, Von Glasersfeld, Boscolo, Cecchin, Goolishian, Anderson, Penn y Hoffman. Posteriormente, se reúne con Gergen, Mc Namee, Stein Braten y John Shotter, en una presentación de los desarrollos teóricos del construccionismo social (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Andersen (1994, 2001; citado en: Beltrán, 2004) comenzó a trabajar con la modalidad de Equipo Reflexivo, aproximadamente en 1984, después de que empezó a sentirse incómodo al asumir una posición de terapeuta experto y cuando se cuestionó el por qué ocultar las deliberaciones del equipo de terapeutas. Andersen (1991) comenta que el equipo reflexivo surgió durante una sesión, en la que la familia no parecía mirar los aspectos positivos de su situación, el terapeuta fue llamado por el equipo para pedirle que encendiera la luz de la sala de observación y apagara la de la sala de terapia, de tal forma que el terapeuta y la familia pudieran escuchar al equipo mientras discutían, presentando a la familia una nueva forma de ver las cosas. Este cambio en el proceso terapéutico abrió diversas posibilidades de trabajo.

White (2002) enuncia algunos de los objetivos del Equipo Reflexivo:

- Disminuir las relaciones de poder en la terapia.
- Evitar que los terapeutas realicen análisis en lo que se cosifique a las personas.
- Cuestiona la supremacía del conocimiento de los expertos.
- Privilegia los sistemas de conocimientos alternativos.

Las sesiones bajo este enfoque, comienzan cuando se entrevista a la familia, mientras el equipo está detrás del espejo unidireccional o en la misma sala donde se realiza la entrevista, el terapeuta adopta una posición de escucha y postura reflexiva. Cuando el terapeuta entrevista a la familia, el equipo se abstiene de proponer preguntas o intervenciones. Posteriormente, los miembros del equipo exponen sus ideas y el terapeuta y la familia escuchan, lo cual posibilita que los miembros tengan un diálogo interno. Para Fernández, London y Tarragona (2002), la participación del equipo reflexivo toma de 5 a 10 minutos. Una vez que el equipo termina, el terapeuta y la familia hablan respecto a los comentarios que hizo el equipo. Por último, el terapeuta se abstiene de llegar a una conclusión o cierre de la sesión, más bien, deja abiertas distintas ideas y posibilidades para los participantes en las conversaciones reflexivas.

Griffith y Griffith (1994; citado en: Licea, Paquentin y Selicoff, 2002) mencionan que en su trabajo con equipos de reflexión, les son útiles los siguientes lineamientos:

- Las especulaciones se limitan a las conversaciones que han tenido lugar en ese momento y ese lugar.
- Las ideas se presentan de manera tentativa y el lenguaje que se emplea es cotidiano.
- Los comentarios se construyen como connotaciones lógicas o positivas y no como críticas y/o acusaciones.
- Cuando no hay un espejo y se encuentren todos en una misma habitación, los miembros del equipo mantienen contacto visual entre ellos y evitan mirar a la familia. De esta forma, la familia se siente libre de no escuchar y se mantiene la diferenciación entre la postura activa (que habla) y la pasiva (que reflexiona).

El equipo reflexivo destaca la importancia del lenguaje en la construcción de las diferentes versiones de la realidad, valora la multiplicidad de voces y crea las condiciones necesarias para que los consultantes construyan nuevos significados.

### **1.2.3. Enfoque Colaborativo**

Los representantes de esta terapia son: Harlene Anderson y Harold Goolishian. Los orígenes de este enfoque se remontan al trabajo de Goolishian en el proyecto de investigación de terapia familiar llamado *Terapia de impacto múltiple temprana* en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas. Esta terapia fue creada como una forma de terapia breve en familias con hijos

adolescentes. Anderson (2003<sup>a</sup>; citado en: Beltrán, op. cit.) comenta que el desarrollo de esta terapia representó una aproximación al diseño de una nueva teoría social, debido a que Goolishian y sus colaboradores, valoraban la importancia del individuo y sus sistemas relacionales. Sin embargo, al basar su trabajo en la teoría psicoanalítica, consideraban que esta no era suficiente para realizar las descripciones de sus clientes, empezando así, una búsqueda de herramientas teóricas.

En 1977, Goolishian y Anderson trabajan juntos y fundan el Galveston Family Institute, retomando elementos de la hermenéutica, del construccionismo social, de Bateson y del MRI (con respecto a sus ideas que enfatizan la importancia del lenguaje). Además, el acercamiento que tienen con la literatura de Maturana, los hace pensar en el lenguaje como la esencia del diálogo, lo consideran generativo y esencia del proceso terapéutico. Diez años más tarde, Anderson y Goolishian denominan a su modelo como *enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración*. Goolishian muere en 1991 y Anderson continuó con la propuesta ubicándola en las tendencias narrativas posmodernas y le llama *enfoque colaborativo* (Anderson, 1999; Anderson 2001; Anderson y Goolishian, 1992; citado en: Beltrán, op. cit.).

Las premisas de este enfoque, de acuerdo a Anderson y Goolishian (1988), son:

- La construcción de la realidad está hecha por formas de acción social, más que por procesos mentales individuales e independientes.
- Una mente individual es un proceso social, de tal forma que el ser humano es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros, además de las experiencias y acontecimientos de la vida, son sucesos interaccionales, creados y vivenciados por los individuos en una conversación con otros y con nosotros mismos.
- Se debe considerar a los sistemas humanos como generadores de lenguaje y significados. Por consiguiente, el sistema terapéutico es un sistema lingüístico.
- El significado y la comprensión son construidos socialmente a través de la intersubjetividad.
- La terapia es un suceso lingüístico que toma lugar en lo que se llama conversación terapéutica.
- Un sistema en terapia consiste en un sistema que se ha aglutinado en torno a algún problema y se involucra en un lenguaje y significado. El sistema terapéutico genera significados que desorganizan el problema y lo disuelven.

Desde esta perspectiva, la terapia o conversación dialógica, término empleado por Anderson, se particulariza por ser una conversación entre compañeros, en la que el terapeuta y el cliente

codeciden cómo participar, codefinen los límites y coseleccionan los objetivos del tratamiento. Anderson (1997) menciona que la conversación dialógica debe comprender las siguientes características:

- 1) El problema distingue al sistema. El sistema de problema está conformado por los diferentes elementos que incluye un conflicto, este sistema existe en el lenguaje y el sistema terapéutico se reúne entorno al sistema de problema.
- 2) El paciente guía la conversación. El terapeuta debe dejarse guiar por el cliente, no debe privilegiar un tema sobre otro, ya que los temas se entrecruzan. La voz del cliente pasa a un primer plano, se escucha más y el saber del terapeuta pasa al segundo plano.
- 3) Uso del lenguaje. Se utiliza un lenguaje cotidiano, se captura la idiosincrasia del cliente y se emplean palabras y frases que para el cliente tengan significado. Se pone atención al lenguaje individual en lugar del familiar.
- 4) Múltiples voces. Se da voz a cada uno de los miembros de la familia y en caso de que asista un solo miembro, se emplean preguntas circulares que traigan a terapia las voces de los demás.
- 5) Postura del terapeuta. La postura es de igualdad al cliente. El terapeuta deja la posición de experto, lo cual no quiere decir que sea pasivo, sino que es activo pero no directivo. El equipo de Galveston describe su trabajo terapéutico desde una posición de “no saber”, debido a que el conocimiento cambia y se renueva en cada momento de la interacción.

*¡Miren las flores silvestres!  
Han aguantado el viento frío de la nieve.  
¡Miren los grandes árboles!  
Cuántas tormentas habrán soportado.  
Flores y árboles tienen dispersadas  
sus raíces en la tierra.  
Yo tengo el deseo,  
que los hombres  
no sólo caminen por todos lados  
para satisfacer sus vanidades,  
sino que miren sus propios pies  
y se preocupen por su verdadero yo,  
por una vida mejor.*

*Hozumi Gensho*



### III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### 1. Habilidades clínicas terapéuticas

El trabajo que realicé como terapeuta responsable de las familias durante mi estancia en la residencia, lo sintetizo en el siguiente cuadro:

ESCENARIO Y SEMESTRE	FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO UTILIZADO	NUMERO DE SESIONES	CAMBIOS LOGRADOS	SITUACIÓN FINAL
<b>Clínica de T. F. de la FESI 2° Sem.</b>	<b>1</b>	<b>La madre reportó que su hija menor se muestra rebelde y desubicada, además de que en una ocasión se fue de casa.</b>	<b>Modelo Estructural</b>	<b>9</b>	<b>Los padres lograron acuerdos parentales y la hija respetó algunas reglas.</b>	<b>Baja</b>
Clínica de T. F. de la FESI 2° Sem.	2	El matrimonio solicitó terapia de pareja, principalmente para mejorar su comunicación.	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	6	La comunicación entre la pareja mejoró notablemente.	Alta
CCH Azcapotzalco 3er Sem.	3	Depresión del Sr. debido a que se separó de su esposa.	Modelo de Milán	14	El Sr. dejó de tener ideas suicidas y cumplió algunos proyectos laborales.	Baja
ISSSTE Tlalnepantla 3er Sem.	4	La Sra. siente angustia y desesperación.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	3	La Sra. redujo su angustia y desesperación y marcó límites claros a sus hijos.	Baja
<b>Clínica de T. F. de la FESI 4° Sem.</b>	<b>5</b>	<b>Los Sres. piden orientación respecto a la educación de sus nietos puesto que ahora están a cargo de ellos.</b>	<b>Modelo Estructural</b>	<b>9</b>	<b>Los abuelos establecieron límites claros a los nietos y éstos, mejoraron académicamente.</b>	<b>Alta</b>
Clínica de T. F. de la FESI 4° Sem.	6	El joven fue referido a atención psicológica porque su maestra lo considera agresivo.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	3	El joven tuvo un trato más amable en la escuela y casa y mejoró académicamente.	Baja
<b>Clínica de T. F. de la FESI 4° Sem.</b>	<b>7</b>	<b>La madre solicitó el servicio para poner límites a sus hijos.</b>	<b>Modelo Estructural</b>	<b>6</b>	<b>La madre adquirió jerarquía y el padre participó más en la crianza de los hijos.</b>	<b>Alta</b>

Nota: Los casos en negritas son los que se retomaron para el análisis del tema elegido.

## 1.1. Integración de expedientes y análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con familias

A continuación se presenta el análisis de los casos que tuve a cargo. Cabe señalar que los nombres de las familias y las personas fueron cambiados para proteger su identidad.

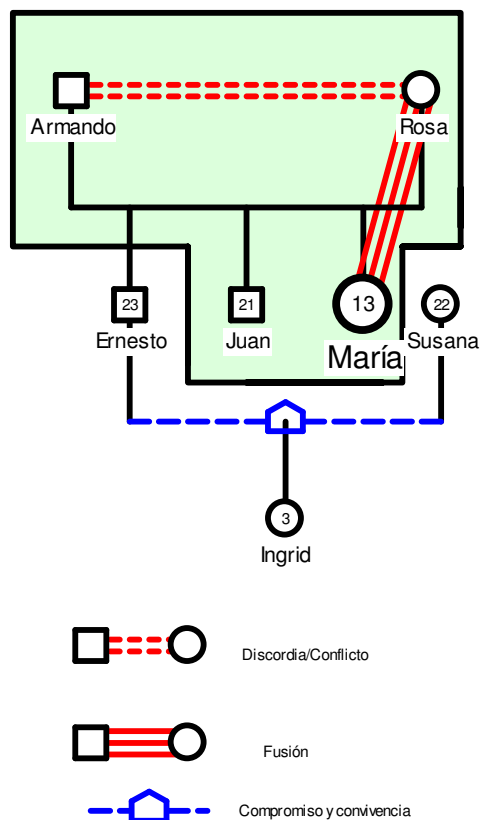
### 1) Familia López

**Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

**Supervisión:** Dra. María Suárez Castillo y Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky.

**Equipo de supervisión:** Giselle López, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez.

**Familiograma:**



**Descripción de la familia:** Se trata de una familia nuclear integrada por Armando (padre), Rosa (madre), Ernesto (hijo) de 23 años, quien vive en otro lugar pero por periodos regresa con su familia, Juan (hijo) de 21 años y María (hija) de 13 años.

**Motivo de consulta:** María se comportaba rebelde y desubicada, además de había intentado irse de la casa.

**Antecedentes familiares y del problema:** La madre comentó que antes tenía una buena relación con María pero que ahora que era adolescente, se había vuelto rebelde y contestona, el temor de la Sra. es que María fuera a comportarse como su hijo Ernesto, quien era adicto a las drogas, puesto que él en la adolescencia se comportaba parecido a María, por ejemplo, tampoco acataba las reglas y horarios que le establecían sus padres.

**Antecedentes de tratamiento:** La Sra. Rosa reportó haber estado en terapia en la CUSI hace aproximadamente 10 años por diversos problemas que *“traía arrastrando”*, los cuales no quiso comentar.

**Hipótesis:** Las conductas de rebeldía de María pudieran ser los síntomas de una familia que está pasando por varias crisis: 1. El padre estaba desempleado, 2. La familia nuevamente pasaba por el estadio de hijos en edad adolescente y 3. Los padres tienen un hijo adicto a las drogas. Además, en la familia se mandan dobles mensajes por parte de los padres, se autoinvalida la comunicación y los padres toman una actitud sobrevigilante ante lo que hace María. Las situaciones anteriores pueden generar confusión en la hija, quien se aprovecha de la situación para no obedecer o cumplir los límites que se le marcan, los cuales además son difusos.

**Objetivos:**

- Redefinir las conductas de rebeldía de María que no le implican riesgo y que son propias de su edad, así como las conductas de sus padres de sobrevigilancia.
- Establecer límites claros en el subsistema parental.
- Establecer un tipo de comunicación más claro y sin dobles mensajes de los padres a María.
- Retomar los lados fuertes y experiencia previa de los padres con respecto a la educación de sus hijos que ya pasaron la adolescencia.
- En el subsistema individual (con respecto a María), hacer que distinga las conductas que no le implican riesgo de las que sí.

**Intervenciones:** Se trabajó con el Modelo Estructural y las intervenciones se orientaron principalmente al subsistema parental, aunque en algunas sesiones también se trabajó con el subsistema fraterno e individual.

A lo largo de las sesiones se hicieron las siguientes intervenciones:

- Se redefinieron las conductas de María calificadas como rebeldía que no implicaban riesgo a su persona y familia.
- Se usó la escenificación por medio de la provocación e iluminación de interacciones, así como el proponer interacciones alternativas en el subsistema parental.
- Se emplearon técnicas de intensidad como la repetición de mensajes y repetición isomórfica.
- Se hicieron cambios de geografía para delimitar el subsistema parental.
- Se usó el desequilibramiento, teniendo alianzas alternantes tanto con los padres como con María.
- Se hicieron cuestionamientos del problema y del control lineal a los padres, para resquebrajar la idea del paciente individualizado que controla lo que acontezca en el sistema, que en este caso se trataba de María.
- En las sesiones en que asistieron los hermanos de María se estableció una alianza con el subsistema fraterno y se exploraron las formas en que los hermanos podían apoyarla.
- En un evento en el que se suscitó un acto de violencia en contra de María (el padre le dio un golpe), se nombró a la violencia como tal, se les responsabilizó a los padres de ejercerla y se exploraron nuevas formas de ejercer autoridad que no implicaran la violencia en ninguna de sus formas.
- Se empleó con Fernanda el dilema del “cambio” y “no cambio” a través del coro griego o división del equipo.
- Se resaltaron los lados fuertes de la familia y de cada uno de los miembros que la integran.

**Cambios logrados en el sistema:** El proceso terapéutico tuvo una duración de 9 sesiones, de febrero a septiembre de 2005 y los principales logros que se tuvieron fueron:

- Al menos el padre dejó de ver a María como el problema de la familia, de hecho en una sesión cuando la madre decía que María seguía poniendo su “carota” (refiriéndose a que se molestaba) y azotaba las puertas, el Sr. comentó *“pero es que hay que pensar que ella se pone así porque ni tú ni yo nos ponemos de acuerdo con lo que queremos que haga”*.
- Los padres lograron tener algunos acuerdos, por ejemplo con respecto a la hora de la llegada de María cuando salía con los amigos.
- María respetó algunas reglas como llegar en el horario que le marcaron sus padres cuando salía con sus amigos.

- Ambos padres distinguieron qué cosas que hace María le implican algún riesgo y cuáles no, permitiéndole hacer cosas que le impedían como el dejarla que se maquillara, depilarse las cejas y escuchar la música que le gusta, lo cual a María le permitió, de manera más satisfactoria, su desarrollo en el subsistema individual como adolescente que es.
- María aprobó dos materias que presentó en extraordinarios, de hecho comentó *“si quiero que me den permisos tengo que demostrarles que sí puedo con la escuela”* refiriéndose a sus padres.

**Observaciones:** La familia dejó de asistir a las sesiones, cuando se les llamó para saber el motivo, sólo se encontró al Sr. Armando, quien comentó que él ya estaba trabajando, que no sabía por qué su esposa no había asistido pero que quizá se debía a que ella estaba saliendo a visitar a su padre puesto que estaba enfermo y se encontraba hospitalizado. Comentó que ellos llamarían cuando requirieran el servicio nuevamente, que las cosas iban mejor con María puesto que sus actitudes estaban cambiando positivamente.

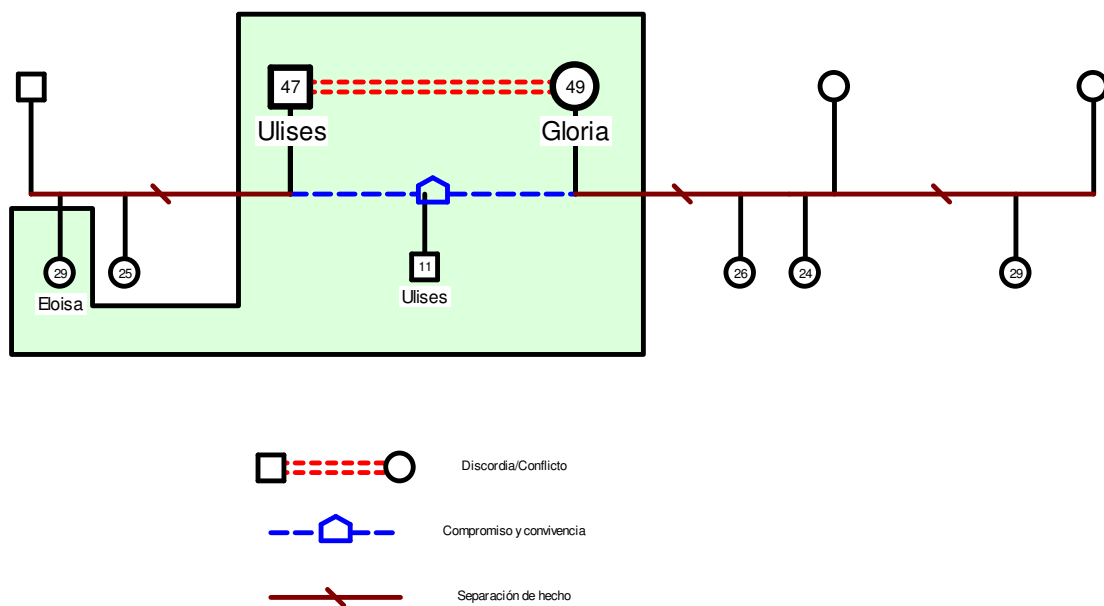
## 2) Familia Martínez

**Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

**Supervisión:** Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda.

**Equipo de supervisión:** Susana Caballero, Manuel Campos, Olga Mejía y Nancy Vargas.

**Familiograma:**



**Descripción de la familia:** Se trataba de una familia reconstituida formada por el Sr. Ulises de 47 años, quien trabajaba como impresor; su esposa Gloria de 49 años, quien se dedicaba al hogar; Ulises (que es hijo de ambos) de 11 años y cursaba la primaria y Claudia (hija de la Sra.) de 30 años, quien trabajaba como empleada y pasaba poco tiempo en la casa por su horario de trabajo.

**Motivo de consulta:** El matrimonio solicitó terapia de pareja para mejorar su comunicación.

**Antecedentes familiares y del problema:** La pareja tenía 13 años de vivir juntos y comentaron que años atrás el Sr. Ulises le fue infiel a la Sra. Gloria y ella después también le fue infiel, en esa época tuvieron muchas discusiones y pensaron terminar la relación; sin embargo, hablaron y llegaron al acuerdo de mejorar su situación, dijeron que el estar en un grupo de AA los había ayudado mucho a superar los obstáculos por los que habían pasado, como el de la infidelidad. También comentaron que han tenido problemas económicos porque Ulises tenía un empleo en el que le pagaban de forma irregular y él no buscaba otras alternativas de trabajo y Gloria mencionó que es ella quien muchas veces resolvía el problema económico, vendiendo cosas o pidiendo prestado. En el momento en el que llegaron a terapia, el Sr. Ulises dijo que tenían problemas para comunicarse y en el área sexual, puesto que él creía que su esposa estaba teniendo síntomas de la premenopausia y que por ello casi no tenían contactos sexuales. La Sra. afirmó lo anterior y dijo que por el momento no quería tener este tipo de contactos puesto que le eran dolorosos y que los tenía sólo por complacer a su marido.

**Antecedentes de tratamiento:** El semestre pasado el Sr. Ulises, su esposa y su hijo asistieron a terapia familiar, el motivo fue que a su hijo Ulises le hicieron una evaluación psicológica en la que salió con baja autoestima pero alto potencial, además de que en casa se comportaba como un adulto. Asistieron de septiembre a noviembre y fueron dados de alta. El Sr. Ulises dijo que la terapia les ayudó mucho pero que querían retomar la terapia para tratar temas de pareja. También llevaban asistiendo alrededor de 10 años a un grupo de AA.

**Hipótesis:** Las discusiones de la pareja podrían tener relación con la dificultad que tenía la pareja para pasar a un nuevo estadio que requería de un reacomodo y adaptación. Además, en la familia se estaban presentando eventos estresantes como el que el Sr. no percibía un ingreso económico seguro y el que la Sra. estuviera presentando síntomas de la premenopausia.

**Objetivos:**

- Definir el motivo de consulta (debido a que en la llamada telefónica el Sr. comentó que querían terapia de pareja pero no se especificó con respecto a qué tema).

- Establecer una alianza conyugal.
- Establecer nuevas formas de comunicación en la pareja que les fueran más funcionales.

**Intervenciones:** Se trabajó con el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y las principales intervenciones fueron:

- Se definió el motivo de consulta, el cual fue mejorar la comunicación en la pareja, en palabras de ellos *“sentirse escuchados y saber escuchar”*.
- Se escenificaron interacciones provocando nuevas.
- Se dejaron “tareas sorpresa”.
- Se trabajó con los lados fuertes de la pareja, por ejemplo con el buen sentido del humor que tenían ambos.
- Se buscaron las excepciones, es decir, se identificaron los momentos en que la pareja lograba entablar una plática en la que se escuchaban y no discutían.
- Se ampliaron las excepciones y se les atribuyó el control de sus actos.
- Se usó el consejo especializado o posición de experto para proponer estrategias en la resolución de conflictos conyugales.
- Se les recomendó que asistieran, simultáneamente, con una especialista en Sexología, dentro de la misma FESI para que mejorara su relación en el ámbito sexual, lo cual era una petición que ellos habían expuesto al inicio de la terapia.
- Se aplicaron escalas para evaluar los cambios durante el proceso terapéutico y afianzarlos.

**Cambios logrados en el sistema:** El proceso terapéutico tuvo una duración de 6 sesiones, de febrero a junio de 2005 y los principales logros que se obtuvieron fueron:

- La pareja reportó que su comunicación mejoró notablemente puesto que podían hablar respecto al manejo de la economía y del grupo de AA, siendo que anteriormente, en cuanto tocaban estos temas terminaban por discutir, enojarse y hasta dejarse de hablar.
- Pasaban más tiempo juntos y realizaron cosas que, en palabras de ella, *“hacíamos cuando éramos novios”*, como salir al parque a platicar.
- El Sr. empezó a participar, en mayor medida, con la familia, ocupándose más de la situación económica (por ejemplo, si no alcanzaba el dinero trabajaba más tiempo o junto con su esposa platicaban cómo resolverlo y anteriormente, la Sra. Gloria comentaba que era ella quien tenía que dar solución). También empezó a llevar y recoger a su hijo a la escuela y pasaba más tiempo con su esposa en casa.

- Cuando se les aplicó la escala en la primer sesión, respecto a cómo percibían que era su comunicación del 0 al 10, considerando que 0 era mala y 10 buena, la Sra. dijo que 4 y él que 7, comentaron que les gustaría llegar al 9 y en la sesión de cierre mencionaron ya haber llegado a este puntaje.

**Observaciones:** El cierre terapéutico se hizo una vez que la pareja reportó haber encontrado solución a su demanda. Cabe señalar que la familia contaba con varios factores que posibilitaron que la terapia fuera tan breve, como el que ellos ya habían asistido a terapia y por lo tanto, conocían la forma de trabajo, además de que era una pareja comprometida y que estaba abierta a solicitar ayuda profesional. Con respecto a esto último, nos fue de mucha utilidad remitirlos con una sexóloga, puesto que al trabajar simultáneamente, los cambios se fueron reflejando de forma inmediata, se afianzaron y fueron permeando las demás áreas de la pareja.

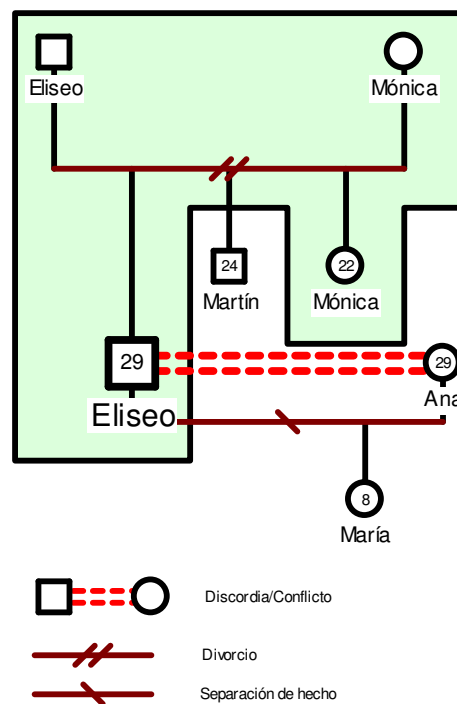
### 3) Familia Orozco

**Sede:** Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco.

**Supervisión:** Mtra. Juana Bengoa González.

**Equipo de supervisión:** Giselle López, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez.

**Familiograma:**





**Descripción de la familia:** Eliseo (29 años) lleva viviendo dos años con sus padres y una hermana, regresó con su familia de origen debido a que se separó de su esposa, con la que vivió 6 años y con quien tiene una hija de 8 años. Eliseo trabajaba en el CCH Azcapotzalco y al inicio de la terapia se encontraba estudiando Ingeniería en Sistemas.

**Motivo de consulta:** Eliseo reportó tener depresión, mencionó que se sentía desesperado, que no le daban ganas de hacer cosas y que había llegado a sentir deseo de morir.

**Antecedentes familiares:** Eliseo mencionó que se deprimió a partir de que se separó de su esposa, comentó que cuando vivían juntos la relación era buena pero que él la celaba mucho, lo cual los hacía discutir frecuentemente. La relación con su hija siempre había sido buena y él la apoyaba económicamente, así como con respecto a sus cuidados y trabajos escolares. Por otro lado, la relación que llevaba Eliseo con sus padres era buena aunque nos manifestaba que no le agrada la relación que tenían como pareja, puesto que a pesar de que estaban divorciados mantenían por temporadas relaciones maritales y Eliseo consideraba que eso los confundía tanto a él como a sus hermanos.

**Antecedentes de tratamiento:** Eliseo mencionó haber acudido, en compañía de su mamá, al servicio de psicología del CCH, estuvo en un grupo de red durante un semestre. Él consideró que no le fue tan útil porque el trabajo se enfocaba más a problemáticas de estudiantes. Asistía, aunque no de forma constante, a un grupo de AA y también había asistido con un médico para descartar la posibilidad de que su depresión fuera de tipo endógeno, el médico le sugirió que asistiera con un terapeuta.

**Hipótesis:** A pesar de que Eliseo no vivía con su esposa, mostraba dificultad para separarse emocionalmente de ella, probablemente esta dificultad se debía a que: por un lado, trataba de demostrar a sus padres que se podía formar y mantener una familia y por otro, por lealtad a ellos, debido a que a pesar de estar divorciados vivían juntos. La situación de confusión que vivía con respecto a la relación de sus padres, así como la pérdida de su expareja, podrían llevar a Eliseo a manifestar síntomas como no poder dormir, poco interés en actividades cotidianas y escolares, ideación suicida y beber en exceso.

**Objetivos:**

- Connotar positivamente los síntomas.
- Romper con el mandato familiar de mantener la familia aún cuando hubo ruptura conyugal.
- Distinguir el subsistema parental del conyugal.

- Promover que Eliseo estableciera objetivos a corto, mediano y largo plazo.

**Intervenciones:** Se trabajó, principalmente, con el Modelo de Milán, realizando las siguientes intervenciones:

- Validación de sentimientos ante el duelo de la pérdida de su expareja.
- Se hizo un compromiso de vida con Eliseo.
- Se connotaron positivamente los síntomas que presentaba.
- Se prescribieron rituales.
- Se empleo coro griego cuando era necesario consolidar los cambios.
- Se le hicieron ver los costos, tanto para él como para su hija, de seguir el mandato familiar o creencia de mantener, como fuera, una familia unida.
- Con cuestionamientos circulares, se posibilitó que Eliseo identificará cómo repercutía, a nivel emocional, en él y en sus hermanos el tipo de relación de sus padres y con esta misma técnica, se trajeron a terapia a las otras voces familiares (de su madre, padre, hija y hermanos).
- Equipo reflexivo.

**Cambios logrados en el sistema:** El proceso terapéutico tuvo una duración de 14 sesiones, de agosto de 2005 a septiembre de 2006 y los principales logros que se tuvieron fueron:

- Los síntomas tales como: ideación suicida, no poder dormir y poco interés en las actividades diarias y escolares desaparecieron. A este respecto, Eliseo comentó *“ya no me deprimó, sí me pongo a veces triste pero ya no es como antes que no me daban ganas de hacer nada y me encerraba en mi cuarto todo el día a llorar”*.
- A partir de la tercera sesión, cuando Eliseo hablaba de su expareja se refería a ella como *“la madre de mi hija”*, lo cual nos hacía pensar que distinguía el subsistema parental del conyugal.
- Durante la duración de la terapia estableció relaciones de noviazgo con dos chicas.
- Buscó la forma de ascender en su trabajo, logrando hacerlo al puesto más alto de su área.
- Refirió que podía ver a su expareja y platicar con ella respecto a cosas que tuvieran que ver exclusivamente con su hija, puesto que anteriormente, platicaba con ella como si siguieran siendo pareja, de hecho, la celaba.
- Eliseo mencionó que su madre y su hermana lo veían diferente, ya no tan triste como antes.

**Observaciones:** Eliseo dejó de asistir a las sesiones faltando en dos ocasiones continuas sin avisar, antes de que ocurriera esto se le había dejado que pensara y decidiera si quería continuar en el proceso puesto que en una sesión dijo que creía que nos estaba quitando el tiempo, debido a que en

ocasiones todavía se aferraba a la idea de seguir con su expareja a pesar de que ya no era posible recuperar esa relación. Se le dijo que era común que eso pasara y que no significaba que fuera un retroceso o que iba a anular lo que ya había logrado hasta el momento. Esta información se discutió con el equipo y surgió la hipótesis de que probablemente él quería que nosotros cerráramos el proceso, lo cual no habíamos hecho debido a que aún cuando habíamos notado muchos cambios, Eliseo tendía a recaer. Por lo anterior, el equipo consideró dejar que Eliseo fuera el que tomara la decisión de continuar o no, aclarándole lo que creíamos que faltaba para afianzar sus cambios. Al ver que Eliseo ya no regresó, ni se comunicó, consideramos que tal vez su demanda había quedado resuelta.

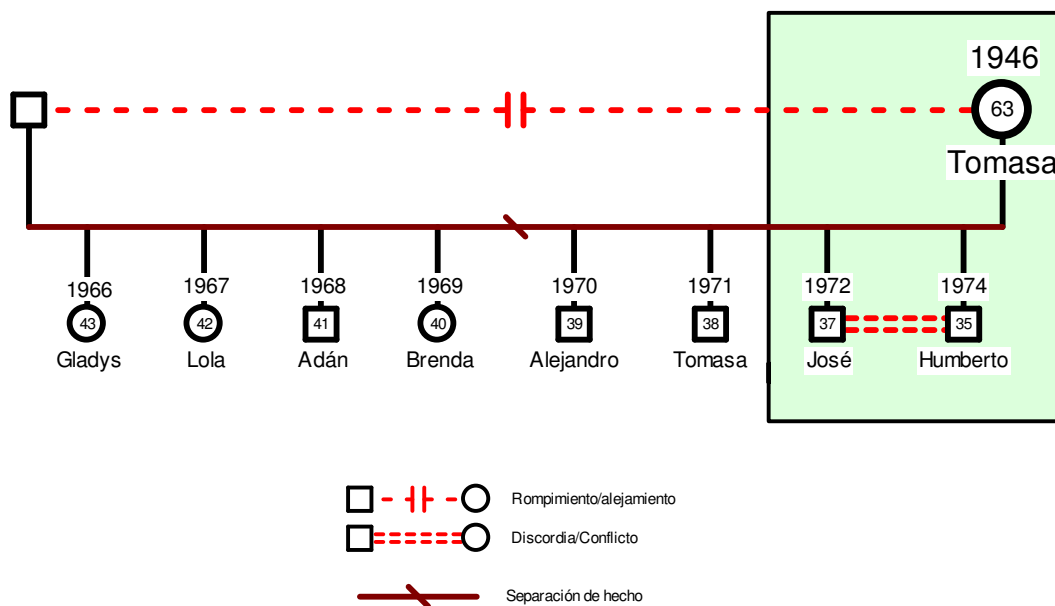
#### 4) Familia Guzmán

**Sede:** Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla.

**Supervisión:** Mtra. Carmen Susana González Montoya.

**Equipo de supervisión:** Giselle López, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez.

**Familiograma:**



**Descripción de la familia:** La familia estaba conformada por la madre (Tomasa) y sus dos hijos (José y Humberto), la Sra. tiene otros seis hijos que ya están casados. Dos de sus hijas vivían en la misma casa con sus respectivas familias, pero la casa está dividida de tal forma que cada familia vivía independientemente.

**Motivo de consulta:** La paciente solicitó apoyo porque mencionaba sentir angustia y desesperación ante la situación familiar que vivía, mencionó que deseaba encontrar un aliciente o motivación para seguir viviendo.

**Antecedentes familiares:** La Sra. Tomasa comentó que su marido los abandonó desde que sus hijos eran muy pequeños y que ella sola los “sacó adelante”, la relación que lleva con sus hijos es buena; sin embargo, últimamente ha tenido varios roces con sus hijos con los que vive. Sus dos hijos están enfermos: José padece de ataques epilépticos desde que era niño y tiene daño cerebral, mientras que Humberto desde la adolescencia empezó a ingerir drogas y éstas le provocaron lesiones cerebrales. La Sra. ha tenido que pagar los medicamentos de sus hijos, lo cual repercutió en su economía, puesto que a veces no tiene ni para comer. Su situación económica, en conjunción con las constantes preocupaciones de sus hijos la llevaron a sentirse desesperada y angustiada y hasta tuvo ideas suicidas. Con respecto a la relación con sus demás hijos, dice que es buena pero que no les pide apoyo, de ningún tipo, debido a que no quiere preocuparlos.

**Antecedentes de tratamiento:** La paciente fue referida al servicio de psicología por su médico familiar, quien la diagnosticó con depresión. Asistió con su hijo Humberto a una entrevista con la psicóloga de la Clínica, en esta sesión la Sra. Tomasa comentó que se sentía muy triste y desesperada, tanto por sus problemas económicos, como por la situación de sus hijos: José y Humberto.

**Hipótesis:** Las enfermedades de los hijos de la Sra., la difícil situación económica por la que atraviesa, así como las características propias del ciclo vital en que se ubica, pueden estar sobrecargando a la Sra. Tomasa tanto física como emocionalmente, esta sobrecarga se puede manifestar en estados de angustia y desesperación.

**Objetivos:** Los principales objetivos fueron los siguientes:

- Definir motivo de consulta puesto que a pesar de que la refirieron por depresión, había que establecer con la persona su meta terapéutica.
- Connotar positivamente la preocupación por sus hijos.
- Normalizar sentimientos y pensamientos propios de la etapa de vejez.
- Identificar excepciones, marcarlas, ampliarlas y establecer el control al cliente.
- Establecer metas a corto y mediano plazo.

**Intervenciones:** Se trabajó con el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y bajo este modelo se realizaron las siguientes intervenciones:

- Se connotó positivamente la preocupación por sus hijos.
- Se normalizaron sus sentimientos y pensamientos, por ejemplo, el que ella se sintiera cansada y pensara que ya no está para cuidar hijos.
- Se buscaron e identificaron las excepciones, es decir, las ocasiones en que la Sra. Tomasa no se sentía angustiada, desesperada y sin alicientes.
- Se marcaron y ampliaron las excepciones.
- Se empleó coro griego.
- Se le cuestionó acerca de las redes de apoyo y se le hicieron sugerencias para aprovecharlas.
- Se emplearon preguntas de escala para evaluar los avances.

**Cambios logrados en el sistema:** La terapia duró tres sesiones, realizadas de septiembre a noviembre de 2005, los principales logros que se tuvieron fueron:

- El aspecto físico de la Sra. Tomasa cambió, se le notaba más jovial y se presentó más arreglada en las sesiones posteriores a la primera.
- En las dos primeras sesiones, la Sra. tendía a describir y centrar su atención en todas las cosas negativas o difíciles por las que pasaba; sin embargo, en la tercera sesión destacó cosas agradables como el que tuviera un nieto jugando fútbol en la primera división, de lo cual comentó que se enorgullecía.
- La Sra. Tomasa dijo que ya no se sentía tan desesperada ni tan angustiada.
- Nos comentó que estaba aprendiendo a hablar con sus hijos, puesto que generalmente cuando lo hacía terminaba peleando y comentó que en una ocasión, en palabras de ella, *“me puse a su nivel y usé un nivel de voz más bajo que el de ellos, pude hablar con los dos, me hicieron caso y hasta dejaron de pelear”*.
- Empezó a marcar límites a sus hijos, por ejemplo cuando uno de ellos le pidió dinero para sus cigarros ella no se lo prestó, cuando en otras ocasiones terminaba por hacerlo.
- Al aplicarle la escala dijo que en la primera sesión había llegado en 0 y que se encontraba en 8 (a dos puntos de cumplirse su objetivo).

**Observaciones:** A pesar de que fueron pocas las sesiones se pudieron observar enormes cambios y considero que la demanda de la consultante quedó resuelta. Se le hizo una llamada para saber el motivo de su falta y la Sra. comentó que estaba muy apenada porque no acudió a su cita y que fue porque falleció su hermana y la verdad se le había olvidado. La Sra. pidió a la terapeuta agradecer a

todo el equipo su apoyo, comentó que las cosas iban mejor puesto que ya no se angustiaba como antes y que la relación con sus hijos estaba mejorando.

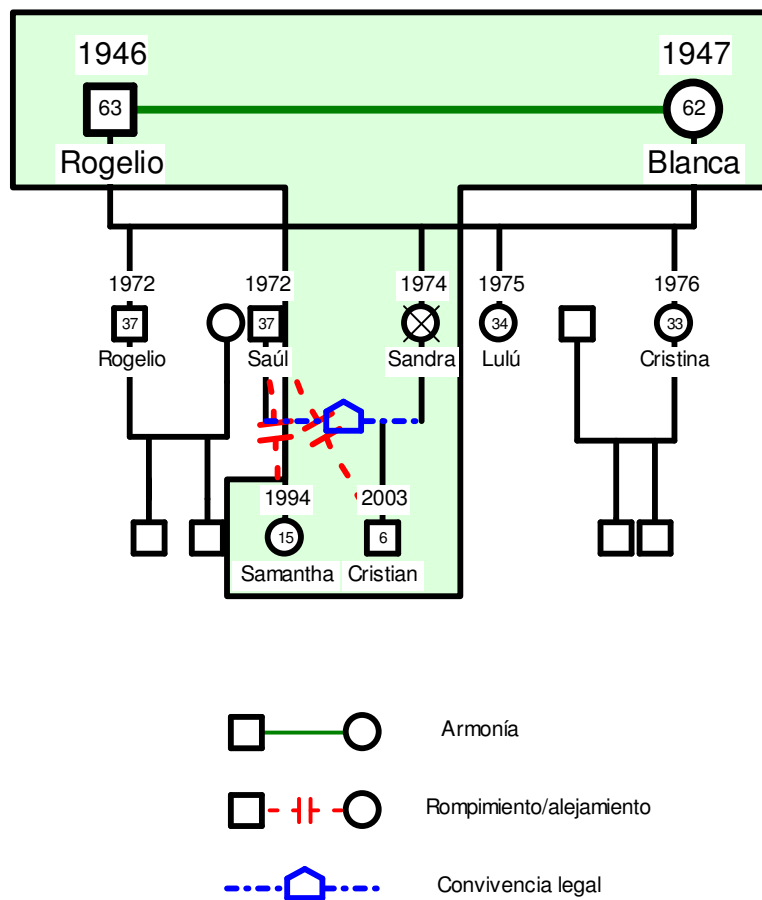
### 5) Familia Trejo

**Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

**Supervisión:** Dra. María Suárez Castillo y Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky.

**Equipo de supervisión:** Giselle López, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez.

**Familiograma:**



**Descripción de la familia:** Se trata de una familia compuesta por los abuelos: el Sr. Rogelio (quien estaba jubilado), la Sra. Blanca (dedicada al hogar) y dos nietos: Cristian (6 años) y Samantha (15 años), que quedaron huérfanos de su madre.

**Motivo de consulta:** La Sra. Blanca solicita el servicio para que se le oriente en la educación de sus nietos, debido a que ella y su esposo ahora están a cargo de ellos.

**Antecedentes familiares:** Los abuelos están al cuidado de sus nietos debido a que la madre de ellos fue asesinada. Los abuelos afirman que el presunto asesino es el esposo de su hija puesto que hay una serie de evidencias que así apuntan. De hecho, el Sr. Rogelio había recabado pruebas para que fuera posible la detención de su yerno, pero hasta el momento no habían sido suficientes ni comprobadas. La Sra. Blanca y el Sr. Rogelio comentaron que su hija y nietos habían sido víctimas de la violencia que ejercía el padre de ellos y que por esto, habían decidido quedarse con los menores. Cabe señalar que el padre de los menores (Saúl), hasta el momento no había buscado a sus hijos. Antes de que sucediera el homicidio, la Sra. Sandra (hija) vivía con su pareja (Saúl) y sus dos hijos, ella trabajaba la mayor parte del día y el padre se quedaba a cargo de ellos, sin embargo, él salía del hogar sin dejarles alimento y Samantha era quien se encargaba de alimentar y cuidar de su hermano, ella comentaba que si no querían asistir a la escuela no lo hacían. Además, los menores eran víctimas de la violencia que ejercía el padre, quien los insultaba y golpeaba frecuentemente.

**Antecedentes de tratamiento:** No había habido tratamiento anterior.

**Hipótesis:** El síntoma es la desobediencia y rebeldía de los nietos, lo cual pudiera ser el reflejo de una fuerte crisis familiar que incluye diversos factores como la muerte trágica de la madre, la pérdida del padre y los significados que tiene que él haya sido el homicida, la adaptación de los chicos a una nueva familia con los abuelos (lo cual implica todo un reordenamiento de reglas, de espacio físico, etc.). De forma paralela, están los sentimientos de los abuelos ante la pérdida de su hija, así como el desgaste físico, moral y económico que ha representado el vivir una situación así.

**Objetivos:**

- Creación de joining cercano con cada uno de los integrantes de la familia, principalmente por el tipo de problemática que vivían.
- Validación de sentimientos, sobre todo por lo que implicaba la pérdida de la madre.
- Establecimiento de límites en el subsistema parental (abuelos-nietos).
- Establecimiento de alianzas alternas, ya fueran fraternas, parentales y de abuelos con nietos.

**Intervenciones:** Se trabajó con el Modelo Estructural de Minuchin, en la mayoría de las sesiones se trabajó con toda la familia, en algunas se citó sólo a los abuelos y en dos sesiones se citó sólo a Samantha. Las principales intervenciones que se realizaron fueron:

- El joining que se estableció fue de cercano a experto, puesto que en muchas ocasiones los abuelos requerían de tareas específicas que pudieran realizar con los nietos para su educación.

- Se validó el sentimiento de los abuelos ante la pérdida de su hija, se les explicitó el proceso del duelo y sugirió que cuando ellos decidieran podrían trabajar en terapia al respecto. También se validó el sentimiento de pérdida de Samantha (cuando asistió sola a terapia).
- Durante todas las sesiones se hacía validación de la preocupación de los abuelos y de los cambios logrados por los nietos, como el que Cristian fuera más ordenado y Samantha mejorara académicamente.
- Se retomaron las estrategias de educación que habían tenido los abuelos con sus hijos y que les habían funcionado y se pidió que evaluaran cuáles de esas estrategias podrían serles útiles en la actualidad con sus nietos.
- Se hacían cuestionamientos de creencias y del modo de recortar sucesos.
- Se incitó para que los abuelos buscaran redes de apoyo.
- Mediante cuestionamientos, se facilitó que los abuelos hicieran la distinción entre su hija Sandra y su nieta Samantha, debido a que ellos consideraban que eran iguales de carácter y tenían el temor de que su nieta hiciera lo mismo que su madre: salirse joven de casa y/o relacionarse con un hombre parecido a su padre.
- Se sugirieron algunas lecturas para facilitar la educación de los nietos.
- Se trabajó con la identificación de las conductas que implican riesgos en la salud de Samantha y se distinguieron de las conductas que no le implican riesgo y que forman parte de su adolescencia.
- Se fortaleció el subsistema conyugal, al pedirles a los abuelos que realizaran actividades como pareja que habían dejado de hacer y que les eran gratas.

**Cambios logrados en el sistema:** El proceso terapéutico tuvo una duración de 9 sesiones, de febrero a septiembre de 2006 y los principales logros que se tuvieron fueron:

- Cristian empezó a tener hábitos en casa, tales como ordenar su ropa, sus juguetes, tender su cama, lavarse la cara y manos, además, mejoró considerablemente su desempeño escolar.
- Los abuelos empezaron a establecerles límites a los nietos, por ejemplo, con Samantha llegaron a establecerle horarios para cuando salía con sus amigos y si no cumplía el horario establecido se le restringía una próxima salida.
- Samantha aprobó dos materias que había reprobado durante el cuatrimestre.
- Los abuelos lograron conseguir el apoyo de sus dos hijas, quienes colaboraron llevándose a los chicos a pasear los fines de semana y hasta una de las hijas apoyaba económicamente a sus



padres para el pago de las colegiaturas de las escuelas de Samantha y Cristian. También se apoyaron en una psicóloga del colegio de Samantha, puesto que el abuelo fue a hablar con ella y a pedirle que estuviera pendiente de la situación emocional y escolar de Samantha.

- Los abuelos empezaron nuevamente a realizar cosas en conjunto, como el salir por las mañanas a caminar, actividad que habían dejado de hacer.
- A Samantha le fueron dando un espacio de intimidad como adolescente, al permitirle que fuera arreglando su recámara como a ella le gustaba, entre otras cosas. Al inicio de la terapia la abuela comentaba que hasta le revisaba recados que tenía en su tocador o no le permitían escoger su ropa.

**Observaciones:** Llevar este caso fue muy interesante, la primer sesión fue muy intensa emocionalmente puesto que la abuela llegó con todo su dolor por la pérdida de su hija y la firme convicción de querer ayudar a los nietos, a pesar de que casi no los conocía porque no los frecuentaba. En esta sesión se trabajó en coterapia y después yo solicité llevar el caso, debido a que consideré que aprendería mucho de él. A pesar de que a los abuelos se les dificultaba mucho al principio establecer reglas con los nietos, poco a poco fueron retomando su experiencia y la actualizaron a esta época para ir estableciendo reglas con los nietos, además de que les fueron creando hábitos que no tenían. Cabe señalar que esta familia tenía fortalezas como el que buscaran redes de apoyo, como lo hicieron con sus hijas, con la psicóloga del colegio y el hecho mismo de acudir con nosotros. También fue una familia que se comprometió desde el principio puesto que no faltaron, llegaban muy puntuales y realizaban las actividades y tareas que se les dejaban, lo cual facilitó que su demanda quedara resuelta. En este caso considero que también pude ser flexible y centrarme en mi objetivo terapéutico, puesto que al inicio yo consideraba que era importante trabajar el duelo de los padres pero tenía que respetar que en ese momento no era prioritario para ellos puesto que lo que era inmediato era el hacerse cargo de los chicos y el trámite legal que llevaban por el homicidio de su hija. Sin embargo, el considerar todos los factores que perneaban el caso, me permitió establecer un buen joining, el cual facilitaba mis intervenciones. Al parecer la familia cumplió su objetivo y se dieron cambios satisfactorios para cada uno de los integrantes de esta nueva familia.

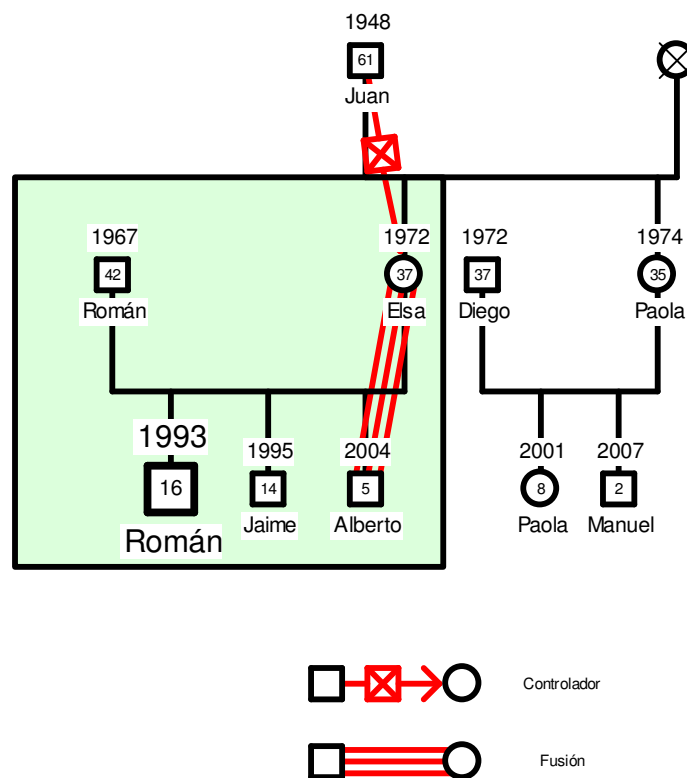
## 6) Familia Vázquez

**Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

**Supervisión:** Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda.

**Equipo de supervisión:** Giselle López, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez.

**Familiograma:**



**Descripción de la familia:** Es una familia conformada por el Sr. Román (padre) de 42 años y que trabaja como empleado, la Sra. Elsa (madre) de 37 años, quien se dedica al hogar, Román (hijo) de 16 años que cursa la secundaria, Jaime (14 años), también en secundaria y Alberto (5 años), quien cursa el preescolar. Viven dentro del terreno del padre de la Sra. Elsa.

**Motivo de consulta:** La Sra. Elsa comentó que la maestra de Román le dijo que tenía que llevarlo a terapia porque era violento y agresivo.

**Antecedentes familiares:** La Sra. Elsa y su familia viven en el terreno de su padre, su casa está independiente de la del él pero comparten el patio. La Sra. reporta que su padre hace distinciones con sus nietos, tratando mejor a los hijos de su hermana, quien también vive en ese terreno.

Además, el Sr. Juan responsabiliza a la Sra. Elsa de algunos deterioros de la casa, comentándole que sus hijos los hacen y hasta exige que le paguen por habitar en su terreno.

**Antecedentes de tratamiento:** Ninguno.

**Hipótesis:** La agresión de Román y la falta de interés en la escuela se presentan como el síntoma en una familia que está pasando por un nuevo ciclo vital, la imposibilidad de que la familia salga del terreno del abuelo y de lo que implica vivir en ese lugar: tratos injustos y agresiones por parte del abuelo.

**Objetivos:**

- Identificar las situaciones en que Román presenta conductas agresivas y establecer otros tipos de respuesta.
- Validación de sentimientos de los integrantes de la familia y en el caso de Román, canalizar su desesperación a actividades que no le perjudiquen.

**Intervenciones:** Se trabajó con el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, las principales intervenciones fueron:

- Se estableció joining de cercano a intermedio.
- Se estableció el objetivo terapéutico.
- Se facilitó la descripción de las conductas agresivas de Román, entre las que presentaba fueron: gritarle a mamá y a papá y contestarle de manera inapropiada a la maestra (con tono alto y molesto).
- Se buscaron excepciones, es decir las situaciones y los contextos en los que Román no se mostraba agresivo y se pidió una descripción amplia y detallada de estos.
- Se evaluaron los costos (en la familia y escuela) de sus conductas agresivas y los beneficios de controlar su desesperación (así definió el sentimiento previo a mostrarse agresivo).
- Se buscaron los recursos de Román.
- Se pidió que Román pensara qué cosas podría realizar para controlar su desesperación.

**Cambios logrados en el sistema:** El proceso terapéutico tuvo una duración de 3 sesiones, de febrero a marzo de 2006 y los principales logros que se tuvieron fueron:

- Román logró controlar su desesperación, por ejemplo cuando dice que lo molestaban sus amigos y que sentía ganas de pegarles, buscaba otra actividad como distractor, por ejemplo hacer figuras de papel (que le era una actividad muy grata) y en casa, cuando se desesperaba se salía a jugar fútbol.

- Román obtuvo un reconocimiento académico de tercer lugar en aprovechamiento, lo cual le fue muy gratificante puesto que no había recibido algún reconocimiento antes.
- La madre mencionó que Román se mostraba más tranquilo en casa y que ya no les gritaba ni a ella ni a su esposo.
- Los padres buscaron una escuela de fútbol para que Román ingresara en cuanto iniciaran las inscripciones.

**Observaciones:** A pesar de que la familia asistió a tres sesiones, se dieron algunos cambios importantes. Desafortunadamente la familia dejó de asistir, la terapeuta se estuvo comunicando con la familia y primero la madre dijo que no habían podido ir porque Román ya no quería asistir, lo cual también en una sesión lo comentó la madre y Román dijo que sólo lo había dicho para hacerla enojar pero que él sí quería seguir asistiendo. Entonces se le comentó a la Sra. Elsa que aún cuando él no asistiera ella podía hacerlo pero ella ya no se comunicó y no se le volvió a encontrar vía telefónica.

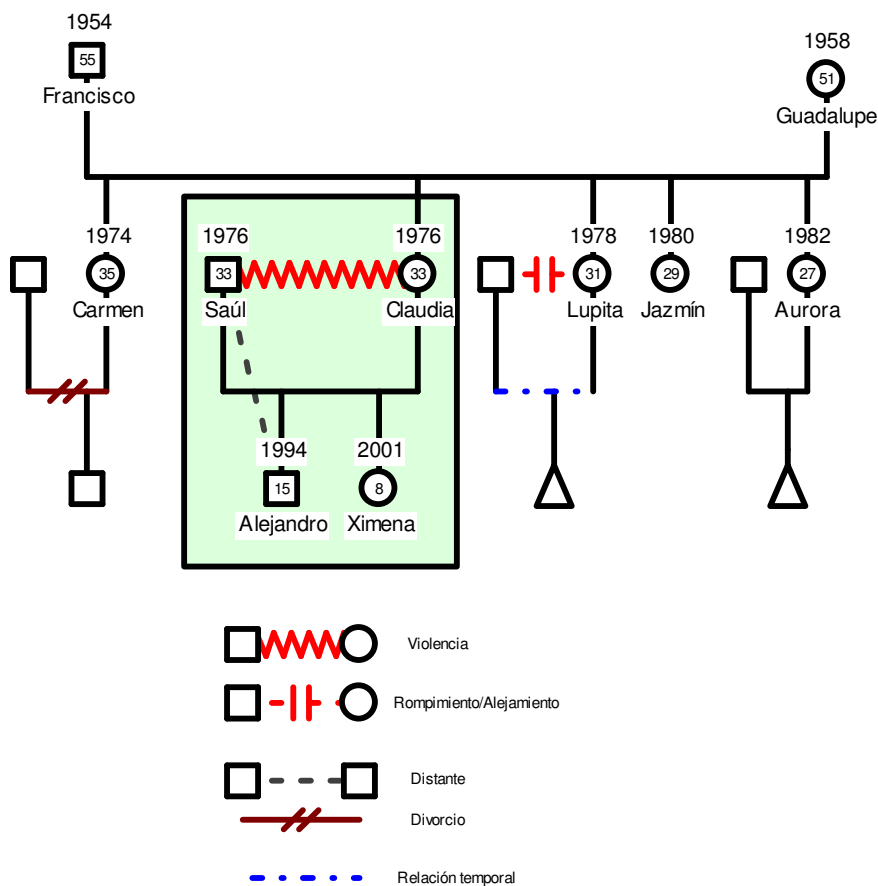
## 7) Familia Aldana

**Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

**Supervisión:** Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda.

**Equipo de supervisión:** Giselle López, Santiago Moreno, Elizabeth Romano y Karina Vázquez.

**Familiograma:**



**Descripción de la familia:** La familia está compuesta por el padre Saúl de 33 años y quien trabaja como obrero, Claudia (madre) de la misma edad y quien trabaja como empleada en una tienda, Alejandro (hijo) de 15 años quien cursaba la secundaria y Ximena (hija) de 8 años, estudiante de primaria.

**Motivo de consulta:** La Sra. Claudia y sus hijos asisten a terapia familiar con su familia extensa y en la primera sesión la Sra. comentó que ella deseaba terapia para su familia. Cuando se le llamó, dijo que necesitaba terapia para poner límites a sus hijos, puesto que ellos la trataban como si fuera

su hermana, además comentó que también necesitaba terapia de pareja pero que por el momento su esposo no iba a poder asistir.

**Antecedentes familiares:** Cuando la familia de Claudia inició este proceso terapéutico, su familia de origen ya estaría alrededor de la quinta sesión, y se habían estado trabajando las relaciones intrafamiliares de esta extensa familia.

**Antecedentes de tratamiento:** Los esposos ya habían estado en terapia conyugal (hace tres años) pero sólo habían asistido a tres sesiones porque al marido no le gustó la forma de trabajo (que le preguntaran acerca de su familia de origen y sus experiencias pasadas).

**Hipótesis:** La familia extensa de Claudia se ha hecho cargo de la educación de sus hijos y ella ha fungido como hermana en lugar de su rol de madre, además su marido casi no participa en las actividades de la familia (puesto que la mayor parte del tiempo su familia está con la familia de origen de Claudia). En la pareja existe violencia ejercida por el Sr. Saúl, lo cual puede fomentar que Claudia no quiera pasar tanto tiempo con él y que en casa de sus padres se sienta más protegida. Esta situación de pasar gran parte del tiempo en casa de sus padres ha hecho que pierda jerarquía y que se le dificulte poner reglas a sus hijos y hacerlas cumplir.

**Objetivos:**

- Definir motivo de consulta, puesto que en la llamada telefónica la madre mencionó más de uno.
- Establecer límites claros en el subsistema conyugal, parental y con familia extensa (de la Sra.).
- Detener la violencia familiar y/o dar herramientas para autocuidado.

**Intervenciones:** Se trabajó con el Modelo Estructural y las principales intervenciones fueron:

- Se usó la escenificación por medio de la provocación e iluminación de interacciones, el desequilibramiento y complementariedad.
- Se hicieron cambios de geografía para delimitar subsistemas.
- Se cuestionaron verdades familiares.
- Se explicó el ciclo de la violencia, los tipos de ésta y se les dejó ver a los padres la película "Te doy mis ojos".
- Se validaron los sentimientos de los hijos ante la situación de violencia.
- Se indagaron posibles redes de apoyo y formas de autocuidado.
- Se resaltaron los lados fuertes de la familia y de cada uno de los miembros que la integran

**Cambios logrados en el sistema:** El proceso terapéutico tuvo una duración de 6 sesiones, de mayo a septiembre de 2006 y los principales logros que se observaron fueron:

- Claudia empezó a poner más atención en su persona, puesto que empezó a asistir más arreglada las sesiones y se veía más jovial y relajada.
- Claudia empezó a marcar límites con su familia extensa, de hecho empezó a referirse a esta familia como *“mi otra familia”*, cuando al inicio la nombraba como *“mi familia”*.
- La Sra. empezó a dejar de hacer algunas cosas domésticas que realizaba en casa de sus padres y que la desgastaban tanto que cuando llegaba a su casa ya no tenía ánimo para realizar las labores de su propia casa. Anteriormente ella lavaba toda la ropa de sus hermanas y sus familias, además de trapear y cocinar a diario.
- La madre fue adquiriendo jerarquía, por ejemplo, durante las sesiones se hacía respetar cuando por ejemplo, les pedía a los hijos que hicieran algo, ellos la obedecían. En las primeras sesiones no se veía ese control.
- Claudia hizo un compromiso de no violencia, se documentó al respecto y sabía que hacer cuando su esposo la violentara.
- Claudia empezó a adquirir muebles que le faltaban para su casa con la finalidad de ya no pasar tanto tiempo en casa de sus padres y dedicarles más tiempo a sus hijos ya en su propia casa.
- El Sr. Saúl también empezó a participar haciendo arreglos a su casa.
- Alejandro dejó de hacer cosas como pegarle a la hermana y mandarla, además de tomar decisiones como si fuera el padre.
- La relación entre Alejandro y Ximena mejoró, Ximena comentaba que le gusta más su hermano ahora que juega más con ella en lugar de regañarla.

**Observaciones:** A pesar de sólo haber tenido seis sesiones de duración este proceso, se lograron ver muchísimos cambios, tal vez lo que facilitó esto es que ellos ya estaban en otro proceso de terapia y eran muy colaboradores, puesto que era una familia que realizaba las reflexiones y tareas que se les dejaban.

## **1. 2. Conductas de riesgo y factores de protección en la adolescencia**

### **1. 2. 1. La adolescencia hoy**

Etimológicamente, el término “adolescere” significa crecer hacia la adultez. La OMS (op. cit.) define a la adolescencia como la etapa que ocurre entre los diez y veinte años de edad, ésta inicia con los cambios de la pubertad y finaliza al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico. Se caracteriza por ser la etapa de cambios globales, es decir, biopsicosociales en la persona y preparatorios hacia la juventud y edad adulta.

A continuación se presentan algunos datos estadísticos con respecto a esta etapa (algunos incluyen edades pertenecientes a la infancia):

- Se estima que en México hay 3.3 millones de niños entre 6 y 14 años que trabajan para apoyar la economía de sus familias.
- El 28% de los jóvenes mexicanos entre quince y diecinueve años de edad trabaja y no está estudiando.
- En la adolescencia temprana es habitual el consumo experimental de drogas.
- El suicidio es una de las tres causas principales de muerte en los jóvenes. Alrededor del 14% de los suicidios se cometen a la edad de 15 a 24 años. Además, se encuentran tasas entre 15-20% de adolescentes con ideación suicida acompañada de sentimientos de desesperanza e indefensión.
- El número de niños y adolescentes mexicanos repatriados de Estados Unidos a México se ha incrementado de manera importante (INEGI, 2002).
- Los casos acumulados de niños (0 a 18 años) con SIDA son 2,786, es decir, 2.4% del total de casos (Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2007).
- Millones de niños, niñas y adolescentes mexicanos crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas, e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos. Gran parte de esta violencia, que incluye violencia física, sexual, discriminación y abandono, permanece oculta y en ocasiones es aprobada socialmente.
- El número de menores de 18 años en pobreza alimentaria es de 7, 451, 330, de los cuales 37% tienen entre 6 y 11 años (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2006).

De manera general, los datos anteriores reflejan la situación actual (en algunas áreas) de los adolescentes. Podemos afirmar que estos datos son el resultado de diversas situaciones



económicas, sociales y políticas que, desafortunadamente, repercuten principalmente en los sectores más vulnerables, como lo es la infancia y adolescencia. Por ende, la salud física y psicológica de esta población está siendo cada día más difícil de mantener y/o lograr y en muchos casos, representa una amenaza seria para el desarrollo normal del individuo.

### **1. 2. 2. Etapas de la adolescencia**

Para Florenzano (2002), la adolescencia se compone por tres etapas: adolescencia inicial o temprana (fase peripuberal), adolescencia media (fase pospuberal) y adolescencia tardía (fase juvenil inicial), mismas que se describirán a continuación:

#### **Adolescencia inicial (10 a 14 años)**

En esta fase los cambios biológicos de la pubertad son vividos por los niños como una irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible. Se avanza desde el pensamiento lógico concreto del inicio de edad escolar al pensamiento operatorio formal, adentrándose al terreno de lo abstracto y de las operaciones simbólicas. Este pensamiento operatorio formal les permite la construcción de sistemas y teorías, además de la adopción de una actitud crítica frente a la realidad, tan característica de los adolescentes.

En el plano de las relaciones interpersonales, inician los primeros entusiasmos por otros, estos enamoramientos fugaces son de carácter narcicista, buscando un reflejo del sí mismo, o bien, una proyección idealizada del cómo se quisiera ser. La sexualidad en esta etapa es activamente sublimada, ya sea en actividades deportivas o sociales. En cuanto a la familia, la relación con el progenitor del mismo sexo se distancia y comienza la reorientación desde la familia hacia los grupos de amigos. En muchas ocasiones, este cambio de centro de gravedad es mal tolerado por los progenitores, produciéndose un grado de tensión en la familia que se exagera en la etapa consecutiva.

### **Adolescencia media (15 a 17 años)**

Se caracteriza por el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos. La familia había sido el centro de la existencia emocional del joven durante 14 o 15 años. La superación del apego y el dejar de aceptar fielmente el control familiar es un paso difícil pero necesario para poder conocer sin temor el mundo de los demás y para aprender a relacionarse con los pares, en especial con los del sexo opuesto.

En esta etapa el adolescente oscila entre la rebelión y el conformismo. Una forma de que los jóvenes se alejen de sus padres es vistiéndose, hablando y opinando muy diferente de ellos, a la vez que son muy leales a su grupo de iguales, conformándose rígidamente a las modas, expresiones y estilos de relación de éstos.

La superación de la dependencia con respecto a la familia se hace descalificando a uno o ambos padres. Para alcanzar más autonomía, necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su camino por la vida y que no precisa de los juicios y directivas de sus padres.

El adolescente busca activamente juicios, opiniones y valores propios, sin aceptar ya, automáticamente, los de sus padres. Los errores y contradicciones de éstos son magnificados para facilitar el proceso de desapego. Las dificultades en la relación de adolescentes y padres, aumentan cuando la crisis del adolescente coincide con la crisis de la edad madura de uno o de ambos padres. La importancia del grupo juvenil aumenta en la medida que decrece para el joven la de sus progenitores. En los grupos juveniles no se aceptan normas o controles externos y se da un espacio donde se define la legitimidad o madurez de las propias conductas. Cada joven debe actuar conforme a los patrones valorados por el grupo.

Las actividades de búsqueda entre ambos sexos son progresivamente más cercanas y explícitas, y van desde el enamoramiento sentimental y romántico a las primeras aproximaciones físicas.

### **Adolescencia tardía (18 a 20 años)**

En esta fase se da la consolidación de la identidad del Yo. La búsqueda de vocación definitiva se hace más premiosa y urgente, muchas veces estimulada por hermanos o amigos.

El completar la propia identidad es personal y socialmente necesario para, posteriormente, evitar fluctuaciones extremas. La elección vocacional se hace un costo interno y externo: el cambiarse de

una carrera a otra cuesta cada vez más en la medida que transcurre el tiempo. Lo mismo es para la elección de pareja, debido al daño emocional que conllevan las separaciones.

Los problemas de identidad en la mujer se centran en la opción entre el papel matrimonial y el laboral. El encontrar marido y el realizarse profesionalmente son percibidos como objetivos incompatibles, pudiéndose generar dinámicas de competencia intelectual con los varones que se les acercan.

La capacidad para la intimidad tiene una función más central en la formación de la identidad femenina que en la masculina. Sólo al final de la adolescencia está el joven preparado para una relación íntima estable. En los períodos previos predominan la exploración y la búsqueda, y hay una mayor presión de impulsos que buscan descarga, así como un mayor grado de egocentrismo y narcisismo. Algunos de los logros al final de la adolescencia, son los siguientes:

- Identidad coherente que no cambia significativamente de un lugar a otro.
- Capacidad de intimidad adecuada en términos de relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales.
- Sentido claro de la integridad, de lo que está bien y está mal, además del desarrollo de sentimientos socialmente responsables.
- Independencia psicológica con sentido del sí mismo que permite tomar decisiones, no depender de la familia y asumir funciones y responsabilidades propias de los adultos.
- Independencia física con capacidad de ganarse el propio sustento.

Cabe señalar que el concepto de adolescencia es una construcción social relativamente reciente, propia de las sociedades urbanas occidentales industriales y posmodernas, por lo que las etapas descritas pudieran no manifestarse o hacerlo de forma diferente en los jóvenes de niveles socioeconómicos bajos, grupos urbano-marginales o rurales, quienes requieren de una consideración especial.

### **1. 2. 3. Familias con hijos en edad adolescente y terapia familiar**

Minuchin y Fishman (op. cit.) mencionan que las familias con hijos en edad escolar o adolescentes, enfrentan nuevas problemáticas. La pareja ya ha estado casada durante 10 o 15 años, las problemáticas de pareja se han resuelto con el paso del tiempo y su enfoque de la vida ha madurado. Es un período en el que la relación matrimonial se profundiza y se amplía, se han

formado relaciones estables con la familia extensa y con el círculo de amigos, la difícil crianza de los niños pequeños quedó atrás y ha sido reemplazada por el placer de ver cómo los hijos crecen y se desarrollan de manera sorprendente.

Sin embargo, esta etapa presenta nuevos retos, puesto que se pone a prueba la flexibilidad del sistema, ya que intervienen factores como: en la adolescencia se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales; a pesar de que los padres han madurado, en muchas ocasiones reviven su adolescencia; se pueden presentar problemas con relación a los novios de los adolescentes; los hijos no cubren las expectativas de los padres y en esta etapa hay mayor tendencia a la aparición de síntomas tales como: adicciones, abandono de hogar de los hijos, bajo rendimiento y deserción escolar, rebeldía y embarazos no deseados (Estrada, 1991). Además de que durante la adolescencia de los hijos, ocurren varios cambios evolutivos en la familia que afectan hasta tres generaciones: a) en los adolescentes, sus cambios propios, b) en los padres el ir delegando funciones en sus hijos para que en un futuro abandonen el hogar y formen una nueva familia y/o desarrollen su propio trabajo, pudiera representar un enorme reto; además de la carga y exigencia de sus empleos, así como la probable manifestación del climaterio y c) los abuelos generalmente presentan deterioro físico y mental. Todos estos factores pueden ir complejizando las relaciones en la familia y el reacomodo de ésta.

Otro aspecto importante en esta etapa, tiene que ver con los estilos educativos de los padres hacia los hijos. Becoña (2002) hace la siguiente clasificación de estilos parentales:

- Estilo autoritario.- El control mediante las normas y órdenes se hace de forma completamente unilateral, sin tomar en cuenta las opiniones de los hijos, a través del castigo por incumplimiento.
- Estilo permisivo.- La característica básica es la falta de exigencia por parte de los padres, siendo el propio hijo el que autorregula su comportamiento.
- Estilo autoritativo.- Representaría el punto de equilibrio entre los dos estilos anteriores. En este se dan órdenes y normas que se ajustan en cada caso a las necesidades específicas del adolescente, dejando un margen a la autonomía pero manteniendo un control externo exigente.

A este respecto, de las cuatro familias que atendí con hijos adolescentes, tres casos se caracterizaron por el estilo permisivo, es decir, había una falta de exigencia de los padres (de ambos o de alguno), lo cual posibilitaba que los adolescentes se aprovecharan de esto, y presentaran conductas tales como: cuando salían a algún lugar, no llegaban a la hora que su(s) padre(s) le(s) indicara(n). Este aspecto se encontró en las familias López, Vázquez y Trejo.

De acuerdo con Carrasco (2006), las subetapas de la adolescencia (antes descritas) marcan diferencias en cuanto a los motivos y procesos de consulta, los temas prioritarios y los problemas propios del adolescente.

En la **adolescencia inicial**, cuando se redefinen fronteras entre padres e hijos, éstos tienden a tomar distancia aislándose. Sin embargo, esta actitud es fluctuante, el adolescente con frecuencia parece lábil e inestable y en ocasiones sus actitudes regresivas muestran que justamente en este momento un tema central para él es su familia. La ambivalencia en la relación con sus padres incluye desidealización de las figuras parentales, temor a la dependencia y el “duelo por la infancia”. A su vez, la respuesta parental, se tiñe del mismo modo por sentimientos de pérdida y desidealización “del niño que tenían”.

En la familia López, específicamente hablando de María (quien se ubicaba en esta etapa de adolescencia inicial), pude observar como ella fluctuaba entre el rol de adolescente y el de niña, tratando de, por un lado, ser independiente, mientras que por el otro, mostraba dependencia a sus padres y se comportaba “infantil”, por ejemplo cuando les pedía que le compraran algún objeto de peluche.

La terapia en esta etapa sucede en el contexto de estas inestabilidades relacionales: cuando el adolescente necesita fortalecer las fronteras y darle un espacio a su individualidad y privacidad, se encuentra en un contexto que lo impele a abrirse ante sus padres y a menudo es explícitamente exigido por éstos a hablar de sus problemas. En estos casos el terapeuta debe respetar las fronteras del adolescente y contribuir a que padres e hijo genere nuevas formas de relación acordes con la etapa evolutiva.

En la **adolescencia media** un tema prioritario es la relación con los pares, la integración a grupos y la vida escolar. La búsqueda de independencia se hace más activa. En la interacción padres-hijos, se reagudizan los conflictos que tienen que ver justamente con esta área: la necesidad de independencia y autonomía por parte del adolescente y la intención de proteger, supervisar y controlar por parte de los padres. Para muchas familias que asisten a terapia, este ha sido un tema central de la relación padres-hijos. Los intentos de control por parte de los padres y la rebeldía del hijo, pueden llegar a una difícil escalada, en especial si este es un tema sensible en la relación entre padres y en las historias de ellos. La tarea del terapeuta en estos casos será modular dichos conflictos y reconstruir a partir de ellos un sentido evolutivo.

Las familias Trejo, Vázquez y Aldana, pertenecen a esta etapa y justamente, el tema de la independencia y autonomía del adolescente versus la intención de proteger y supervisar por parte de los padres, se hacía presente, puesto que a las familias se les dificultaba irles dando independencia a sus hijos. Esto particularmente ocurrió en los casos de las familias López (aún cuando María se ubicaría en la adolescencia inicial) y Trejo, estas familias tenían mujeres adolescentes y se notaba la dificultad de los adultos por darles independencia, por ejemplo, tanto la madre de María como la abuela de Samantha, aún querían elegir la ropa de las jovencitas. También la supervisión de los padres y abuelos llegaba a ser, por decirlo de alguna manera, intrusiva, puesto que llegaron a seguir a sus hijas para ver lo que hacían. Curiosamente, este hecho de ir permitiendo la independencia y autonomía, contrastaba un poco con las otras dos familias que tenían adolescentes varones y que al parecer, les era más fácil a los padres irles dando su independencia, por lo que considero que aspectos como el género, definen en cierta medida el tipo de relación que ese establece con los hijos y posibilidad de autonomía, que incluye el tipo de supervisión que a éstos se les dé.

Por otro lado, durante la **adolescencia tardía**, los temas predominantes se encuentran en las disyuntivas relacionadas con la experiencia de relaciones de pareja con mayores niveles de intimidad y con las responsabilidades implicadas en la elección vocacional o en actividades laborales. Nuevamente las interacciones con los padres están matizadas por estos temas. La aparición de una nueva pareja del hijo significa, por ejemplo, la incorporación de nuevos vínculos en la intimidad de la familia. En los padres se activan inquietudes respecto de que la elección de pareja del hijo se adecue a sus propias expectativas. Otra cuestión que se presenta en esta etapa es el alejamiento por razones de estudio o trabajo, lo cual implica una mayor exigencia de autonomía por parte del adolescente y de los padres respecto del hijo. En esta etapa los dilemas relativos al encuadre adquieren mayor relevancia, por ello es importante que el terapeuta tenga criterios claros para sostener un encuadre con la familia o para proponer una psicoterapia individual, basados en una cuidadosa valoración del proceso de individuación relacional que incluya tanto aspectos individuales del adolescente, como aspectos de la interacción familiar.

De forma general, las intervenciones del terapeuta deben realizarse con el lenguaje y la visión de la familia, además de incluir una conexión con los temas evolutivos de ésta y del adolescente. Un proceso central de la terapia en esta etapa es la dinámica de alianzas del terapeuta con el adolescente y con los padres, para ello se requiere sostener un equilibrio entre las alianzas, basado en la constante consideración de la subjetividad de cada miembro de la familia y de las posturas de

los diferentes subsistemas. La alianza con los padres implica una asociación genuina con la visión de que el hijo es el motivo de la terapia y una conexión con el sufrimiento parental y preocupación por el hijo. Por otro lado, para lograr una alianza con el hijo adolescente, el terapeuta debe respetar la ambivalencia o resistencia de éste, de asistir a la terapia, aceptando sus sentimientos y no intentar convencerlo (puesto que ya lo han hecho sus padres y otros adultos). El terapeuta debe hacer que el adolescente perciba la diferencia entre la designación que ha vivido en la familia (hijo problema, causante de la preocupación o sufrimiento de sus padres, etc.) y la designación terapéutica proyectada en sus posibilidades de desarrollo y autonomía. Algunas de las técnicas que facilitaron que el adolescente no se sintiera “el problema” de la familia fue el reencuadre y algunas del modelo estructural que cuestionaran el síntoma.

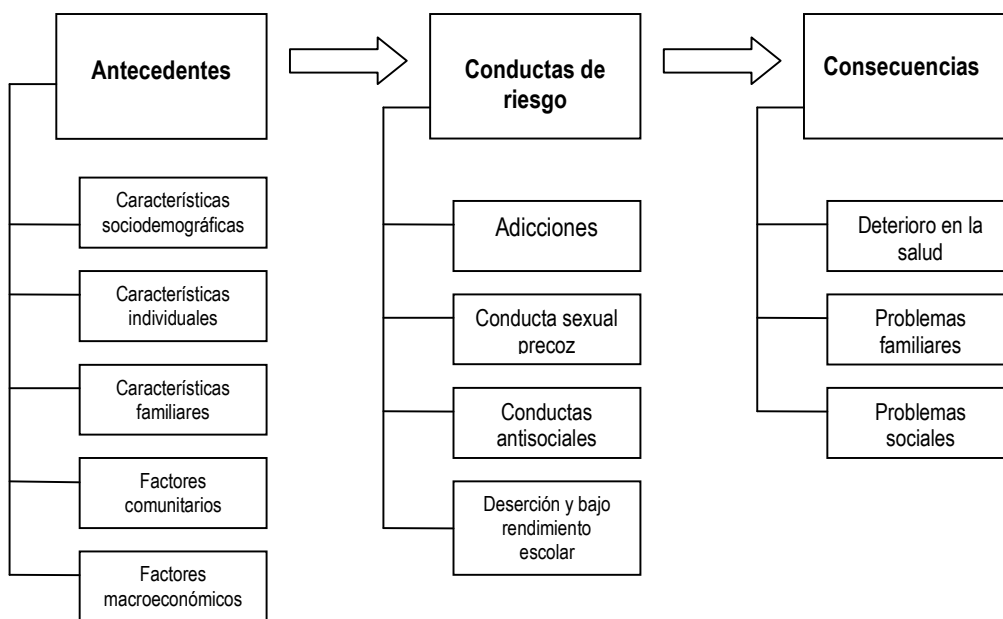
En síntesis, podemos decir que las intervenciones del terapeuta deben regular los dos objetivos siguientes, sin llegar a centrarse en solo uno: a) favorecer los procesos de individuación- separación del adolescente y b) promover que los padres se hagan cargo del hijo (fortaleciendo el sistema parental), de tal forma que establezcan límites claros.

Otro aspecto que hay que considerar en la terapia con adolescentes es el contexto sociocultural, puesto que en la adolescencia uno de los temas más relevantes es el de la inserción social, es decir, las oportunidades y formas de inclusión que ofrece un determinado medio.

### 1. 2. 4. Conductas de riesgo de los adolescentes

La identificación de las conductas de riesgo puede ser de gran utilidad al trabajar los problemas de salud del adolescente. Para Dryfoos (1990; citado en Florenzano, op. cit.) la conducta de alto riesgo es definida como “la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud”.

A continuación se presenta un esquema causal de las conductas de alto riesgo:



Entre los antecedentes de este tipo de conductas, se encuentran:

Características sociodemográficas: Sexo, edad, etnicidad, educación de los padres, extracción rural o urbana.

Características individuales: Nivel educativo, aprovechamiento escolar, religión, personalidad.

Características familiares: Grado de cohesión, flexibilidad, calidad de la comunicación, etc. Dentro de las características familiares, algunos autores hacen mención al manejo inadecuado de la crianza.



Con respecto a este tema, Espada y Méndez (citados en Becoña, op. cit.) han identificado tres déficit parentales:

- a. Déficit de supervisión.- Resulta de la incapacidad paterna de conocer en cada momento dónde se encuentra su hijo y cuál será su conducta previsible (hora de llegada a casa, qué está haciendo, con quién está, etc.).
- b. Déficit en las habilidades de mando.- Se describe como la incompetencia paterna para establecer normas de comportamiento que puedan ser convenientemente interiorizadas, reaccionar adecuadamente antes los incumplimientos o vulneraciones de las mismas, exigir el comportamiento correcto, en síntesis, ejercitar la autoridad.
- c. Déficit en el manejo diferencial de las contingencias.- Es la falta de habilidad para recompensar o castigar adecuadamente la conducta del adolescente, eliminando o reduciendo el comportamiento desviado y promoviendo el adaptado de manera diferencial y de acuerdo con las normas de comportamiento.

A este respecto, en el caso de los padres de María, presentaban un déficit en las habilidades de mando, puesto que se les dificultaba ejercer su autoridad y con el trabajo en terapia, lograron por lo menos, ejercerla en algunos ámbitos, como lo fue con respecto a los permisos. En el caso de Samantha fue también complicado el que sus abuelos pudieran ejercer su autoridad, puesto que antes de que se quedaran a cargo de ella y su hermano, habían tenido muy poco contacto con ellos, además de que les fue difícil pasar del rol de abuelos a padres. Sin embargo, similar que con el caso de María, los abuelos fueron adquiriendo jerarquía y por ende, establecieron límites, a la vez que fueron propiciando el desarrollo de hábitos en los nietos, como el que elaboraran sus tareas escolares y mantuvieran ordenada su ropa.

Factores comunitarios: Características del sistema educativo y medios de comunicación que llegan al adolescente.

Factores macroeconómicos: Situación del empleo, oportunidades educativas, nivel de ingresos, entre otras.

De forma general, puedo decir que algunos de los factores propios de las familias con hijos en edad adolescente que atendí fueron:

Las familias pertenecían a la clase media baja, los padres de los adolescentes contaban con estudios que iban de la secundaria a la preparatoria. Tres de los cuatro adolescentes tenían bajo rendimiento escolar. La comunicación que se daba en las familias era difusa y los padres no

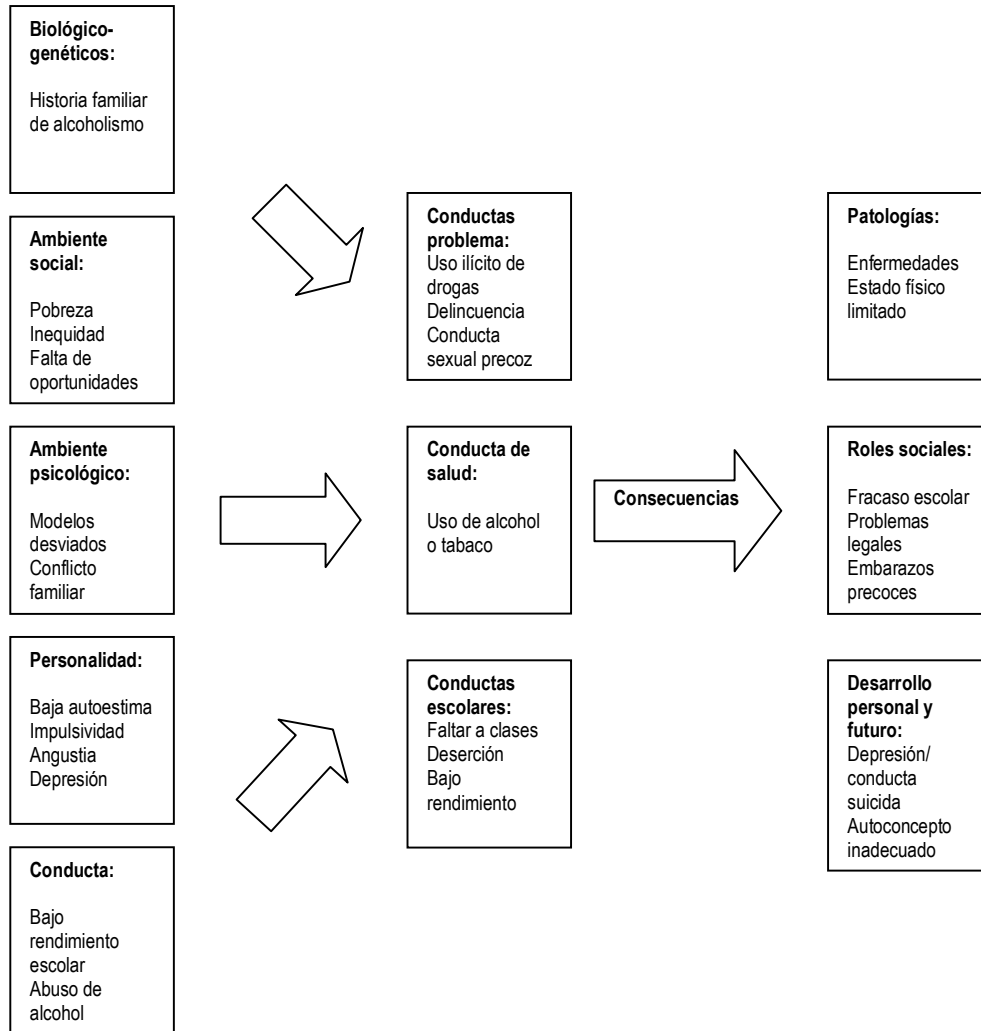
establecían límites o no hacían cumplir las reglas. Además, en el caso de la familia López, había un factor que estresaba la dinámica de la familia, que era el que el padre se encontrara desempleado; mientras que en el caso de la familia Trejo, los integrantes estaban pasando por una etapa de duelo por la pérdida de la Sra. Sandra, madre de los menores.

Las conductas de riesgo, que pueden presentar los jóvenes son: las adicciones, la conducta sexual temprana, la delincuencia y otras conductas violentas, además del bajo rendimiento escolar y/o su deserción. Desafortunadamente, Florenzano (op. cit.), afirma que estas conductas tienden a concentrarse en el mismo grupo de adolescentes. Es decir, son los mismos jóvenes los que consumen drogas, los que tienen actividad sexual precoz, los que presentan conductas antisociales y tienen bajo rendimiento escolar o no asisten al colegio. De hecho, de los cuatro casos con hijos adolescentes que atendí durante la residencia, tres presentaban problemas académicos, uno agresión y en una chica estaba el riesgo del consumo de drogas.

Algunas de las consecuencias de estas conductas son:

- Alteraciones neuropsiquiátricas, producto del consumo prolongado o masivo de sustancias químicas.
- Complicaciones obstétricas de embarazos tempranos.
- Mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Menores oportunidades laborales de los adolescentes que rinden poco o desertan tempranamente del colegio.
- Consecuencias familiares y sociales de las conductas delincuentes, tales como el altísimo costo para las personas, el Estado y los sistemas judiciales y sanitarios, quienes deben estar financiando el tratamiento de los adolescentes.

La siguiente gráfica muestra algunos factores de riesgo para conductas riesgosas en la adolescencia:



Algunos factores de riesgo que identifiqué en las familias que atendí, fueron:

De los factores biológicos genéticos.- En la familia Trejo, el padre era alcohólico.

Del ambiente social.- En tres familias era clara la falta de oportunidades en el ámbito laboral, refiriéndonos particularmente en el caso de los padres, puesto que en la familia López el padre estaba desempleado, en la familia Vázquez el padre aún cuando tenía trabajo éste no era bien remunerado y por último en la familia Aldana, el padre constantemente cambiaba de trabajo debido a que en los que se había desempeñado le ofrecían poca paga.

Del ambiente psicológico.- En la familia Trejo era muy evidente cómo el padre afectaba directamente a sus hijos ejerciendo la violencia, además de que modelaba conductas inapropiadas como el hecho

de tener material pornográfico al alcance de los menores. En las cuatro familias eran frecuentes los conflictos familiares, que bien se presentaban por la falta de límites claros en los subsistemas conyugal y parental.

Con respecto a la personalidad.- No se identificó algún rasgo que pudiese llevar a los jóvenes a una conducta de riesgo, sin embargo, era importante cuestionar cómo ellos podían rechazar conductas que atentaran contra su salud, considerando que en la adolescencia es común que los jóvenes busquen la aceptación de grupos sociales y en algunos de éstos puede haber consumo de drogas, entre otros.

Con referencia a las conductas, tres jóvenes de los cuatro que atendí: María, Román y Samantha, presentaban bajo rendimiento escolar, el cual de no atenderse, podía haber llegado a una de las consecuencias que se presentan en el diagrama y que es el fracaso escolar.

### **1. 2. 5. Factores de protección y resiliencia**

En el ámbito de la salud mental, la mayoría de las teorías clínicas, la formación, la práctica profesional y la investigación se han centrado de manera excesiva en las deficiencias y patologías. De hecho, se ha considerado que la familia está involucrada en el origen o mantenimiento de casi todos los problemas de funcionamiento individual. La misma teoría familiar sistémica, focalizaba su trabajo en los procesos familiares disfuncionales. Sólo hasta los últimos años del siglo pasado, los terapeutas e investigadores sistémicos familiares, han desplazado su enfoque al paradigma basado en la competencia y la fortaleza (Bernard, 1994 y Walsh, 1993 y 1995<sup>a</sup>, citados en Walsh, 2004). Es así, que el enfoque de la resiliencia familiar se ha desarrollado sobre la base de estos avances y permitió dejar de considerar los daños que provoca una familia para mejor examinar cómo es que ésta enfrenta la adversidad.

La palabra resiliencia etimológicamente proviene del verbo en latín *resilio*, *resilire*, que hace alusión (para la física) a la elasticidad de un material y su tendencia a oponerse a la rotura por choque. Para Walsh (op. cit.) la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para recobrase de la adversidad, fortalecida y dueña de mayores recursos. Ha sido un concepto muy valioso puesto que facilita la comprensión y el tratamiento de las personas que sobrevivieron a un trauma o a situaciones adversas. Implica un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida.

En la actualidad los hogares están sacudidos por el estrés y las incertidumbres derivadas de los grandes cambios naturales, económicos, políticos y sociales. En este contexto, la resiliencia cobra importancia, puesto que ayuda a fortalecer a la familia, la hace que sobreviva y prospere, en lugar de que como ocurre, se desintegre. Este enfoque, basado en la fortaleza emocional, aprovecha las capacidades y potencialidades presentes en la familia.

La resiliencia se forja cuando el individuo se abre a nuevas experiencias y actúa en forma interdependiente con los demás.

Algunos principios básicos de la teoría sistémica, que sustentan el enfoque de la resiliencia familiar son:

- La entereza individual se puede comprender y favorecer mejor en el contexto de la familia y del mundo social, entendiendo a esta como la interacción de procesos individuales, familiares y ambientales.
- Todas las familias experimentan situaciones de crisis y estrés que pueden crear riesgos a nivel individual, conflictos en las relaciones o hasta desintegración familiar.
- Los procesos familiares pueden gravitar respecto a las situaciones de crisis que se presenten.
- En todas las familias hay posibilidades de resiliencia y éstas se pueden elevar al máximo, alentando sus mejores esfuerzos y fortaleciendo ciertos procesos fundamentales.

Este enfoque tiene la convicción de que la colaboración entre los miembros de la familia posibilita la solución a sus problemas. Así, la terapia familiar puede aumentar al máximo su eficiencia, identificando los procesos fundamentales de la resiliencia, además de estimular los esfuerzos realizados por la propia familia que posibilitan su recuperación y crecimiento.

Para Florenzano (op. cit.), los cinco ámbitos interrelacionados que permiten promover la resiliencia son los siguientes:

1. Redes de apoyo social que acepten incondicionalmente al niño en cuanto a persona.

Se refiere a contar con personas interesadas en el niño tanto dentro como fuera de la familia. Los grupos informales de amigos ofrecen generalmente a los adolescentes esta experiencia, lo que explica el poder tanto para bien como para mal que estos grupos tienen para él. Las familias que funcionan bien proporcionan a sus miembros sensaciones de apoyo y aceptación incondicional. Por el contrario, la carencia emocional puede repercutir desfavorablemente en el desarrollo del niño puesto que la red social más cercana al niño es su familia.

Dentro de este aspecto, la terapia cobra más valor, puesto que en ella se acepta incondicionalmente al niño y al adolescente.

2. Capacidad para averiguar el significado de la vida, en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa.

Uno de los roles más importantes que puede jugar la familia y la escuela es facilitar a los menores el encontrar respuestas respecto a la vida, por ejemplo ¿cuál es el propósito de la vida? En el tema específico de la resiliencia, la búsqueda de sentido es uno de los aspectos más importantes para contener a las personas en situaciones difíciles.

3. Aptitudes y sentimientos de tener algún tipo de control sobre la propia vida.

Es importante adquirir capacidades de desempeño, no sólo laborales sino interpersonales, esto nos posibilita una actitud proactiva. La entrega progresiva de responsabilidades a los adolescentes, así como el que éstos reconozcan y acepten reglas y valores externos a ellos, son formas de desarrollar un sentido ético y moral que facilita enfrentar mejor las dificultades de la vida.

4. Autoestima.

La actitud positiva de los padres, así como los logros sucesivos y adecuados al logro de cada niño según su edad y capacidades, son algunos de los elementos más cruciales a este respecto. Reglas como rechazar la conducta pero aceptar al adolescente como persona, o bien, buscar primero las cualidades positivas, detrás del hecho, para luego señalar los problemas. Implica mantener un respeto incondicional por la autoestima del joven.

5. Sentido del humor.

La resiliencia lo considera como un elemento necesario para poder recuperarse de muchos problemas y fracasos. El poder aceptar los problemas maduramente y tomar la suficiente distancia para poder reírse de las propias dificultades, muestran un camino hacia la sabiduría personal y a la posibilidad de tomar una adecuada perspectiva y distancia.

Ahora bien, bajo el contexto de la resiliencia, se han identificado los factores protectores, es decir, los recursos personales, sociales e institucionales que promueven el saludable desarrollo del adolescente.

Entre los factores protectores encontrados por varios estudios empíricos, están:

- Una relación estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- Existencia de redes sociales tanto dentro como fuera de la familia.
- Clima educativo abierto, orientador, positivo, con normas y valores claros.

- Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos.
- Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro.
- Competencias cognitivas, tales como destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación y solución de problemas, entre otras.
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, etc.).
- Experiencias de autoeficacia, confianza en sí mismo y autoconcepto positivo.
- Actitud proactiva frente a situaciones estresantes.
- Experiencia de sentido y significado de la propia vida, por ejemplo, fe, religión, valores, entre otras.

Como podemos apreciar, tanto en los ámbitos interrelacionados con la resiliencia como en los factores protectores, la calidad de la interacción con la familia se hace presente. Algunas de las funciones de la familia que se relacionan con la protección de los adolescentes son:

- Satisfacer las necesidades básicas del adolescente, que incluye el proporcionar los recursos necesarios para su sobrevivencia básica. La capacidad parental de cumplir con esta función está directamente relacionada con el nivel de ingresos y educación de los padres.
- Función protectora. Los padres deben proteger la integridad física, psicológica, espiritual y cultural de su progenie, manteniéndolos alejados de amenazas externas de grupos o instituciones que representen peligro. A lo largo de la adolescencia, los jóvenes empiezan a asumir estas funciones de autocuidado, para ello los padres deben monitorear las actividades del adolescente, supervisando y poniendo límites al joven. Esta función no es tan sencilla puesto que debe lograrse un equilibrio entre la supervisión y la actitud controladora e intrusiva en diferentes áreas del desarrollo personal del adolescente. Cabe mencionar que cada día es más difícil monitorear al adolescente debido a que en muchos casos ambos padres trabajan y tienden a pasar menos tiempo en casa, además de que los propios adolescentes tienen mayor movilidad geográfica que antes. Para que la familia no pierda esta función protectora, debe instruirlos con respecto al desarrollo de destrezas de autocuidado para que ellos velen por su propia seguridad física y psicológica.

Con respecto a este punto, en el caso de la familia López y la familia Trejo, se trabajó el autocuidado de las adolescentes, quienes mediante preguntas y situaciones hipotéticas, podían ir describiendo

qué riesgos podían enfrentar como adolescentes, qué acciones tomarían para cuidarse y demostrar a sus padres y abuelos (en el caso de Samantha) que estaban siendo responsables.

- Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo. Incluye promover todos los aspectos del desarrollo infantil: cognitivos, sociales, emocionales, morales, espirituales, sexuales, culturales y educacionales. En la práctica se realiza proporcionando información, fijando límites, manteniendo un sistema de recompensa y castigos claros, comunicándose verbal y no verbalmente con el adolescente y modelando las conductas y valores importantes para los padres. En este aspecto, el estilo parental autoritativo es el que posibilitaría cumplir con este objetivo. Cabe mencionar que la transmisión de principios y valores se hace mucho más de manera no verbal que verbal, a través de la observación del niño o adolescente de cómo se comportan los padres en diversas situaciones.

En este aspecto, durante el proceso terapéutico, los padres colaboraron en gran medida, puesto que se mostraron abiertos a la información que recibían en las sesiones para mejorar la forma en que planteaban las reglas familiares y las hacían válidas, tarea nada fácil y que para lograrlo fueron necesarias técnicas de cuestionamiento del síntoma, de la estructura y realidad, entre otras, para facilitar la reestructuración de la familia, de tal forma que en ésta, las relaciones fueran más funcionales. En este sentido, específicamente en la familia Aldana, se dieron los cambios en menos tiempo y es que considero que la madre de la familia, fue retomando la jerarquía que había perdido y esto lo logró poniendo límites con su familia extensa. Por el contrario, en el caso de la familia López, el aspecto del establecimiento de límites en el subsistema parental les fue un poco más difícil a los padres, debido a que ambos tenían diferencias y se les complicaba ponerse de acuerdo y/o respetar la decisión que alguno había tomado, lo cual poco a poco fueron logrando y se reflejó en algunos cambios favorables del comportamiento de María.

- Función de apoyo en relación con el medio externo. Se refiere a la capacidad de los padres de contactar al hijo con expertos, grupos o instituciones que también puedan propiciar su desarrollo integral.

Respecto a esta función, las cuatro familias con hijos adolescentes, se mostraron abiertas y uno de sus lados fuertes fue la capacidad para solicitar apoyo de expertos para resolver sus problemáticas. En el caso de la familia López, ellos ya habían estado en terapia hace algunos años. La familia Trejo no sólo se apoyó en la terapia familiar, sino que también se apoyaron con la orientadora del colegio de Samantha. La familia Vázquez ya había solicitado ayuda psicológica previa a nuestro trabajo y de



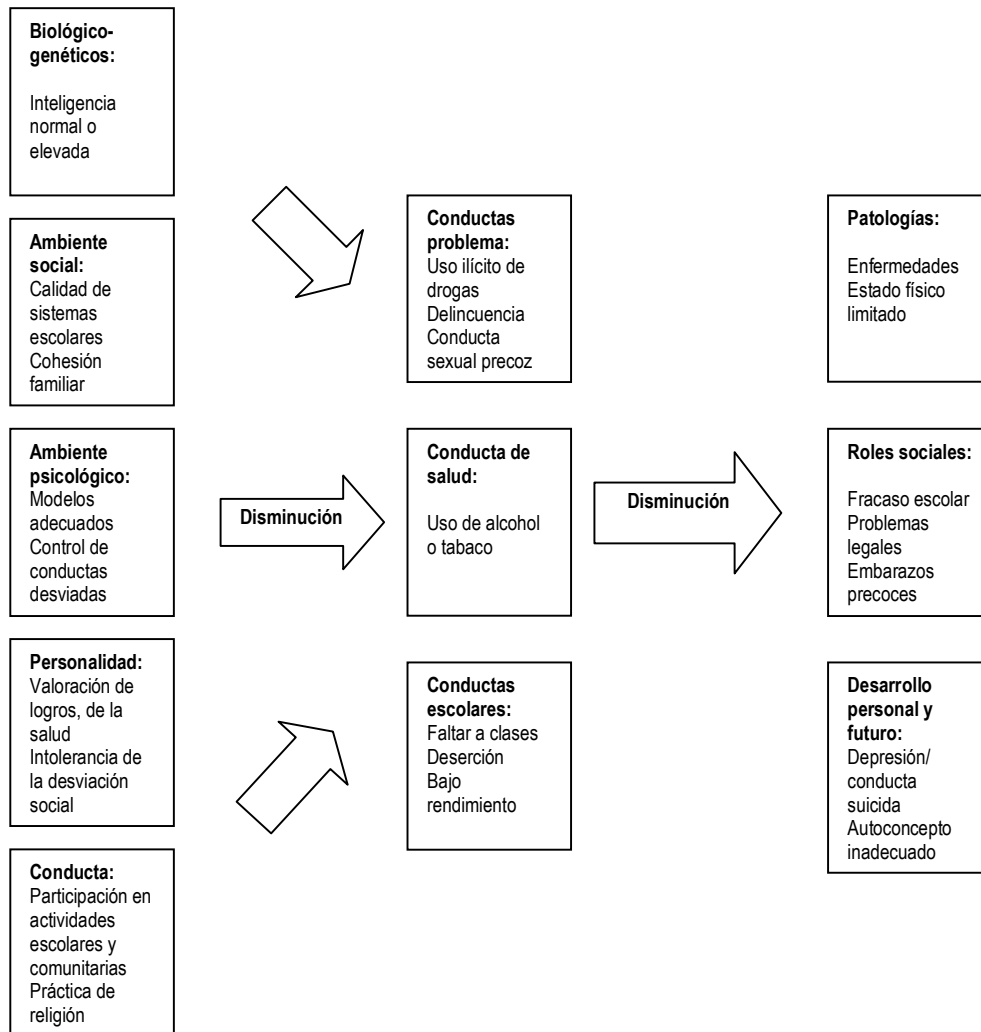
hecho, ya tenía tiempo en la lista de espera y, finalmente, la familia Aldana también ya había participado en terapia de pareja. Lo anterior, de cierta forma pudo haber facilitado el trabajo terapéutico debido a que las familias ya habían tenido contacto con procesos terapéuticos, que implican compromiso y acciones que tienen que realizar para lograr sus objetivos.

Finalmente, Walsh (op. cit.), menciona algunos rasgos individuales de las personas resilientes:

- Alta autoestima, caracterizada por una esperanza realista y un buen control personal.
- Fe en la posibilidad de superar obstáculos.
- Convicción de controlar el destino.
- Emociones positivas como humor y risa.
- Aprender actos de dominio, es decir, que el individuo llega a convencerse de que sus actos y esfuerzos tendrán éxito.

Algunas de las características anteriores detectadas en las familias son: la fe en la posibilidad de superar obstáculos, por ejemplo en el caso de la familia Trejo, que llegó a terapia con el duelo de la muerte de la hija, la madre comentaba en terapia *“tenemos que salir de esta”*, refiriéndose a la difícil situación que atravesaban. Además, de que hubo familias en las que estaba presente el humor y la risa y que facilitaban el trabajo, por ejemplo, Alejandro y Román, que eran los adolescentes, tenían muy buen sentido del humor, que contagiaba a sus familias y se facilitaba la identificación de recursos y lados fuertes de las mismas.

A continuación se presenta una gráfica de los factores protectores para conductas riesgosas en la adolescencia, que como podrán apreciarse, los factores protectores a veces, son la imagen en positivo de los de riesgo.



En las familias que atendí, puedo decir que un aspecto, que también considero protector, fue el que todas buscaban redes de apoyo, además de la terapia, para darle solución a las problemáticas que planteaban; por ejemplo, la familia Vázquez y la familia Trejo, buscaban el apoyo de la maestra y la psicóloga, respectivamente, de los colegios de los adolescentes para que, en conjunto a nuestro trabajo terapéutico, se pudieran lograr sus objetivos en poco tiempo.

Concluyendo, son diversos los factores que como terapeutas podemos promover en el trabajo con las familias, la resiliencia viene a romper esquemas clásicos de la terapia, como el centrar nuestra atención a los aspectos positivos de las familias, lejos de seguirnos centrandos en los aspectos negativos, ya tan estudiados. Considero que todas las familias tienen su lado fuerte, su parte sana y es ésta la que se puede utilizar, transpolarla a las áreas de conflicto. Además, a pesar de que el

trabajo con los adolescentes requiere de un trabajo muy específico, también es una etapa en la que los jóvenes tienen cualidades que bien se pueden explotar, como lo son: el buen sentido del humor, la capacidad que tienen para socializar y lo leales que pueden ser con las personas que se logran vincular. Si como terapeutas logramos ampliar estos aspectos a otras áreas, podríamos colaborar enormemente en el desarrollo de los jóvenes y de sus familias.

### **1. 3. Análisis del sistema terapéutico total**

El entrenamiento clínico que tienen los alumnos de la residencia, incluye el proceso de supervisión bajo diferentes modalidades, desde los casos simulados por los mismos estudiantes en el aula, hasta la supervisión en vivo que se desarrolla en los diferentes escenarios clínicos.

El sistema terapéutico total es de gran relevancia en este entrenamiento, puesto que es un espacio que integra la teoría y la técnica, en este se acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño, se puntualizan los objetivos terapéuticos y se da continuidad a todo el proceso clínico (Troya y Aurón, 1988).

De acuerdo con estas autoras, el sistema terapéutico total se conforma por los siguientes subsistemas:

Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico.

Equipo de Supervisandos + Supervisor = Sistema de Supervisión.

Sistema de Supervisión + Terapeuta = Sistema de Terapeutas.

Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión = Sistema Terapéutico Total.

El trabajo coordinado de todos los subsistemas facilita las sesiones de terapia y hace que éstas sean benéficas para los usuarios que las solicitan, también implica que una misma persona pueda desempeñar diferentes roles al cambiar de subsistema.

Durante el primer semestre de mi formación como terapeuta familiar, tuve la oportunidad de estar como observadora en dos escenarios diferentes, el del CCH Azcapotzalco y el del ISSSTE. En ambos espacios el equipo de trabajo estuvo conformado por: las supervisoras, una en el escenario del CCH Azcapotzalco y dos en el ISSSTE, cinco terapeutas que se encontraban cursando el tercer semestre de la maestría y cinco observadores del primer semestre, de los cuales formé parte, y quienes nos ubicábamos detrás de las familias.

Cabe señalar que aún cuando se nos indicó que sólo íbamos a observar y hacer anotaciones, conforme fue transcurriendo el tiempo, las supervisoras nos instaron a participar y dar opiniones con respecto a las cualidades que veíamos en los terapeutas, lo cual me permitió identificar las fortalezas de las personas, actividad que consideré como entrenamiento para encontrar los recursos de los pacientes que más adelante me fueron asignados. También en el CCH se nos dejaba el ejercicio de imaginar que éramos los pacientes y al final comentar cómo nos habíamos sentido con respecto al trabajo del terapeuta, esto me fue útil en varios sentidos: me sensibilicé ante las problemáticas de las familias, ejercité la empatía e identifiqué los recursos y limitaciones de los terapeutas que estaban frente a las familias. Otra actividad que me pareció enriquecedora fue que las supervisoras del ISSSTE nos dejaron hacer un análisis de algún caso que observáramos desde el enfoque estructural, que hasta ese momento era el que habíamos revisado, lo cual me permitió trasladar la teoría a la práctica clínica y ver cómo los recursos teórico-metodológicos se van entrelazando con el estilo propio de cada terapeuta.

La experiencia como observadora también me permitió tener un acercamiento al trabajo con equipo de terapeutas, debido a que teóricamente conocía la estructura de las sesiones pero no así en la práctica y me fue dando una idea de cómo iba a ser el trabajo cuando me asignaran familias.

Por otro lado, al observar también tuve una idea más clara respecto al estilo de las supervisoras y a la modalidad de terapia del escenario en el que se interviene.

En ambos escenarios las supervisoras preguntaban cómo se sentía el terapeuta, más aún en casos en los que se abordaban temáticas que llevaban implícitas diversas emociones, como en el caso de la violencia, por mencionar alguno. Además de que las supervisoras, en este caso en el ISSSTE, repasaban con el terapeuta los principios teórico-metodológicos del modelo que se estaba empleando en el caso, lo cual permitía que los terapeutas en formación lleváramos a la práctica los modelos, que no se perdiera la secuencia del trabajo y que esta fuera congruente.

Con respecto a la parte operativa de los escenarios, observé cómo el terapeuta que estaba directamente con la familia debía ir retomando las observaciones y/o preguntas que marcaban las supervisoras en el pizarrón, discerniendo cuándo éstas debían hacerse tal cual se indicaban, de las que a su estilo el terapeuta podía retomar, siempre y cuando no perdieran la intención que tenían.

Teóricamente considero que pude identificar la aplicación de algunas técnicas del modelo estructural en dos casos del ISSSTE que fueron abordados bajo este modelo, además de que, como mencioné anteriormente, en este escenario se nos dejó un ejercicio de análisis de un caso, el cual vino a

enriquecer más mi aprendizaje, puesto que además de lo que veíamos en la sesión, pude realizar un diagnóstico estructural, hacer la hipótesis del caso y proponer intervenciones. Por otra parte, también recuerdo que en otros casos me surgían dudas de por qué se abordaban de tal manera, estos eran los casos que obviamente no fueron llevados bajo el enfoque estructural y que hasta ese momento no comprendía debido a que aún no habíamos revisado otros modelos teóricos; sin embargo, con el paso de los semestres, me iba quedando claro qué era lo que se había hecho en tales casos. Además, la experiencia en observación me permitió conocer la estructura de las actas que se realizan para las sesiones y tener presente la información que se requiere para elaborarlas.

En el segundo semestre participé en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y a partir de este semestre mi rol se alternó como parte del sistema terapéutico, parte del sistema de supervisión y parte del sistema de terapeutas.

A nivel personal, también obtuve diversos aprendizajes, puesto que cuando observaba los casos, me situaba en el lugar del terapeuta, imaginando cómo me sentiría ante tal caso, cuestionándome porque me sentía así, si estas emociones interferirían en el proceso de la familia o alguno de los integrantes y cómo manejaría esas emociones. Al pensar en lo anterior, también venían a mi mente los recursos de los cuales me podría valer y entre éstos consideré el apoyo del equipo terapéutico, además del trabajo con mi propia persona. También confirmé el enorme compromiso ético que exige mi formación como terapeuta, debido a que todo el tiempo se tiene la responsabilidad de lo que trabajamos en las sesiones, lo que decimos tanto a nivel verbal como analógico y cómo esto influye en las personas, además de que se les acompaña en la toma de sus propias decisiones, haciéndoles ver las ventajas pero también los riesgos que implica tomar tal o cual decisión.

Como terapeuta podía observar y sentir cosas que probablemente el equipo terapéutico no y viceversa, lo cual es enriquecedor debido a que ambas visiones se consideran en la supervisión, se analizan y con base en ello, las supervisoras definen qué tarea, reflexión o intervención se hará.

Considero que al vivenciarme como terapeuta, aprecié más el trabajo del equipo terapéutico, debido a que cada integrante aporta diversos argumentos desde sus significados, permeados por su sexo, edad, historia familiar, profesional, entre otros, lo cual enriquece la visión de un caso. Con respecto a esto último, el contar con un integrante varón en el equipo terapéutico, ampliaba nuestra visión del caso, puesto que al escuchar sus discursos desde otro género, nos permitía entender más determinadas construcciones sociales. De tal forma que cuando articulábamos sus ideas con las que

surgían desde nuestra visión (de género femenino), nos posibilitaba contar con más herramientas para dar solución a las problemáticas que se nos presentaban.

Con respecto al apoyo que se siente por parte del sistema de supervisión, pude vivenciarlo durante toda mi práctica clínica y serían diversas las situaciones que tendría que citar; sin embargo, me gustaría resaltar una cuando en segundo semestre una familia llegó con uno de los hijos que era adicto a las drogas. De hecho, en la postsesión el sistema de terapeutas comentamos que probablemente el joven llegó a terapia con la “resaca” de las drogas, situación que al estar frente a la familia me desconcertó y en esa ocasión entró con la familia una supervisora experta en el trabajo en adicciones, lo cual me relajó, me permitió mantener una visión clara del caso y me sentí aún con más apoyo del que ya se siente cuando se trabaja con un equipo.

En el tercer semestre y al regresar al CCH y al ISSSTE, pero ahora como terapeuta, se incluyeron cinco observadores al sistema terapéutico total, que estaban cursando el primer semestre de la maestría. Al integrarse estas nuevas voces y siendo congruentes con la teoría sistémica, el sistema terapéutico total se modificó, incluso se conformó uno nuevo.

En un principio, cuando estuve como terapeuta a cargo de las familias, me sentí presionada de tener nuevos ojos observándome, sin embargo, con el paso del tiempo la presión disminuyó y los observadores fueron integrándose en mayor medida al equipo de supervisión. En lo personal me fue muy útil contar con estas nuevas voces, puesto que si de por sí, contar con el equipo era confortable, el contar con más terapeutas lo hacía una experiencia más agradable. Nuevamente cada integrante aportaba sus experiencias y conocimientos, que al vincularlos y darles un sentido, posibilitaban una atención más eficiente a los usuarios.

Cabe señalar que las supervisoras tenían más trabajo respecto a escuchar todas las voces, retomar de cada una las ideas más precisas (de acuerdo a los objetivos terapéuticos o a las necesidades del consultante) y sintetizar las ideas para que cuando el terapeuta escuchara las opiniones del equipo, éstas fueran claras y no demasiadas, de manera que se evitara confundirlo y le facilitara armar el mensaje final a la familia.

Al concluir el tercer semestre, ya había estado en los tres escenarios como terapeuta frente a las familias y resaltaría que las diferentes modalidades de supervisión me implicaron resolver los siguientes retos: en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y el CCHA, fue el reorganizar toda la información que me daban las supervisoras vía telefónica e ir encontrando mi estilo para hacerlo; mientras que en el ISSSTE, fue el vencer los nervios de que tanto el sistema terapéutico como el

sistema de supervisión nos encontráramos en el mismo espacio físico, además de enlazar todas las anotaciones de la supervisora y/o hacerlas en el momento adecuado para que las intervenciones no perdieran su intención, además también de ir adquiriendo mi propio estilo.

Durante el cuarto semestre estuve nuevamente en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, ya en este periodo logré sentir mayor seguridad al estar con las familias debido a que se tiene mayor dominio de la teoría y metodología de los diferentes enfoques de la terapia familiar, además de que se cuenta con más experiencia clínica.

La experiencia como terapeuta en formación bien la sintetizan Desatnik, Franklin y Rubli (2002), quienes comentan que las ansiedades de los terapeutas van disminuyendo a lo largo de la formación, en la medida en la que asimilan la forma de trabajo, al grado en que el terapeuta termina sintiéndose protegido y sin temor a equivocarse en determinado momento puesto que será apoyado y cuidado por su equipo y/o su supervisor.

Otro aspecto a considerar en este apartado, es el de la interacción del equipo de supervisandos, al respecto, Boscolo, et. al. (2003) indican que es importante promover que este equipo no sea competitivo y que los integrantes no se esfuercen por llegar a un consenso, puesto que cada integrante puede expresarse de forma lineal, sin coincidir o discrepar con las ideas de los otros. En este caso, las supervisoras hacen un intenso trabajo al escuchar varias opiniones y establecer sus posibles relaciones, de tal forma que lo que parecía lineal va siendo circular con respecto al sistema y va tomando cierto sentido. A su vez, en todo momento, las supervisoras fueron cuidadosas y respetuosas con el sistema terapéutico total: familia, terapeuta y equipo terapéutico.

Cabe señalar que cada una de las contribuciones de las partes que conforman el sistema terapéutico total, hacen de este sistema uno totalmente dinámico en el cual se puede crear un ambiente tan cálido como el que se tiene en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla.

Por último, considero relevante mencionar que el haber estado en los distintos escenarios y al formar parte, tanto del sistema terapéutico como del sistema de supervisión, me permitió tener contacto directo e indirecto con personas pertenecientes a diversos niveles educativos, culturales y socioeconómicos, así como de diferentes edades, género y religiones. Lo anterior contribuyó a ampliar mis aprendizajes como terapeuta, pero principalmente como persona, puesto que al escuchar tantas historias, se crea un espacio en el que se comparten significados, que amplían la visión del mundo y por ende, enriquecen nuestra vida cotidiana.

## **2. Habilidades de investigación**

Entre las características del Programa de Maestría en Psicología, se encuentra la que promueve una formación profesional especializada y orientada hacia la investigación de fenómenos sociales relacionados al ámbito de la terapia familiar. Las asignaturas de Métodos de Investigación Aplicada I y II están enfocadas a promover las habilidades de investigación, mediante la revisión de los aspectos principales de la metodología cuantitativa y cualitativa, además de que simultáneamente a esta revisión, se van desarrollando investigaciones que a continuación se presentan de forma sintetizada.

### **2.1. Reporte de la investigación realizada bajo la metodología cuantitativa**

#### **Depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin VIH**

Giselle A. López y Norma A. González

Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM.

#### **Resumen**

El objetivo de la investigación fue evaluar la depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin VIH. La muestra estuvo conformada por 34 personas: 21 hombres y 13 mujeres, de los que 18 tenían orientación homosexual (10 son pacientes infectados por VIH) y de los 16 con orientación heterosexual (8 están infectados). Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck, Schuyler y Herman (1974) y Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985). La evaluación de los participantes se realizó de manera grupal, los instrumentos fueron aplicados en un espacio de la clínica 53 del IMSS y en un salón de la FES Iztacala.

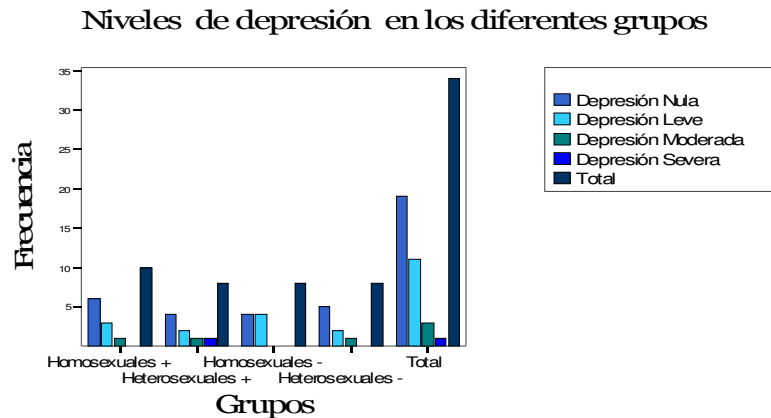
El muestreo empleado fue de tipo accidental y los criterios de inclusión, tanto para el grupo seronegativo como para el seropositivo, fueron: una parte del grupo debió tener orientación homosexual y la otra parte heterosexual. Por otro lado, para pertenecer al grupo seropositivo, las personas tuvieron que haber recibido un diagnóstico positivo de VIH.

El diseño fue transversal correlacional y el análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS. Los resultados respecto a la depresión indicaron que: el 55.9% de la muestra no presentaron



síntomas de depresión o ésta fue nula, 32.4% se ubicaron con depresión leve, el 8.8% presentó depresión moderada y por último, 2.9% con depresión severa. La gráfica 1 muestra los datos obtenidos en relación a la depresión.

Gráfica 1



Para saber si existían diferencias significativas entre los niveles de depresión (nula, leve, moderada y severa) que presentaron los grupos de personas seropositivas y seronegativas y los grupos de homosexuales y heterosexuales, se aplicó la prueba “t”, no encontrándose diferencias significativas.

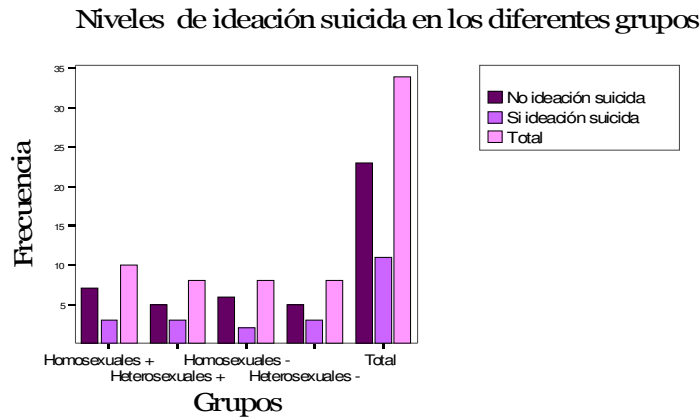
Con respecto a la ideación suicida, se encontró que: 23 personas (67.6%) no presentaron ideación suicida, mientras que las otras 11 (32.4%) sí mencionaron tener ideas suicidas recurrentes.

Nuevamente se aplicó la prueba “t” para saber si existían diferencias entre los grupos de personas que viven con VIH y los que no y entre los homosexuales y heterosexuales, en relación a la ideación suicida y se encontró que estas diferencias no son significativas.

Lo anterior, hace pensar que la depresión y la ideación suicida cada día son más frecuentes en toda la población y que si anteriormente los grupos marginados se enfrentaban a ciertos factores estresantes, en la actualidad estos factores no son exclusivos de dichos grupos o bien, han aumentado los factores que provocan depresión e ideaciones suicidas en la población en general.

En la gráfica 2 se presentan los resultados respecto a la ideación suicida.

Gráfica 2



Los resultados en relación con los estilos de afrontamiento, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Porcentaje de personas en las que se presentan cada una de las subescalas de afrontamiento.

Subescalas	Presencia	Ausencia
Confrontativo	20.58%	79.42%
Distanciamiento	17.65%	82.35%
Autocontrol	26.47%	73.53%
Apoyo social	44.12%	55.88%
Responsabilidad	26.47%	73.53%
Escape-evitación	14.7%	85.3%
Solución de problemas	38.24%	61.76%
Reevaluación positiva	64.7%	35.3%

Los datos de esta tabla nos sugieren que en más del 50% de la población no se presentan los estilos de afrontamiento que evalúa esta escala, excepto la reevaluación positiva. Sin embargo, estos resultados en las subescalas de distanciamiento y escape-evitación son favorecedores puesto que

sólo el 17.65% tiende a distanciarse, ya sea física o emocionalmente, ante las situaciones y el 14.7% evita enfrentar las situaciones estresantes. Para saber si existían diferencias con respecto a los estilos de afrontamiento entre las personas seropositivas y seronegativas y entre las personas con orientación heterosexual y las homosexuales, se aplicó la prueba "t", la cual indicó que no hay diferencias significativas entre los grupos. Esto nos puede sugerir que ambos grupos emplean estilos similares de afrontamiento y que el vivir con VIH no necesariamente altera la forma de enfrentar las situaciones, nos aventuramos a pensar que lo que pudiera cambiar en este grupo, es la actitud con la que viven, así como el empleo de nuevos tratamientos médicos, puesto que el promedio de años con VIH, en los participantes fue de 6 años con 9 meses, cifra que hace algunos años difícilmente alcanzarían las personas seropositivas.

Se determinó si existía una relación entre las variables depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento, encontrando una correlación entre depresión e ideación suicida, lo que significaría que, mientras las personas se deprimen más, se presentan más ideas o pensamientos recurrentes de muerte. También se encontró una correlación positiva media entre la depresión y la subescala 5 (responsabilidad), esto pudiera indicar que las personas en tanto más se responsabilizan, se deprimen más fácilmente, esto pudiera deberse a que al haber una sobre responsabilización de la persona, podría sentirse frustrada al no poder cumplir con todo lo que se exige, y por ello, comenzar con sentimientos o actitudes que la lleven a estados depresivos.

Finalmente, se identificó una correlación positiva entre la depresión y la ideación suicida con la subescala 6 (escape-evitación), lo que podría indicar que a mayor depresión y más ideas suicidas, habrá mayor dificultad para enfrentar las situaciones en las que las personas deban resolver un problema.

A manera de conclusión, se sugiere continuar con el estudio de problemas de salud como lo son la depresión y el VIH/SIDA, con la finalidad de crear estrategias y planes de prevención, como el entrenamiento de estilos de afrontamiento más adaptativos para enfrentar dichas enfermedades. Así como capacitar al personal del área de salud que trabaja con población enferma o en riesgo de estarlo y de esta manera, trabajar en un nivel de prevención primaria.

Esta investigación puede ser consultada de forma gratuita y por cualquier usuario de la red, en la siguiente página de Internet:

<http://depsicoterapias.org/site/articulo.asp?IdSeccion=21&IdArticulo=120>

## **2.2. Reporte de las investigaciones realizadas bajo la metodología cualitativa**

Durante mi estancia en la residencia realicé una investigación de tipo cualitativo, que es la primera que presento, sin embargo, durante la preparación de mi obtención de grado, participé en otra investigación de este tipo, misma que se describe en segundo lugar. Esta última investigación fue coordinada por mi tutora y con ella participamos un grupo de psicólogas que teníamos diferentes grados de estudio, desde las compañeras que estaban iniciando la carrera hasta las que habíamos concluido los estudios de maestría. Cabe señalar que las investigaciones las realizamos por días pero lo enriquecedor en este tipo de trabajo, fueron las reuniones que tuvimos durante todo el proceso de la investigación, debido a que compartíamos información, experiencias y saberes desde diferentes posturas. Consideré pertinente presentar el estudio debido a que la temática y los resultados pueden ser de utilidad para las personas que se dedican al ámbito familiar.

### **Afrontar la vida con VIH**

Giselle A. López y Norma A. González

Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM.

#### **Resumen**

Se realizó esta investigación con la finalidad de obtener una descripción más detallada de las estrategias y recursos de una persona que vive con VIH (desde hace 13 años) y que asiste a la Clínica 53 del IMSS, en quien no se detectó depresión ni ideación suicida y que, sin embargo, puntuó bajo en los estilos de afrontamiento que fueron evaluados en la investigación cuantitativa, anteriormente realizada. La pregunta de investigación fue: ¿qué ha hecho una persona para afrontar en 13 años un diagnóstico seropositivo?

El estudio tuvo una orientación teórico-metodológica correspondiente a la Teoría Fundamentada y el tipo de diseño fue proyectado. Para la recolección de datos se empleó la estrategia de estudio de caso de tipo intrínseco y la técnica empleada fue la entrevista a profundidad. Con respecto a la preparación de dicha entrevista, el guión se realizó a partir de la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (op. cit.). La selección del participante fue por criterios sustantivos, en este caso, no encontrar buenas habilidades de afrontamiento, a pesar de llevar viviendo 13 años con el VIH.

Para analizar la entrevista se utilizó el programa de cómputo ATLAS ti 4.1, del cual se derivaron las siguientes categorías:

- a. Actitud ante la vida.
- b. Apoyo social (familiares y amigos).
- c. Cuidados de la salud.
- d. Expectativa hacia el futuro.
- e. Grupo de autoapoyo.
- f. Percepción de cambios en él mismo.
- g. Relaciones de pareja.
- h. Vivencias en relación al diagnóstico de VIH.

De las anteriores se derivaron subcategorías, cuyos resultados indicaron que el participante ha percibido cambios positivos en su persona a partir de que se le diagnostica con VIH, se interesa por buscar información de la enfermedad, lo que le ha permitido conocer los avances respecto a los tratamientos médicos que en la actualidad existen y que pudieran crearle mejores expectativas de calidad y tiempo de vida. De igual forma, se pudo inferir que la persona confronta de manera inmediata las situaciones que se le presentan en su vida, aún siendo difíciles, como cuando recibió el diagnóstico de su pareja y posteriormente el suyo. Asimismo, mantiene presentes sus metas y busca recursos para llevarlas a cabo.

Por otro lado, busca apoyo emocional en personas significativas como lo son sus amistades y en especial, su pareja y se identifican características de responsabilidad hacia él mismo, como los cuidados que tiene al tomar sus medicamentos, cuidar su alimentación, seguir las instrucciones de los médicos y coordinar el grupo de autoapoyo del IMSS. Por último, se encontró que un factor importante para afrontar un diagnóstico seropositivo, por un periodo largo, fue la actitud que tiene ante la vida, que desde su punto de vista, es disfrutar sucesos que para otras personas pudieran ser cotidianos.

## **Elementos de la pareja que mantienen la unión y satisfacción conyugal**

Giselle A. López y Norma A. González

Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM.

### **Resumen**

Se realizó una investigación cualitativa con el objetivo de identificar los elementos de la pareja que mantienen la unión y la satisfacción conyugal. Se trabajó con una muestra de cinco matrimonios pertenecientes a la clase media. Las parejas tenían entre 22 y 37 años de matrimonio con una media de 26.4 y todas se ubicaban en la etapa de ciclo vital de familias con hijos en edad adulta, teniendo en promedio dos hijos. Los casos fueron seleccionados deliberada e intencionalmente a partir de criterios teóricos, los cuales fueron: tener más de 20 años de casados y tener por lo menos un hijo que ya hubiera pasado la etapa de la adolescencia. La investigación es de tipo descriptivo transeccional y de diseño ex post facto. La estrategia utilizada para la recolección de datos fue el estudio de casos múltiples y se empleó la técnica de entrevista a profundidad. Posteriormente, se llevó a cabo su segmentación, codificación y clasificación por medio del programa ATLAS ti 4.1. Las categorías que se obtuvieron de las entrevistas en profundidad fueron:

1. Actividades en conjunto.
2. Acuerdos.
3. Apoyo.
4. Atención de los hijos.
5. Cambios en la propia conducta para el beneficio de la pareja.
6. Características que producen atracción.
7. Control emocional.
8. Demostración de afecto.
9. Expectativas del futuro.
10. Límites claros entre la pareja, la familia de origen y amigos.
11. Reconocimiento de aspectos positivos de la pareja.
12. Satisfacción sexual.
13. Razones de funcionalidad expresadas por la pareja.

Los resultados indicaron que la mayoría de las parejas consideran que para tener éxito en su relación deben existir acuerdos entre ellos, marcar límites con la familia extensa, realizar actividades

en conjunto, basar su relación en el amor, respeto y el apoyo. Otro aspecto que se encontró fue que en todos los casos hubo un periodo previo a la llegada de los hijos, lo cual pudo haber facilitado el reacomodo de la pareja.

### **3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.**

#### **3.1. Elaboración de productos tecnológicos**

Una habilidad que se pretende desarrollar en la maestría es la de enseñanza y difusión del conocimiento, por lo cual se considera importante la creación de recursos didácticos y tecnológicos, que faciliten la comprensión de los fundamentos, premisas, conceptos y técnicas de los principales modelos en la terapia familiar. Además de que dichos recursos facilitan el traslado de la teoría a la praxis.

Durante mi preparación realicé los siguientes productos tecnológicos:

##### **Manual de Modelo Estructural**

*Objetivo:* Presentar los fundamentos teóricos y principales postulados del Modelo Estructural, así como la descripción y ejemplificación de intervenciones terapéuticas de este modelo.

*Descripción:* En la primera parte del manual se explican de forma breve, algunos principios del Modelo Estructural: el contexto en el que se desarrolló, su principal representante y los postulados del modelo. En la segunda parte se describen las técnicas y se ejemplifica la aplicación de cada una de éstas.

*Dirigido a:* Estudiantes y profesionales de la psicología que estén interesados en conocer el Modelo Estructural.

##### **Video de Estrategias de intervención del Modelo Estructural**

*Objetivo:* Exhibir, de forma pedagógica, la aplicación de las técnicas de Salvador Minuchin.

*Descripción:* La duración del video es de alrededor de 30 min. y en éste se presentan las principales premisas del Modelo Estructural, así como una sesión terapéutica en la que se muestra la aplicación de sus técnicas. En el video participamos cinco alumnos de la maestría, quienes además de elaborar conjuntamente el guión, representamos una familia simulada. En todo el proceso de elaboración de este producto, se contó con el apoyo de un equipo profesional en la producción de videos de la FESI.

*Dirigido a:* Estudiantes y profesionales de la psicología que se muestren interesados en conocer la aplicación de las técnicas del Modelo Estructural.

### **Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas**

*Objetivo:* Presentar los fundamentos teóricos y principales postulados del modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas, así como la descripción y ejemplificación de intervenciones terapéuticas de este modelo.

*Descripción:* En la primera parte del manual se explican de forma breve, algunos principios rectores de la Terapia Breve del MRI: el contexto en el que se desarrolló, sus principales representantes y los postulados del modelo. En la segunda parte se describen las intervenciones generales en la terapia, así como las intervenciones principales, que hace referencia a cada uno de los cinco intentos de soluciones fallidas que constituyen un problema. Además, en esta parte se presentan extractos de sesiones de terapia en los que se ejemplifica la aplicación de las técnicas de intervención del presente modelo.

*Dirigido a:* Estudiantes y profesionales de la psicología que quieran conocer el modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas.

### **Video de Estrategias de intervención del Modelo de Terapia Estratégica**

*Objetivo:* Presentar, de forma didáctica, la aplicación de algunas técnicas de Milton Erickson, que más adelante fueron retomadas por Jay Haley para el desarrollo del Modelo Estratégico.

*Descripción:* El video tiene una duración aproximada de 30 min. y en éste se presentan de forma cronológica, algunas obras de Jay Haley, así como algunas de las premisas de este tipo de terapia. También se describen las etapas de la primera sesión de terapia y finalmente, se describen y ejemplifican, mediante la escenificación de sesiones, algunas de las técnicas de Milton Erickson, que fueron pilares para la construcción de la Terapia Estratégica de Jay Haley. Para la realización de este video participamos alumnos de la maestría, quienes nuevamente elaboramos el guión y representamos a la familia simulada. Además, participaron dos hijas de una compañera para simular casos de familias con niños. Para la edición de este video se contrataron los servicios de un alumno de licenciatura de la FESI, experto en esta área.

*Dirigido a:* Estudiantes y profesionales de la psicología que estén interesados en conocer la aplicación de las técnicas de la Terapia Estratégica de Jay Haley.



### **Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones**

*Objetivo:* Mostrar los fundamentos teóricos y principales postulados del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, así como la explicación y ejemplificación de intervenciones terapéuticas de este enfoque.

*Descripción:* En éste se explican las premisas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, se mencionan sus principales representantes y los modelos de los cuales se influyeron para crear este tipo de terapia.

Posteriormente, se describe el trabajo terapéutico bajo esta perspectiva, desde cómo se inicia la terapia, hasta las cosas que hay que evitar en ésta. Además, en esta parte se presentan extractos de sesiones en los que se ejemplifican los pasos del trabajo con excepciones.

*Dirigido a:* Estudiantes y profesionales de la psicología que deseen conocer el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

### **Maratón de la Historia de la Terapia Familiar Sistémica**

Los alumnos de la maestría elaboramos un juego de maratón a partir de la información que se nos proporcionó en un documento denominado “Línea del tiempo”, el cual es un cuadro que comprendía los principales acontecimientos que han ocurrido alrededor de la Terapia Familiar, tanto en el mundo como en México. Este documento ya había sido realizado por compañeros de generaciones anteriores de la maestría, quienes fueron coordinados por la Dra. Suárez en la materia de Teorías y Modelos de Intervención II.

*Objetivo:* Presentar y enseñar de forma lúdica, la historia de la terapia familiar sistémica, así como los representantes, premisas y técnicas de los diversos modelos que de ésta se desprenden.

*Descripción:* El juego de maratón consta de un tablero, un reglamento, fichas y tarjetas con preguntas respecto a la Terapia Familiar. Para el diseño del juego e impresión, se contrató a un experto en el área.

*Dirigido a:* Estudiantes y profesionales de la psicología que estén interesados en conocer la historia de la terapia familiar sistémica.

### **Ciclo Vital en las familias**

Este material muestra las investigaciones realizadas por alumnos de la cuarta generación con respecto al ciclo vital de las familias. A cada alumno le correspondió hacer la descripción de un ciclo vital (desde el noviazgo hasta la vejez), realizar entrevistas a dos familias que se encontraran en el

ciclo que fue asignado, hacer un análisis de la información y realizar una presentación en Power Point.

### **3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria**

Uno de los compromisos que todo psicólogo en formación debe vislumbrar, es el de ofrecer servicios a la comunidad, puesto que nuestro quehacer está con la sociedad. El programa de Maestría en Psicología hace viable la atención a la comunidad a través de diversos medios, a continuación muestro los programas en los que participé durante la residencia:

#### **Taller “Comunicación No Violenta”**

Se diseñó un taller con la temática de la Comunicación No Violenta (CNV), a partir de la exposición de dicha temática en la materia de Teorías y Modelos de Intervención I. El taller se aplicó con otra ponente (compañera de la maestría).

*Objetivo:* Dar a conocer, a través de ejercicios prácticos, el modelo de Comunicación No Violenta, creado por Rosenberg (2000), cuyo fin es el mejorar las relaciones interpersonales.

*Dirigido a:* Estudiantes de psicología que estaban cursando el primer semestre.

*Lugar y duración:* El taller se realizó en un aula del área de psicología de la FES Iztacala, se llevaron a cabo dos sesiones de tres horas cada una y la asistencia fue de 18 alumnos en promedio.

*Materiales:*

- 1.- Gafetes para expositoras y participantes.
- 2.- Hojas blancas.
- 3.- Lápices.
- 4.- Hojas de rotafolio.
- 5.- Plumones.
- 6.- Láminas con cada uno de los componentes de la CNV.
- 7.- Escenografía de una selva.
- 8.- Títeres de chacal y jirafa.
- 9.- Hojas de registro de asistencia.
- 10.- Hojas de evaluación del taller.

*Índice Temático:*

- Definición de Comunicación No Violenta.

- Componentes de la Comunicación No Violenta:  
Observación sin valoración.  
Expresión de los sentimientos.  
Reconocimiento de las necesidades.  
Petición versus exigencias.
- Ejercitación de los componentes de este tipo de comunicación.

*Metodología Didáctica:*

- Exposición por parte de las ponentes de la parte teórica del Modelo de CNV.
- Dinámicas que propicien el conocimiento de los participantes.
- Formación de equipos para la representación de juego de roles.

A manera de conclusión, se observó que a la mayoría de los participantes les fue de utilidad el taller, puesto que comentaron que habían aprendido a expresar sentimientos que en muchas ocasiones se guardaban, además de aprender a hacer peticiones.

**Sesiones de relajación**

Loa alumnos de la maestría que participamos en el tercer semestre en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE de Tlalnepantla, diseñamos una serie de sesiones de relajación que nos solicitó la psicóloga de dicha clínica, para ello empleamos algunas técnicas de hipnosis ericksoniana, proporcionadas por una compañera de la maestría que tenía formación en hipnosis.

*Objetivo:* Inducir a los participantes a un estado de relajación como medio para que liberaran su estrés.

*Dirigido a:* Empleados del ISSSTE y adultos mayores derechohabientes.

*Duración:* Las sesiones se realizaron los días jueves en uno de los consultorios de la clínica y tuvieron una duración de 15 minutos cada una.

Cabe señalar que cada terapeuta dirigía una sesión y que sólo una vez la sesión fue dada al personal del ISSSTE, las sesiones posteriores se diseñaron de forma específica para los adultos mayores.

**Ponencia “La Familia y las Adicciones”**

Realicé una ponencia acerca de la temática “La Familia y las Adicciones”, que formó parte del Ciclo de Conferencias sobre la “Prevención de Adicciones”, realizada en la Preparatoria Oficial No. 87, el 30 de Mayo de 2006. Para la exposición realicé una presentación en Power Point.

*Objetivo:* Presentar a los alumnos las implicaciones que tienen las adicciones en la familia, la prevención de éstas y su tratamiento, así como dar a conocer las principales instancias que atienden los problemas de adicción.

*Dirigido a:* Estudiantes de 4º, 5º y 6º de preparatoria.

*Duración:* 2 horas.

### **Curso “El niño maltratado”**

Se diseñó un curso con la temática de la violencia familiar y sus implicaciones en los niños, el curso lo diseñé e impartí junto con otra compañera de la maestría.

*Objetivo:* Los participantes conocerán los aspectos etiológicos, de diagnóstico, tratamiento y prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil con la finalidad de que transmitan dichos conocimientos a sus alumnos en formación.

*Dirigido a:* Profesores de la Escuela Normal de Educación Especial del Estado de México.

*Lugar y duración:* El curso se realizó en un aula de dicha escuela. Se realizaron cuatro sesiones con una duración total de 25 horas.

*Materiales:*

- 1.- Cañón y computadora.
- 2.- Pizarrón blanco y plumones.
- 3.- Bastidor y hojas de rotafolio.
- 4.- Plumones de agua.
- 5.- Hojas blancas.
- 6.- Etiquetas para identificación de los asistentes.

*Índice Temático:*

- Antecedentes y datos estadísticos del maltrato infantil en México y el Mundo.
- Definición y tipos de maltrato.
- Etiología.
- Diagnóstico.
- Leyes y normas que abordan el maltrato infantil.
- Tratamiento.
- Prevención de la violencia.

*Metodología Didáctica:*

Las técnicas didácticas que apoyaron el proceso de enseñanza-aprendizaje fueron:

- Exposiciones.
- Lluvia de ideas.
- Discusión.
- Dinámicas. .

Los resultados de este taller fueron muy favorables, a la mayoría de los participantes les fue de utilidad puesto que comentaron que con la información proporcionada les sería más fácil identificar a los niños que posiblemente eran agredidos y qué hacer al respecto, además de que surgió el compromiso de difundir esta información a sus alumnos y la comunidad de la institución en que laboran.

### **3.3. Presentación de trabajos en foros académicos**

Uno de los propósitos de este programa es el difundir a la comunidad las actividades realizadas dentro de la residencia. En este sentido presenté los resultados de la investigación realizada en Metodología de la Investigación I:

#### **Ponencia: “Depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento en personas con VIH”**

Se realizó en el 1er Coloquio Regional en Investigación de Terapia Familiar, en la Universidad Latina de México, Celaya, Gto., el 18 de Noviembre del año 2005.

## **4. Habilidades de compromiso y ética profesional**

### **Consideraciones éticas**

La ética profesional determina el buen uso de un conocimiento puesto al servicio de la sociedad, como profesionales de la salud, los psicoterapeutas tenemos la obligación de mantener elevados principios éticos. En este apartado se abordan las reflexiones relacionadas con los dilemas éticos que emergieron durante mi formación como terapeuta familiar, ya sea desde la intervención con las familias que tuve a cargo, como cuando fui parte del equipo terapéutico.

Para realizar este ejercicio fue necesario hacer una revisión del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2003) y del Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) A. C., instancias que tienen por objetivo regular la actividad profesional del psicólogo.

Como ya se mencionó en la explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos, en la primera sesión, los terapeutas obteníamos el permiso (por escrito) para que los pacientes pudieran ser filmados, acción que debemos realizar de acuerdo al artículo 121 del Código Ético del Psicólogo y apartado 1.8 del Código Ético de la AMTF, además de que este último contempla el consentimiento del usuario para permitir la presencia de terceras personas, lo cual durante la práctica lo hacemos de forma explícita al revelar la presencia del equipo de terapeutas detrás del espejo o bien, cuando es necesario que algún o algunos terapeutas participen con un comentario en el espacio en el que se encuentra el paciente y/o la familia.

El artículo 4 del Código Ético del Psicólogo y el 3.4 del Código Ético de la AMTF, tratan sobre la obligación que tenemos los psicólogos de estar actualizados científica y profesionalmente en nuestro campo de actividad, además de recibir la educación, formación y supervisión, adecuadas. Para lograr lo anterior, asistí a diversos congresos, talleres y ponencias desde el primer semestre de mi formación, también tuve que consultar bibliografía extra a la que se revisa en los seminarios, puesto que al tener a cargo familias tuve la necesidad de explorar las temáticas que se me presentaban y sus nuevos abordajes. En el cuarto semestre de mi formación, se me presentó un caso en el que dos menores se quedaron bajo el cuidado de sus abuelos puesto que su madre había sido asesinada y el presunto responsable era el padre de los menores. En esta situación, aún cuando el abuelo se estaba asesorando con un abogado respecto a la situación legal de sus nietos, por mi cuenta investigué al respecto y una de las supervisoras me apoyó con información acerca de la custodia de los menores, la patria potestad y del seguimiento que el DIF realiza en situaciones como la que presentaba la familia.

Otro aspecto que posibilita el cumplimiento del apartado mencionado, es que la residencia cuenta con personal altamente capacitado tanto para impartir los seminarios como para supervisar nuestro trabajo clínico y las mismas supervisoras recomiendan referencias bibliográficas así como organizan y/o promueven la asistencia a eventos en los que se tratan temáticas que se presentan en el ámbito de la terapia familiar en la actualidad y sus nuevas formas de abordaje.

Con respecto a la confidencialidad, en un caso en el que asistió un paciente junto con su ex esposa (debido a que fueron canalizados por un juez para determinar la guardia y custodia de su hija), el señor se mostró preocupado cuando se le explicó que las sesiones serían filmadas, de hecho comentó que no quería que la información de las sesiones la pudiera usar el juzgado. El terapeuta a cargo de este caso, le aclaró que los videos serían utilizados sólo para fines profesionales y que la

información es completamente confidencial, por lo que, al escuchar esto, el señor firmó la carta de autorización sin inconveniente. Además, en este caso, como en todos los que se llevaron, los terapeutas estábamos obligados a respetar los derechos de privacidad de los consultantes para proteger sus intereses como individuos, derecho que está estipulado en el artículo 132 del Código Ético del Psicólogo.

Otra situación en la que estuvo en juego el aspecto de la confidencialidad o guardar el secreto profesional, fue el de un caso de incesto que se atendió en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla. Hablando en términos legales, el incesto es un delito grave, sin embargo, después de que la supervisora junto con el equipo de terapeutas hicimos un análisis sistémico de los riesgos de la denuncia del agresor (que era el padre de la menor), el secreto se guardó. Cabe mencionar que el agresor (padre) tuvo que cumplir con su asistencia a todas las sesiones terapéuticas, hasta que el caso se diera de alta. Algunos de los motivos que tuvimos para guardar la confidencialidad fueron: consideramos necesario orientar el trabajo a lo que nos competía, que era la dimensión psicológica que implicaba el incesto, para lo cual se trabajó la protección de la víctima y de la familia. También se procuró conservar la objetividad, al no incitar o evitar la intención de la madre de denunciar al padre y sólo se le aclararon las dudas que tenía respecto al proceso de denuncia, para lograr esto, la terapeuta a cargo de este caso, consultó a un abogado. Finalmente, tanto el equipo de supervisión como la terapeuta, fuimos muy cuidadosos y nos abstuvimos de intervenir en asuntos que llevaran a revelar el secreto. En esta situación, la ética del sistema de terapeutas se mantuvo y la obligación de guardar el secreto fue igualmente proporcional en todos, esto permitió que todos nos hiciéramos responsables de la atención y seguimiento del caso hasta garantizar, de cierto modo, la protección de la víctima.

Por otro lado, cuando realizamos las investigaciones de tipo cualitativo, los terapeutas obtuvimos el consentimiento informado por escrito de los participantes, antes de filmarlos (artículo 126 del Código Ético del Psicólogo) y para hacer la presentación de los resultados, o bien publicar las investigaciones, nos apegamos al artículo 68 de dicho código, al disfrazar la información confidencial de los participantes, por ejemplo, al omitir sus nombres. Cabe señalar que también para la realización de este reporte de experiencia profesional, los nombres de las personas y familias atendidas fueron cambiados, manteniendo así su confidencialidad.

El apartado 6.5 del Código Ético de la AMTF hace referencia a la responsabilidad a la profesión, es decir, la obligación que tenemos los terapeutas de participar en actividades que contribuyan a

mejorar a la sociedad y a la comunidad, lo cual implica que nuestros servicios reciban una pequeña o ninguna retribución, esto se ve reflejado en el trabajo y los resultados de la residencia, puesto que a pesar de que el servicio es gratuito (en el ISSSTE y CCHA) y sólo se cobraba una cantidad mínima en la FESI, los terapeutas estamos siendo supervisados en vivo, lo cual posibilita que se dé una atención de alta calidad, puesto que las supervisoras van guiando todo el proceso terapéutico y poco a poco los terapeutas vamos retomando sus aprendizajes para ofrecer un servicio que resuelva las demandas de los solicitantes. De hecho, en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, se suscitaron dos casos en los que las familias no contaban con recursos económicos para el pago de las sesiones y/o su transporte. Ante estas situaciones, el equipo de terapeutas y la supervisora analizamos los casos y se tomó la decisión de modificar el costo de la remuneración, de tal forma que fuera acorde a las posibilidades de los usuarios.

El Código Ético de la AMTF, en su apartado 1.6, indica que los terapeutas ayudarán a los pacientes en la obtención de otro servicio terapéutico en el caso de que no esté dentro de su capacidad tal ayuda profesional. Al respecto, en segundo semestre una pareja que atendí requería apoyo para mejorar su relación de pareja, específicamente en las áreas de la comunicación y en la sexual, después de haber obtenido toda la información respecto a esas áreas y hacer un análisis sistémico, decidimos trabajar en la terapia familiar la comunicación y referirlos con una sexóloga (que atendía también dentro de la FESI), debido a que el área sexual también implicaba cuestiones de carácter biológico, debido a que la señora pasaba por su menopausia. Por supuesto que el equipo siempre estuvo al pendiente de lo que se trabajaba con la sexóloga y de hecho, se logró trabajar simultáneamente, obteniendo buenos resultados, puesto que la pareja logró establecer nuevos acuerdos y se notaron cambios favorables en pocas sesiones.

En conclusión, puedo decir que como terapeutas comprometidos con la sociedad, debemos apegarnos y acatar los códigos éticos propios de nuestra profesión, pero además, debemos propiciar y desarrollar habilidades para una vida ética, puesto que no podemos escindir el papel de persona y terapeuta.



## Consideraciones finales

### *Servicio*

*Ésta es la verdadera alegría de la vida, el hecho de servir a lo que se considera una gran causa, ser una fuerza de la naturaleza en lugar de un pequeño terrón febril y egoísta repleto de problemas y agravios, lamentándonos porque el mundo no se dedique a hacernos felices. Soy de la opinión de que mi vida pertenece a la comunidad y de que mientras viva, tendré el privilegio de hacer por ella todo lo que pueda. Quiero estar muy gastado cuando muera, ya que cuanto más me esfuerce, más viviré. Disfruto la vida por el valor que tiene en sí misma. Para mí la vida no es como una vela que se consume. Es una especie de espléndida antorcha que puedo sostener un momento y quiero que arda con tanta luz como sea posible antes de entregarla a la siguiente generación.*

*George Bernard Shaw*

En este apartado haré un breve recuento de las habilidades y competencias profesionales que adquirí durante mi formación y cómo estas han repercutido en mi persona y en mi profesión, además presento una reflexión de mi experiencia en la maestría.

Considero que durante mi estancia en el programa desarrollé muchas habilidades, algunas son:

Habilidades clínicas:

- Capacidad de observación del proceso terapéutico.
- Establecer un contrato terapéutico con las familias.
- Ser empática.
- Saber llevar una entrevista clínica, recabando datos trascendentales de los miembros de la familia, definir motivo de consulta y objetivos terapéuticos.
- Identificar las fortalezas y recursos de los clientes, así como facilitar que ellos mismos los reconocieran.
- Formular hipótesis sistémicas.
- Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, seleccionando las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención en los casos clínicos.
- Evaluar resultados y terminar tratamientos.
- Elaboración de actas.
- Analizar y sintetizar las ideas del equipo terapéutico para después compartirlas con la familia.

Habilidades de investigación:

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación acerca de problemáticas actuales o necesidades de los usuarios.
- Diseñar investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas.
- Difundir investigaciones y conocimientos.

Habilidades de prevención:

- Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria.
- Diseñar y aplicar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el ámbito familiar y comunitario.

Ética y compromiso social:

- Desarrollo de valores y actitudes en mi persona, con un compromiso personal y social, tales como validación incondicional de la persona, respeto a sus creencias, confidencialidad, entre otros.
- Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.
- Apego a las normas de ética profesional.
- Estar en constante actualización.

La epistemología en que se basa la terapia familiar sistémica me ha permitido ver de forma más compleja y enriquecedora, desde cualquier relación humana hasta cualquier fenómeno social. Durante mi formación como psicóloga ya había tenido contacto con la terapia familiar sistémica y de hecho, ya había trabajado en la práctica bajo este enfoque, sin embargo, es hasta la maestría en que logro comprenderla y analizarla.

Puedo decir que como terapeuta el enfoque sistémico nos da muchas herramientas para comprender las relaciones humanas, cómo se afectan éstas y por ende, cómo se pueden promover mejores relaciones interpersonales.

También pude apreciar que tanto las terapias sistémicas como las posmodernas, tienen gran aplicabilidad en los problemas actuales, debido a que consideran todos los factores implícitos en ellas, pude constatar, prácticamente, que problemáticas tales como adicciones, violencia, problemas de pareja, problemas en las relaciones entre padres e hijos, entre otras, pueden y creo que deben ser abordadas desde un enfoque familiar sistémico.

Con respecto a las habilidades teórico conceptuales, tuve la oportunidad de conocer los diversos modelos de terapia familiar sistémica, identificar sus orígenes, metodologías y aplicaciones. Además,

corroboré que podemos usar diversas técnicas de los enfoques pero sin perder de vista el motivo de consulta y demanda de la familia y que aunque son diferentes las propuestas de los modelos, todos parten de la idea de ver al individuo dentro de un marco sistémico, en el cual la persona influye en los otros pero es también influida por éstos. Considero que es importante partir de un modelo, sin embargo, en la práctica también se “echa mano” de las fortalezas de otros modelos, con el fin de dar mejor atención al paciente, puesto que creo que la terapia se debe hacer a la medida del cliente, como lo sostenía Milton Erickson.

Me gustaría apuntar algunas fortalezas, que desde mi punto de vista, tienen los modelos sistémicos: El Modelo estructural de Minuchin, es sistemático y por consiguiente ordenado, facilita la comprensión de las interacciones y por ser directivo, ayuda en los casos en los que las familias están ávidas por saber qué hacer, aunque también mediante otras técnicas, como el disequilibrio, se pueden lograr cambios en las personas menos cooperativas o renuentes al cambio. El modelo estratégico considero que se adapta a los requerimientos del paciente y se atreve a desafiar a la familiar con tareas que aunque parezcan “descabelladas”, como las ordalías, tienen un efecto importante para sembrar el cambio en los clientes. Del modelo de Milán quiero resaltar el interés por el lenguaje digital y analógico de la familia, además de retomar la importancia de los rituales y las intervenciones para el proceso psicoterapéutico: hipotetizar, circularidad y neutralidad, mismas que permiten que la familia se vea sistémicamente y al terapeuta le facilitan la capacidad de maniobra. De los modelos de terapias breves centradas tanto en problemas, como en soluciones, rescato la idea de que no es necesario un proceso terapéutico largo para garantizar cambios, también la claridad con que se guía una entrevista y la importancia del lenguaje del paciente. En el caso del trabajo con soluciones, comparto la idea de que los pacientes tienen todos los recursos y fortalezas para resolver sus demandas y sólo requieren que alguien, en este caso el terapeuta, “refresque su memoria” para que puedan transpolar su sabiduría, éxito y logros a las áreas problemáticas, de tal forma que el terapeuta solo da un “empujoncito” y acompaña al paciente hasta que éste aprende a retomar sus experiencias pasadas en favor de su estabilidad física y emocional. De los modelos de terapias posmodernas retomo la concepción de familia como un sistema social flexible compuesto por personas que comparten significados, que se han construido socialmente y cómo estos se pueden deconstruir, cuando están afectando el estado emocional de la persona. También es interesante percibirse en un modelo más lateral que jerárquico, en el que pacientes y terapeutas comparten responsabilidades. Los medios escritos propuestos por la narrativa me

parecen vehículos imprescindibles para lograr los objetivos de la terapia, la técnica de externalización permite mayor capacidad de maniobra para el paciente y el trabajo en grupo tanto en equipo reflexivo como en el colaborativo, permite escuchar experiencias de otros y darles un sentido, facilitando así que la persona encuentre las respuestas a sus demandas.

El programa de maestría también ofrece un gran aprendizaje a través del equipo de supervisión que apoya el trabajo clínico, puesto que observa y analiza el tipo de relación que establecen el terapeuta y la familia, cuida las intervenciones del terapeuta y cuida la persona del terapeuta, además de analizar el caso y sugerir las intervenciones para resolver la demanda de la familia. Simultáneamente, cuida las relaciones entre las personas que integran el equipo, lo cual no es tarea fácil. Creo que en pocas residencias se cuenta con un sistema de supervisión con tanta calidad como en el que tuve oportunidad de participar durante mi formación y del cual me llevo grandes aprendizajes.

Considero que el papel de terapeuta empieza por convertirse en un estilo de vida, en una manera de ver y analizar los eventos. Como persona, el aprendizaje aún ha sido mayor, debido a que puedo analizar mi papel como esposa, madre e hija, dándome cuenta de que puedo incidir en el desarrollo de mi familia, de tal forma que puedo promover mejores relaciones dentro de ésta y distinguir de cuando no lo estoy haciendo para trabajar en ello.

Quiero también señalar que durante la maestría, pasé por una situación familiar, difícil de enfrentar, ésta fue la llegada de mi primera hija quien nació con una malformación y requirió de una serie de cirugías y largos tratamientos. Creo que esta situación me llevó a encontrar mis recursos y usarlos y considero que esta experiencia me hizo crecer como persona, para después hacerme más sensible a las necesidades de las personas, hasta compartir su dolor, pero también mostrar que como seres humanos tenemos recursos para resolver cualquier problemática, por muy difícil que parezca.

Finalmente, puedo decir que de cada familia que atendí me llevo grandes enseñanzas, cada una implicó un reto en los ámbitos personal y profesional, con cada familia crecí y fui desarrollando más habilidades y competencias. La mayoría de mis casos fueron de familias con adolescentes y este grupo es con quien tengo más contacto en el ámbito laboral y aunque ya tengo varios años de experiencia en la docencia, mi entrenamiento como terapeuta me posibilita ver a mis alumnos de otra manera y apoyarlos en el caso de que requieran apoyo psicológico, puesto que actualmente tengo más herramientas para trabajar con los jóvenes y con sus familias. También consideré importante retomar los factores de protección en este grupo debido a que la mayor parte del trabajo

ha sido acerca de las conductas de riesgo, sin embargo, aún cuando se escribe de los factores de protección, en la práctica clínica, hasta hace poco tiempo se retoman los recursos y lados fuertes de los jóvenes para que los lleven a solucionar sus problemáticas actuales.

Creo firmemente en la capacidad del ser humano a crecer y a tender a mejorar cada día como persona, lo viví en mi experiencia propia y lo pude observar en las familias que atendí y considero que la terapia sistémica es un excelente vehículo para lograrlo.

## Referencias bibliográficas

- Aldana, P., Fuentes, V. y González, N. (1998). *Los efectos del uso de la retroalimentación estructural en familias con hijos adolescentes y adultos*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human system as linguistic system: preliminary and involving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393.
- Andolfi, M. (1990). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Banco Mundial (2004). La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno. Recuperado el 20 de junio de 2008 de: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/MEXICOINSPANISHEXT/,contentMDK:20835462~menuPK:500896~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:500870,00.html>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Internacional Universities Press.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica. Aplicaciones*. Vol.I y II. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carrasco, E. (2006). Terapia familiar orientada al desarrollo adolescente. En A. Roizblatt (Comp.). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Cecchin, G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 26 (4), 405-413.

- Centro Integral de Atención Tanatológica (2008). Recuperado el 11 de septiembre de 2008 de: <http://atenciontanatologica.net/index.php/estadisticas>
- Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2007). Portal de Internet del CENSIDA. Recuperado el 3 de agosto de 2008 de: <http://www.censida.gob.mx>
- Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C. (2008). Recuperado el 28 de julio de 2008 de: [http://amtf.com.mx/index.php?page=C\\_digo\\_tico](http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico)
- Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCHA). (2008). Portal de Internet del CCH, plantel Azcapotzalco. Recuperado el 25 de marzo de 2008 de: <http://www.cchazc.unam.mx>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2008). Portal de Internet del CONAPO. Recuperado el 19 de agosto de 2008 de: <http://www.conapo.gob.mx>
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, revisiones y super-visión del proceso de supervisión. *Terapia Familiar*. 15 (1), 47-56.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. México: Paidós.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM. UAT.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2002). Recuperados el 15 de septiembre de 2008 de: <http://www.conadic.salud.gob.mx> y de <http://www.mind-surf.net/drogas/estadisticas.htm>
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. (ENDIREH). (2006). Recuperado el 15 de septiembre de 2008 de: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/2006/bd/default.asp?c=11226&s=est>
- Estrada, L. (1991). *El ciclo vital de la familia*. México: Posada.
- Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). (2008). Portal de Internet de la FESI. Recuperado el 24 de marzo de 2008 de: <http://www.iztacala.unam.mx>
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En G. Licea, I. Paquentin y H. Selicoff. *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). Portal de Internet de Internet de la UNICEF. Recuperado el 3 de agosto de 2008 de: <http://www.unicef.org/mexico>

- Florenzano, R. (2002). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México. pp. 81-111.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Grinder, J. y Bandler, R. (1993). *De sapos a príncipes*. Chile: Cuatro Vientos.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. Mc Namee y K. Gergen (Comps.). *La terapia como construcción social*. pp. 25-43. Barcelona: Paidós.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (comps.). (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2001, 2002, 2005 y 2008). Portal de Internet del INEGI. Recuperados el 23 de agosto de 2008 de: <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (2008). Portal de Internet del ISSSTE. Recuperado el 24 de marzo de 2008 de: <http://www.issste.gob.mx>
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. México: Paidós.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. Mc Namee y K. Gergen (Comps.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1985). *Stress appraisal and coping*. USA: Springer.
- Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff, H. (2002). *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax México.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.



- Nelson, T., Eleuridas, C. y Rosenthal, D. (1986). Evolution of circular interrogation. Family therapist training. *Journal of Marital and Family therapy*. 12 (6), 113-127.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Portal de Internet de la OMS. Recuperado el 23 de agosto de 2008 de: <http://www.who.int/es/>
- Parry, T. (2001). Sin red: preparativos para la vida posmoderna. En S. Friedman (comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. pp. 317-357. Barcelona: Gedisa.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. (1982). Interrogatorio circular. *Family Process*. Vol. 21. Núm. 3.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar (2002). Coordinación del Programa de Maestría en Psicología. México: Dirección General de Estudios de Posgrado. UNAM.
- Programa de Maestría en Psicología (2002). Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. México: Dirección General de Estudios de Posgrado. UNAM.
- Robles, F. (2005). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de maestría. México: UNAM, FES Iztacala.
- Rodríguez, I. (2008). *México, campeón de la migración*. Recuperado el 20 de septiembre de 2008 de: <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/13/index.php?section=economia&article=024n1eco>
- Roizblatt, A. (Comp.). (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rosenberg, M. (2000). *Comunicación no violenta: el lenguaje de la compasión*. México: Urano.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. México: Paidós.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). (2008). Portal de Internet. Recuperado el 13 de septiembre de 2008 de: <http://sinais.salud.gob.mx/>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2003). *Código Ético de Psicólogo*. México: Trillas.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. En: *Sistemas familiares*, agosto (7), 64-69.
- Tomm, K. (1987). Entrevistas con intervenciones: Parte I. La elaboración de estrategias, una cuarta directriz para el terapeuta. *Family Process*. 26:3-13.

- Tomm, K. (1987). Entrevistas con intervenciones: Parte II. La formulación de preguntas reflexivas como medio para permitir la autocuración (Self-Healing). *Family Process*. 26:167-183.
- Tomm, K. (1988). Entrevistas con intervenciones: Parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas? *Family Process*. 27:1-15.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). *La Diferenciación de los Constructos del Terapeuta en la Supervisión*. Trabajo presentado en el 3er Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, Qro., México.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.