



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD, LA DISCAPACIDAD Y MOMENTOS CRÍTICOS.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

ALICIA BARRIOS MUÑOZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. CAROLINA M. DÍAZ WALLS
ROBLEDO.
REVISOR: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA.
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY.
DRA. DOLORES MERCADO CORONA.
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA
HIDALGO.

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*“Otros y otros iguales a mí,
iguales a ti...
que caminan por el mismo sendero...
en la misma dirección...
al mismo ritmo...
al menos por un momento”
Bucay, 2007.*

El presente trabajo relata mis experiencias forjadas a lo largo de dos años que duró mi formación como terapeuta familiar. Plasma el inicio de una serie de aprendizajes que tanto a nivel formal como informal adquirí. Como lo describo, tanto en el sentido profesional como personal obtuve herramientas que me iniciaron en el mundo de la escucha y el cambio. Agradezco infinitamente a las personas que me acompañaron en todo sentido en este tiempo. Gracias a su paciencia y apoyo, sin las cuales no hubiera podido concluir este reto tan deseado para mí. Actualmente pienso en todas las personas que han juntado su ruta con la mía y que han dejado una huella en mí. A todos ustedes muchas gracias, ya que sin ustedes mi historia no sería la misma.

A Jhon, mi esposo y mi compañero de vida. Por compartir conmigo el amor, la entrega, la risa, el día con día. Por enseñarme lo que es amar, dar, agradecer, compartir, comprometer, entender, escuchar y sobre todo apreciar el lado bello de la vida. Por ser mi cómplice en esta hermosa travesía llamada familia. Te amo con todo mi ser... gracias.

A mi mamá, quien me dejó las ganas de aprender, luchar y salir adelante.

A mi papá, por estar cuando lo necesito y darme ánimos para continuar.

A los García García, a todos por siempre estar tan cerca de mí. A Vero por acompañarme desde que éramos pequeñas. A Cesarito y Jackie por siempre mostrarme el valor del amor genuino y que la alegría se regala a puños.

A las familias de las que provengo, ya que sin ello, no sería la que ahora soy.

A todos mis compañeros de generación de la Maestría (Auro, Auris, Xol, Ana, Marla, Mauricio, Liz, Clau, Tona) sin excepción, porque a base de experiencias, apoyos, diferencias, señalamientos, compartimentos, aprendí sobre el crecimiento colectivo y el reflejo de la cercanía.

A mis amigas de siempre, las que supieron de mis peripecias en ese trayecto: Ana, Eli, Anaí, Cirse, Lupita, Kika, Nefer, Elia.

A todos aquellos que me han enseñado desde que inicie este paso en mi vida, a mis profesores, supervisores, colegas, compañeros de trabajo y sobre todo a las familias con las que he trabajado a lo largo de mi formación y en la actualidad.

A mi tutora, Mtra. Carolina Díaz Walls. A mi revisor, Mtro. Arturo Martínez. A mi comité tutorial, Mtra. Ofelia Desatnik, Dra. Dolores Mercado y Mtra. Guadalupe Santaella. Por su apoyo durante el proceso de residencia y las sugerencias brindadas en la realización de este reporte.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mí casa y brindarme los medios y las herramientas de aprendizaje académico y de vida.

RESUMEN

La familia constituye uno de los sistemas más importantes en el desarrollo del individuo, en el cual se satisfacen las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y se despliegan las experiencias de vida más importantes de la persona. La familia como entidad social ha sufrido enormes cambios que acompañan a la modernidad, y en México, como en otros países se observan sus efectos en las problemáticas y dificultades a las que los individuos que las componen se enfrentan en el día con día.

Entre estas dificultades figuran las aquellas derivadas de la enfermedad, la discapacidad y situaciones críticas, las cuales plantean una serie de demandas a resolver por las familias y que exigen contar con terapeutas capacitados en la atención y resolución efectiva de problemas.

En el presente reporte se exponen las competencias teórico metodológicas desarrolladas en mi formación como evidencias de trabajo en cuanto a la adquisición de habilidades clínicas (detección, evaluación y tratamiento), de investigación, enseñanza y prevención dentro del ámbito de la terapia familiar.

Se presenta el análisis del campo psicosocial de las familias en México y la incidencia de la terapia familiar en sus principales problemáticas. La caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico. Así como, el análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico basado en la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Teoría Pragmática de la Comunicación Humana y el Constructivismo y Construcciónismo Social. Se presentan los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica y posmoderna: Modelos Estructural, Estratégico, de Terapias Breves Orientadas a Problemas y Soluciones, de Milán y Posmodernos.

Se analizan dos casos atendidos en terapia, en los que los hijos presentaban problemáticas asociadas a momentos críticos.

Así mismo, muestro las investigaciones y la intervención comunitaria en familias con un hijo con enfermedad crónica. También proporciono un taller de orientación para familias con un hijo con discapacidad.

Por otra parte, expongo un taller elaborado para la inducción a la residencia en terapia familiar y las actividades de difusión que realicé. Así como los compromisos éticos y sociales adquiridos con la práctica.

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	
1. Análisis del Campo Psicosocial y su Problemática en la que Incide el Trabajo de Terapia Familiar.	
1.1. Características del Campo Psicosocial.....	1
1.2. Principales Problemas que Enfrentan las Familias.....	3
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna como Alternativa para Abordar la Problemática Señalada.....	9
2. Caracterización de los Escenarios donde se Realiza el Trabajo Clínico.	
2.1. Descripción de los Escenarios.....	12
2.2. Análisis Sistémico de los Escenarios.....	15
2.3. Explicación del Trabajo y Secuencia de Participación en los Distintos Escenarios de Trabajo Clínico.....	22
II. MARCO TEÓRICO	
1. Análisis Teórico Conceptual del Marco Teórico Epistemológico que Sustenta el Trabajo.	
1.1. Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	
1.1.1. Teoría General de Sistemas.....	31
1.1.2. Cibernética.....	34
1.1.3. Teoría Pragmática de la Comunicación Humana.....	36
1.1.4. Constructivismo y Construcción Social.....	37
1.2. Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	
1.2.1. Modelo Estructural.....	39
1.2.2. Modelo Estratégico.....	45
1.2.3. Terapias Breves Orientadas a Problemas.....	50
1.2.4. Terapias Breves Orientadas a Soluciones.....	55
1.2.5. Modelo de Milán.....	60
1.2.6. Modelos Posmodernos.....	65
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	
La Familia ante la Enfermedad, la Discapacidad y Momentos Críticos.....	71
1.1. Integración de Expedientes de Trabajo Clínico por Familia en la que Atendió como Terapeuta.	
Caso 1. Familia MV.....	73
Caso 2. Familia M.....	86
1.2. Análisis y Discusión Teórico Metodológico de la Intervención Clínica.....	98
1.3. Análisis y Discusión de un Tema que Sea Pertinente a los Casos de las Familias Consultantes Elegidas para el Análisis Teórico Metodológico: Las Dificultades de los Hijos como Protagonistas del Drama Familiar.....	103

1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total.	
Caso 1. Familia MV.....	106
Caso 2. Familia M.....	108
2. Habilidades de Investigación.	
2.1. Reporte de Investigación con Metodología Cuantitativa: Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.....	110
2.2. Reporte de Investigación con Metodología Cualitativa: El Funcionamiento Familiar en Familias Desplazadas con Niño con Enfermedad Crónico-Degenerativa	116
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.	
3.1. Presentación de Dos Productos Tecnológicos.	
Curso de Inducción a la Residencia de Terapia Familiar.....	125
Taller de Orientación Breve para Padres con un Hijo con Enfermedad Discapacitante.....	126
3.2. Programa de Intervención Comunitaria: Taller Familia ante la Enfermedad Crónica.....	128
3.3. Reporte de Foros Académicos.	
3.3.1. Asistencia a Foros Académicos.....	129
3.3.2. Presentación de Trabajos en Foros Académicos.....	130
4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional.	
4.1. Discusión e Integración de las Consideraciones Éticas que Emergen de la Práctica Profesional.....	132
IV. CONSIDERACIONES FINALES.	
1. Resumen de Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas.....	135
2. Incidencia en el Campo Psicosocial.....	138
3. Reflexión y Análisis de la Experiencia.....	139
4. Implicaciones en la Persona del Terapeuta, en el Profesionalista y en el Campo de Trabajo.....	142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
ANEXO I: Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.....	149
ANEXO II: Carta Descriptiva del Curso de Inducción a la Residencia en Terapia Familiar.....	152
ANEXO III: Carta Descriptiva de Taller de Orientación Breve para Padres con un Hijo con una Enfermedad Discapacitante.....	154
ANEXO IV: Carta Descriptiva de Taller de Familia ante la Enfermedad Crónica.....	157

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

*“Yo soy yo y mi circunstancia”
Ortega y Gasset, 1914.*

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

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL.

El ser humano tiene como característica fundamental el vivir en sociedad, y participar en diferentes grupos, uno de ellos es la familia, el cual es uno de los sistemas más importantes en el desarrollo del individuo, por constituir un elemento fundamental en donde se desarrollan las experiencias de vida más importantes de la persona, y por ser proveedora de elementos primarios de satisfacción a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de todos los individuos.

Por lo tanto, familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1979).

Andolfi (1992), define la familia, como un organismo vivo en constante transformación, una entidad compleja que se modifica a través del tiempo, con el fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros, en respuesta a los cambios en el desarrollo de la familia a través de su ciclo vital y de los cambios externos. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle en conjunto y a su vez asegure la diferenciación de sus integrantes.

Al considerar al individuo, se tiene que tomar en cuenta a la familia, y a la estructura social de que forma parte, tomando en cuenta las pautas culturales, como partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, y que estos se influyen selectivamente en el proceso de cambio. (Estrada, 1996).

Es entonces que la familia constituye un sistema abierto, en la que existe interacción continua entre sus miembros, así como de estos con el exterior, ya que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico y el ecológico.

Por lo que se considera que existen comportamientos que afectan a más de una persona a la vez, es decir, no sería posible comprender al individuo que padeciera una enfermedad mental sin considerar las consecuencias de su enfermedad para el grupo familiar, así como las implicaciones que tiene el medio en el mismo.

Como sistema, las familias se encuentran interrelacionadas con otros sistemas que los influyen. Para conocer la dinámica de las familias en la actualidad, es importante conocer la de la población en general, ya que el contexto en el que nos desarrollamos se considera una fuente continua de estímulos. Estos son variables, ya que cambian de una familia a otra y pueden influir tanto positiva como negativamente.

Bronfenbrenner (1987) propuso un modelo, el ecológico sistémico, que incluye cuatro sistemas para entender la realidad en la que están incluidas las familias (ver figura 1). En donde cada uno de ellos está definido de la siguiente manera:

- ❖ **Microsistema:** Es en donde residen las relaciones más próximas e íntimas que una persona tiene con el entorno. El microsistema "constituye un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares" (Bronfenbrenner, 1987). La familia es un ejemplo claro de microsistema.
- ❖ **Mesosistema:** Es la relación existente entre dos o más sistemas que tienen estrecha influencia en la persona. Un ejemplo de este nivel de sistema lo constituye la relación entre familia y escuela.
- ❖ **Exosistema:** En este se ubican todas las influencias de agentes externos que tiene la persona, que aunque no estén en directo contacto con ella, tienen impacto sobre la misma. Un ejemplo de ellos son los sistemas de trabajo.
- ❖ **Macrosistema:** A este nivel corresponden las creencias de una cultura, las leyes que regulan una sociedad, los mitos y los valores que se aprecian en un determinado grupo social. En él, también residen los mensajes que se transmiten en los medios de comunicación social, los clichés, los estereotipos y lo que es valorado como deseable en las familias.

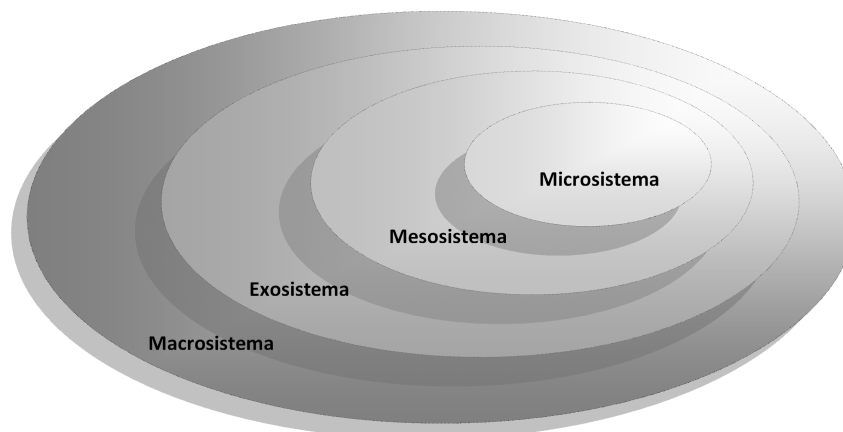


Figura 1: Modelo Ecológico Sistémico de Bronfenbrenner.

Este marco teórico permite estudiar a la familia como un sistema, inmerso dentro de otros sistemas. La palabra sistema pone acento justamente en la familia como conjunto de elementos en continua interacción. Por lo tanto, en las familias cada elemento afecta a otros y es a su vez afectado por aquellos, en una especie de equilibrio circular que una vez establecido tiende a mantenerse.

Por lo que es necesario considerar que la diversidad de la vida familiar es enorme y no cabe duda que los cambios políticos y sociales, así como las diferencias demográficas, económicas y las condiciones del hogar, tienen con frecuencia efectos importantes sobre la composición y dinámica de las familias. La familia como entidad social ha sufrido enormes cambios que acompañan a la modernidad, y en México, como en otros países se observan sus efectos en las problemáticas y dificultades a las que los individuos que las componen se enfrentan en el día con día.

1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LAS FAMILIAS.

Los cambios sociales han provocado modificaciones fundamentales en la vida de las familias en aspectos tales como la división del trabajo en el hogar, la asignación y ejercicio de los roles de sus integrantes, las relaciones de género, la convivencia de distintas generaciones, y los derechos y obligaciones (López, 2001).

Para comprender las problemáticas por las que atraviesan las familias en la actualidad, es necesario considerar la situación por la que atraviesa la población, la cual está sufriendo una transición demográfica importante. De un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control, está cambiando hacia niveles bajos y controlados.

El rápido descenso de la fecundidad y la mortalidad en México ha traído como consecuencia una transformación de la pirámide poblacional, que se expresa en un gradual proceso de envejecimiento de la población. El alargamiento de la sobrevivencia ha originado que cada vez más personas alcancen las edades adultas y la vejez. La esperanza de vida de los mexicanos ha aumentado diez años en las últimas tres décadas, por lo que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad de 2008 (Villagómez y Bistrain, 2008), los mexicanos vivirán en promedio 75.1 años (72.7 años los hombres y 77.5 las mujeres).

Como consecuencia en las familias están cada vez más presentes los adultos mayores. Es así como, se plantean nuevos retos, la relación de más de dos generaciones en las familias. Con repercusión en la organización de la familia, al requerir nuevas reglas de convivencia y asignación del trabajo.

Así mismo, esta situación sugiere el que las familias enfrenten relaciones cercanas con el cuidado de la salud, cuando en éstas se encuentran miembros (generalmente mujeres) que tienen a su cargo el cuidado de ancianos con presencia de enfermedades, en su mayoría crónico degenerativas o deterioro.

Ocasionando una sobrecarga de trabajo, lo que conlleva cambios en la estructura y dinámica de las familias, en los roles, en la creación de nuevos sistemas de apoyo, en la economía familiar por los altos costos de tratamiento, entre otros. Y aunque también es posible que la presencia de otras personas en el hogar (familias extensas) que pueden colaborar con el trabajo doméstico disminuya la carga de trabajo, esto genera un ambiente propicio para la presencia de conflictos asociados.

Algo similar ocurre en las familias en las que se encuentran presentes personas con discapacidad, las cuales están sujetas a presiones constantes derivadas de desajustes psicosociales, desintegración familiar, carga del cuidador primario, desempleo y problemas económicos graves; todos ellos estresores emocionales importantes (Secretaría de Salud, 2001).

Por otra parte, la disminución de la descendencia de las parejas (Tuirán, 2001), ha propiciado una reducción gradual en las presiones sobre la demanda de servicios esenciales, lo que ha tenido un impacto importante en la calidad de vida de algunas familias mexicanas, así como en los proyectos de vida de hombres y mujeres de ciertos sectores. Asimismo, la reducción de la descendencia ocasiona que las mujeres disminuyan el tiempo dedicado a la crianza de los hijos, lo cual abre el espacio para llevar a cabo otras actividades extradomésticas o laborales.

Por lo que se identifica la necesidad de brindar apoyo a las familias en diferentes ámbitos, como el del desarrollo personal, de relaciones de pareja, de relaciones interpersonales, de búsqueda de recursos y apoyos. Algunos autores (Lloyd y Duffy, 1998; Tuirán, 2001) señalan que a medida que se contrae el tamaño de la familia y del hogar, la dinámica de las relaciones cambia.

Los niños tienen menos hermanos y primos con quienes jugar, las parejas pasan más tiempo haciendo vida común sin hijos dependientes, hay menos familiares que ayuden a cuidar a los niños pequeños, hay menos hijos que se hagan cargo de sus padres en la vejez y ocurren menos eventos (nacimientos, bodas y muertes) que congreguen a las familias.

Así mismo, no hay que olvidar que como mencionan Villagómez y Bistrain (2008), aunque algunos sectores mejoren su calidad de vida aún persisten diferencias en algunos estados de la República que están luchando para conseguir las mínimas condiciones de desarrollo adecuadas; en los que está presente la violencia, la marginación, la mala nutrición, la discriminación, la carencia de servicios básicos, la falta de oportunidades,

acceso limitado a los servicios educativos y de salud, traduciéndose en dificultades para afrontar las situaciones sociales y de mejora de la calidad de vida de los individuos.

Tomando en cuenta los cambios en la estructura y dinámica de las familias, éstas aparecen en la escena de la psicoterapia como contenedoras de individuos con diversas problemáticas, como abuso del alcohol o drogas, desempleo o subempleo, comportamiento antisocial en los adolescentes, embarazos precoces, problemas de relaciones interpersonales, estrés, depresión, entre otros más.

Según Sandoval y Richard (2005) las condiciones de pobreza repercuten directamente en las condiciones de vida de la familia. Se ha detectado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias.

Así mismo, las personas desempleadas, tienen más síntomas depresivos que las que tienen trabajo. Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Bolton y Oakley, 1987; citado por Sandoval y Richard, 2005).

Se estima que el país cuenta en la actualidad con casi 101 millones de habitantes. Los cambios en los patrones y flujos migratorios también han modificado la estructura poblacional. Entidades que en otros tiempos eran receptoras se han convertido en expulsoras de población, como el Distrito Federal, con una tasa de -7.25 por cada mil habitantes (Villagómez y Bistrain, 2008). En donde, las familias parten a otros estados de la República Mexicana con la intención de mejorar su calidad de vida.

El saldo migratorio internacional de nuestro país asciende actualmente a poco más de 300 mil personas por año, en una tendencia ascendente (Tuirán, 2001). Lo que involucra la necesidad de considerar que hay familias que aunque están estructuradas como nucleares en términos de constitución legal o de compromiso (concubinatio), en la realidad son familias guiadas de manera monoparental, generalmente por las madres, mientras los padres se encuentran en otro país -generalmente Estados Unidos- buscando oportunidades en mejora de la calidad de vida de la familia.

No obstante, a pesar de que la migración se da buscando una mejora, es necesario considerar que conlleva varias pérdidas, y aunque es poco lo que se ha estudiado al respecto, se ha acuñado el término duelo migratorio (González, 2005). Para designar los efectos psicológicos, las dificultades de adaptación, de integración a lo nuevo y de la pérdida de lo que se dejó atrás. En todos los casos, a los problemas inherentes al proceso migratorio -precariedad, condiciones del desplazamiento, rechazo en el país de destino,

etc.- se suma la pérdida extraordinariamente significativa de los vínculos con la tierra y con las personas queridas.

Por su lado, la parte de la familia que se queda también experimenta un duelo, teniendo que adaptarse a su situación actual y la nueva dinámica que enfrentará. Que es lo que finalmente ocurre en algunas familias mexicanas, inclusive en poblaciones enteras de nuestro país (Tuirán, 2001), en las que nos encontramos madres jefas de familia, con esposos alejados geográficamente y en ocasiones también afectivamente, algunas terminando también en el abandono. Acarreando consigo problemáticas a enfrentar como familia.

En México, la proporción de hogares encabezados por una mujer se ha incrementado 40% en los últimos 25 años, al pasar de 13.5 a 19 por ciento entre 1976 y 1997 (López, 2001). Entre las principales tendencias demográficas que explican este importante aumento destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; el aumento de la separación y el divorcio; el aumento de las madres solteras; y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas.

Obviamente cada una de las condiciones mencionadas anteriormente conlleva una serie de responsabilidades y de atribuciones para las familias. Ser jefe de un hogar supone que sus miembros reconocen, sobre la base de una estructura de relaciones jerárquicas, a la persona más importante de la familia, es decir, aquella que está presente regularmente en el hogar y quien es, además, la persona con mayor autoridad en la toma de decisiones o el principal soporte económico.

Esta estructura familiar no descarta la posibilidad de que otros adultos se incorporen, temporal o permanentemente, en la reestructuración y emergencia de las funciones familiares (Lassonde, 1997). Sin embargo, si presupone en ocasiones dificultades para manejar este rol. En ocasiones traducido en problemas de disminución de autoridad, poco control de las situaciones de casa, manejo de duelo, afrontamiento de divorcios, acuerdos parentales por custodia, por mencionar algunos.

Sin duda, en México (Villagómez y Bistrain, 2008) se ha logrado obtener avances importantes en materia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. La participación educativa y laboral de la población femenina muestra una tendencia creciente y constante en el tiempo. Sin embargo, las condiciones de vida de buena parte de las mexicanas aún no alcanzan un nivel de desarrollo adecuado que potencie plenamente sus capacidades. Además, las diferencias en ciertos ámbitos con respecto a la población masculina, si bien ahora son menores, aún son notables.

Un elemento más de desigualdad se acumula al comparar el comportamiento de la población femenina no indígena con el de la indígena. Entre éstas las condiciones de precariedad son más pronunciadas, lo cual dificulta la generación de oportunidades que les permitan superar rezagos históricos en materia de desarrollo.

Asegurar el acceso de las mujeres a la educación y al ámbito laboral, constituye un factor estratégico para que alcancen una mayor autonomía, agencia y poder de decisión. A través de la educación, la mujer fomenta su afán de logro y de superación personal. En el ámbito laboral, representa la oportunidad de contar con ingresos propios y un mayor poder de negociación al interior del núcleo familiar. No obstante que la inserción laboral de las mujeres en las actividades remuneradas es creciente, la desigualdad se hace presente en el poder adquisitivo, prestaciones y derechos.

Así mismo, se presenta que con la inserción laboral, la mujer generalmente ejerce una doble jornada de trabajo (dentro y fuera de casa), lo que contribuye a un aumento en las tensiones, incrementando de manera considerables el estrés, cansancio y la depresión.

La participación de las mujeres se ha traducido en cambios en la vida familiar y en las relaciones entre hombres y mujeres. Así como también, ha traído consigo, la pérdida gradual en la capacidad del hombre como proveedor único, en un contexto de deterioro del salario, ha transformado la organización doméstica y ha favorecido la negociación de espacios de poder; sin embargo, también ha sido fuente de conflictos y violencia al interior de las familias (Oliveira, 1996; Oliveira et al., 1999 citado en López, 2001).

Lo anterior, nos lleva a considerar una problemática con más visibilidad en la actualidad, que es la violencia de género. Ésta concibe el sometimiento de la mujer en todos los aspectos de su vida, afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad moral y física (INEGI, 2007).

La violencia contra las mujeres puede ocurrir bajo cualquiera de las siguientes modalidades: física, sexual, emocional y económico-patrimonial. También traducirse en discriminación, hostigamiento, acoso y abuso. Teniendo lugar ya sea en la esfera privada o pública, es decir, no sólo se considera cuando ocurre en el contexto de la vida en pareja, sino también cuando acontece en el ámbito comunitario-social, educativo o laboral.

Cuando se hace referencia a la violencia de género (INEGI, 2007), ésta se ubica generalmente en la familia. La cual es la primera institución reconocida que reproduce en muchas de las relaciones de pareja, la violencia como forma de convivencia natural, misma que se expande a otras instituciones enraizándose en normas sociales y culturales.

Las familias en la actualidad presentan relaciones de violencia que llegan a la atención familiar. Además, a menudo la violencia va acompañada de factores que la refuerzan, como consumo de alcohol, fármacos, drogas, desempleo, problemas psíquicos de los

agresores. Por lo que las familias se presentan con multiproblemas, y en ocasiones la atención familiar inicia más frecuentemente por los factores aledaños que por la violencia en sí misma.

Según cifras del INEGI (2007) el 67% de las mujeres de 15 años y más han sufrido violencia en cualquiera de los siguientes contextos: comunitaria, familiar, patrimonial, escolar, laboral y de pareja. A nivel nacional un 43.2% de las mujeres sufrieron violencia por parte de su pareja a lo largo de la última relación. En cuanto a las áreas se distribuye de la siguiente manera: la violencia emocional se sitúa en 37.5 %, la violencia económica se sitúa en 23.4 %, la violencia física se sitúa en 19.2 %, la violencia sexual se sitúa en 9 %. Teniendo que considerar probablemente un porcentaje más elevado que el reportado, ya que en ocasiones la mujer que sufre violencia no lo identifica y mucho menos lo reporta.

Dentro de la familia se presentan también acciones de violencia con diferentes manifestaciones, que afectan el desarrollo de las personas que las conforman. En algunas ocasiones ésta no solo es exclusiva de la mujer sino también alcanza los miembros más vulnerables del núcleo familiar, que son los hijos o ancianos.

Según datos de la ENVIF (INEGI, 2000), obtenidos de hogares localizados en el área metropolitana, indicaron que cerca de 18% de niñas, niños y jóvenes de hasta 17 años de edad viven en familias donde ocurre violencia doméstica. De estas cifras, se deduce que la violencia intrafamiliar afecta a más de un millón de menores en la ciudad de México.

Asimismo, más de 28% de las personas encuestadas sufrió maltrato infantil y 18.7% de los encuestados vivieron en hogares donde se recurría a bofetadas, golpes o nalgadas para solucionar los conflictos familiares. Por lo que se infiere que los estilos de crianza incrementan las situaciones de violencia en vez de disminuirla, haciendo evidente la necesidad de que las familias introduzcan a su dinámica, nuevas formas de convivencia y negociación basadas en el respeto. Estas problemáticas se observan traducidas en la consulta familiar en dificultades interpersonales entre subsistemas parentales y fraternos.

Tanto la violencia familiar como el consumo de drogas son problemas sociales complejos, con tendencias de crecimiento que afectan a las familias mexicanas.

En la actualidad se distinguen importantes variaciones en la población que consume drogas. Por ejemplo, según Centros de Integración Juvenil (2008), existe un mayor consumo en las mujeres, reducción en la edad de inicio, incremento en el policonsumo, así como visibles discrepancias en su uso a nivel nacional y entre las distintas regiones del país. El tabaco sigue figurando entre las principales sustancias utilizadas alguna vez en la vida (86.4%). En cuanto al alcohol existen en el país poco más de 23.3 millones de personas que lo consumen. En relación con el consumo de drogas ilegales, poco más de tres millones y medio de personas en el país han hecho uso ilícito de drogas. Las drogas ilegales de mayor consumo son la marihuana (58.7%) y la cocaína (46.9%), observándose una tendencia creciente en el consumo de crack (28.3%) y metanfetaminas (13%).

Como se puede observar, los cambios en la población, las nuevas configuraciones familiares, la necesidad de iniciar dinámicas acordes con la situación, plantea una demanda de trabajo psicológico importante. En el que los procesos psicoterapéuticos tendrían que considerar los contextos en los que se relacionan los individuos para así realizar intervenciones más eficaces.

Lo comentado anteriormente se relaciona de manera estrecha con las principales problemáticas reportadas en los centros en los que participé como terapeuta, junto con los miembros de la generación a la que pertenezco.

Por ejemplo, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (ver tabla 2), el 49% de los casos hacen referencia a problemáticas de la relación de pareja, siguiendo con un 18% los asociados a conflictos en las relaciones de padres e hijos, destacando la dificultad en el establecimiento de límites, control de conducta, estilos de crianza, comunicación y posible abuso de sustancias. La violencia aparece en un 9% de los casos.

En el centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (ver tabla 5), destacan las mismas categorías, distribuyéndose ambas con el 32% de los casos (Conflictos en la relación de pareja y conflictos en la relación padres e hijos). En este sector aparece la violencia intrafamiliar o de pareja con un 10%.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (ver tabla 8), el 45% de las problemáticas se asocian a conflictos en la relación padres e hijos. La violencia aparece nuevamente en un 10% de los casos.

1.3. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSTMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA.

Como se plantea en la revisión de las principales problemáticas que presentan las familias, es necesario tomar en cuenta la manera en que éstas se están constituyendo y la manera en que están interactuando en la actualidad. Ya que la manera en que enfrenten dichas problemáticas, estará relacionada con el grado de alternativas de solución que construyan.

En el desarrollo de la psicoterapia se han definido varios enfoques que posibilitan la intervención en los padecimientos humanos. Como se sabe, las escuelas en terapia se encuentran diferenciadas fundamentalmente por los presupuestos terapéuticos que las guían, como los psicodinámicos o conductuales (Madanés, 1982).

Sin embargo, a la par de la aplicación de los enfoques individuales, ha habido múltiples personajes interesados en descubrir y aplicar diversas formas de intervención que sean efectivas en la resolución de las problemáticas existentes.

Es así como la Terapia Familiar surge como una necesidad de apoyo a diversas profesiones (psicología, psiquiatría, trabajo social, etc.), cubriendo las necesidades que los enfoques individuales no tenían a su alcance.

Existen antecedentes (Sánchez y Gutiérrez, 2000) de que profesionales como Popeonoe, Stone, Mudd o Bell, empezaron a trabajar con familiares de pacientes. Sin embargo no fue hasta que personajes como Ackerman, Lidz, Winne, entre otros, pusieron de manifiesto que era necesaria la comprensión del papel de la dinámica familiar en el estudio de las patologías individuales; así como que es fundamental el involucramiento familiar en el tratamiento de los padecimientos de las personas.

Poniendo de manifiesto la necesidad de comprender el comportamiento como resultado de múltiples causas. Así como la importancia de considerar la problemática más allá de los individuos. Tanto para tener mayor entendimiento, como para considerar otros recursos en la resolución de los conflictos.

Considerando el concepto de la salud mental (SSA, 2009), que contempla no solamente a la ausencia de enfermedades, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, la inclusión de la familia en los tratamientos psicológicos tiene un impacto fundamental en el bienestar y calidad de vida de los individuos, así como en la resolución conjunta de las dificultades personales y familiares; ya que como revisamos los motivos de consulta se relacionan de manera sistémica con los aspectos de relaciones familiares y sociales.

En la intervención con familias, es necesario considerar también que existen factores que influyen de manera positiva en el bienestar y calidad de vida de sus miembros y que son los que generalmente se tratan de potenciar o construir en los servicios psicoterapéuticos.

Según la 9 (2001) estos factores son condiciones, situaciones o características de la persona, familia o grupo social que funcionan como mecanismos para potenciar sus capacidades y que les permite estar fortalecidos ante las situaciones de riesgo o cuando se encuentran en una situación de adversidad.

Dentro de algunos de los factores asociados con las intervenciones en las familias se encuentran (SSA, 2001): Cercanía o apego con la familia, padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, familia pequeña, responsabilidades en la familia, relación de apoyo con otro adulto, normas sólidas en la familia, comunicación afectiva, expresión emocional, habilidades en la resolución de problemas, habilidad social habilidades de relación, valores, autoestima, entre otros.

Al contribuir a la presencia de estos factores, la terapia familiar sistémica apoya a que las familias moderen el impacto del estrés y ayudan a reducir la posibilidad de que se

presente un problema mayor. Logrando reconocer sus propias capacidades y recursos como aprendizaje en la solución de conflictos futuros.

Ante la solicitud de atención en los servicios de salud mental, se requieren programas de intervención eficaces y eficientes, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos (SSA, 2001). Por lo que la demanda de atención involucra el contar con herramientas e intervenciones acordes con las necesidades de la población, al considerar sobretodo el contexto económico y temporal, por ejemplo, al tener disponibles intervenciones a corto plazo o que involucren a más de un miembro de la familia, como es el caso de terapia familiar sistémica en sus diferentes modelos.

Así mismo, como refiere Elkaïm (1994), dentro de la misma evolución de la psicoterapia familiar, se han creado nuevas herramientas, al surgir estas nuevas corrientes proporcionan una crítica pero a la vez un complemento práctico a la visión sistémica.

Alineados hacia el constructivismo, en estos nuevos enfoques se prefiere hablar de narración (Anderson y Goolishian, 1996) y no de sistema, cobrando importancia la formación de un contexto terapéutico que favorezca la co-construcción de nuevas significaciones. En donde el cambio surge en el proceso mismo de interrogar al otro desde una posición de perplejidad, que según White (1994), busca deconstruir las verdades que son separadas de sus condiciones y contextos de producción.

Lo anterior es fundamental al considerar que el individuo se encuentra inmerso en una serie de cambios familiares y sociales constantes, en los que se vuelve imprescindible el cambio de significados para enfrentar con éxito las problemáticas y condiciones de vida que se le presentan.

Es así como la terapia familiar, ya sea en su posicionamiento sistémico, posmoderno o en conjunto, se ofrece como una alternativa viable para el acompañamiento en la resolución de dichos conflictos. El terapeuta familiar se enfrenta a diversos retos, que contemplan desde un trabajo personal hasta un compromiso social.

El terapeuta familiar (Andolfi, 1985) tiene como propósito, comprender el problema en términos relacionales mediante la contribución de todos los miembros de la familia. Desde el punto de vista sistémico, el terapeuta traza un mapa de la estructura y dinámica de la familia, como resultante de las interacciones más significativas, tanto intra como extrafamiliares. Desde el punto de vista posmoderno (Anderson y Goolishian, 1996), principalmente el terapeuta es un co-constructor de nuevas narraciones y alternativas.

Ambos generan cambios con su participación en las interacciones de las familias, orientadas a generar cambios y solución de problemas. Presentando una opción viable de acuerdo al contexto que viven actualmente las familias mexicanas.

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

2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS.

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.



El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD), pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM. Se encuentra ubicado en el sótano del edificio “D” de la Facultad de Psicología, en Av. Universidad 3004, en la Colonia Copilco Universidad, Delegación Coyoacán.

Este centro fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la directora de la facultad en aquel entonces, la Dra. Graciela Rodríguez. El objetivo principal de este centro es apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños(as), adolescentes y adultos(as); en forma individual, grupal, de pareja y familiar. Se atienden problemas emocionales, trastornos de alimentación, dolor crónico y estrés, entre otros (Facultad de Psicología, 2009).

En sus inicios el centro estaba vinculado con el Departamento de Psicología Clínica de la división de estudios de posgrado (Figueroa, 2006).

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) ha tenido varios coordinadores, la primera de ellas fue la Lic. Josette Benavides, le siguieron la Dra. Marcia Morales, la Lic. Graziella Zierold, el Dr. Héctor Ayala, el Dr. Benjamín Rodríguez, la Lic. Leticia Echeverría, la Lic. Ma. de la Luz Fernández, la Lic. Noemí Barragán (Mendoza, 2006), y actualmente la Lic. Rebeca Sánchez Monroy coordina el centro (Duarte, 2007).

El centro atiende tanto a la comunidad universitaria como al público en general, con cuotas muy accesibles ya que la población externa que asiste es de nivel socioeconómico bajo y de nivel medio en los usuarios pertenecientes a la población de la UNAM (Ferrat, 2006).

El CSP está equipado con cuatro cámaras de Gesell, 12 consultorios para atención terapéutica individual, sala de juntas o de terapeutas, archivo de expedientes, oficina de la coordinadora, sala de espera, recepción, cocina, cuarto de mantenimiento y baño.

Los objetivos del CSP desde su fundación son: a) ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de postgrado, b)

proporcionar al estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa, c) ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación y d) ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Sánchez, 2007).

La Misión 2008 del CSP es contribuir a la formación y actualización del estudiante de psicología a través de los programas y proyectos de investigación y atención, cuyo carácter es preventivo, de tratamiento y de rehabilitación. Estos programas y proyectos son certificados con calidad, excelencia y trato digno, con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del centro (Sánchez, 2007).

La visión del Centro es ser en México la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados a favor de la formación integral humanista, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel Nacional (Sánchez, 2007).

El Centro de Servicios Psicológicos es sede de diversas residencias del Programa de Maestría (en área infantil, de adolescentes y familiar) y Doctorado. Asimismo, el CSP tiene 8 diferentes programas de formación en la práctica y 5 talleres, los cuales son: de habilidades sociales, de desarrollo de emociones, de manejo de crisis, de desarrollo infantil y de habilidades parentales. También recibe a estudiantes de prácticas curriculares del Sistema de Universidad Abierta y escolarizado, Servicio Social y voluntarios (Ferrat, 2006).

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



El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM. Se encuentra ubicado en Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24, en la Colonia Adolfo Ruíz Cortines, Delegación Coyoacán.

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de una investigación en la colonia en la que se ubica, impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, dando pie a su fundación, en mayo de 1981, con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”. Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. Mac Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como reconocimiento.

Este centro tiene como objetivos:

- 1) El participar en la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado de Psicología para contribuir al conocimiento de las situaciones y problemáticas de la comunidad (Facultad de Psicología, 2009). El centro otorga atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en áreas como adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, entre otras; todo esto, a nivel preventivo y de intervención psicoterapéutica.
- 2) Proporcionar apoyo a la comunidad mediante la creación de programas preventivos y de intervención psicológicos, en respuesta a las principales problemáticas presentadas en dicha comunidad. La zona de incidencia del centro contempla las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruiz Cortines, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo.

El Centro Comunitario está equipado con recepción, sala de espera, dos cámaras de Gesell, salón de usos múltiples, sala de lectura, siete consultorios, sala de computo, sala de juntas, oficina del responsable, cocina y baños. El espacio físico del centro se adapta a las necesidades de trabajo y de demanda, ya que los espacios son utilizados indistintamente, ya sea para las consultas, los talleres y/o conferencias.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.



El Hospital Psiquiátrico “Juan N. Navarro”, forma parte de un órgano de la Secretaria de Salud, denominado Servicios de Atención Psiquiátrica. Se encuentra ubicado en Av. San Buenaventura N° 86, en la Colonia Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan.

Sus antecedentes se remontan al 24 de Octubre de 1966, año en el que, al cierre de La Castañeda, fue construido el hospital.

Los servicios de atención psiquiátrica tienen como funciones principales, la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como la coordinación operativa y administrativa de tres hospitales psiquiátricos especializados (Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro y Dr. Samuel Ramírez Moreno) y tres centros comunitarios de salud mental del Distrito Federal (Iztapalapa, Zacatenco y Cuauhtémoc).

El Hospital Psiquiátrico Infantil, se especializa en atender problemas de salud mental en niños y adolescentes. La población que asiste a esta Institución, por lo regular son personas de escasos recursos, que no cuentan con otros Servicios de Salud y provienen principalmente del Distrito Federal y área metropolitana.

Dentro de su infraestructura, cuenta con: 120 camas, 3 consultorios de urgencias, 19 consultorios, 3 equipos de radiología, 3 unidades dentales, 4 aulas, 2 áreas de rehabilitación y 1 cámara de Gesell.

2.2. ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS (PERSONAL, REDES, ROLES, ORGANIGRAMA, SECTORES IMPLICADOS, FUENTES DE REFERENCIA, CONTEXTO, ETC.)

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos se genera un proceso de trabajo que involucra a varias personas y grupos de trabajo, que son regidos por la jefatura (figura 2). Actualmente el centro es coordinado por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy. El centro cuenta con personal tanto administrativo como voluntario, asimismo, colaboran docentes y estudiantes bajo programa de supervisión, formación en la práctica y proyectos de investigación.

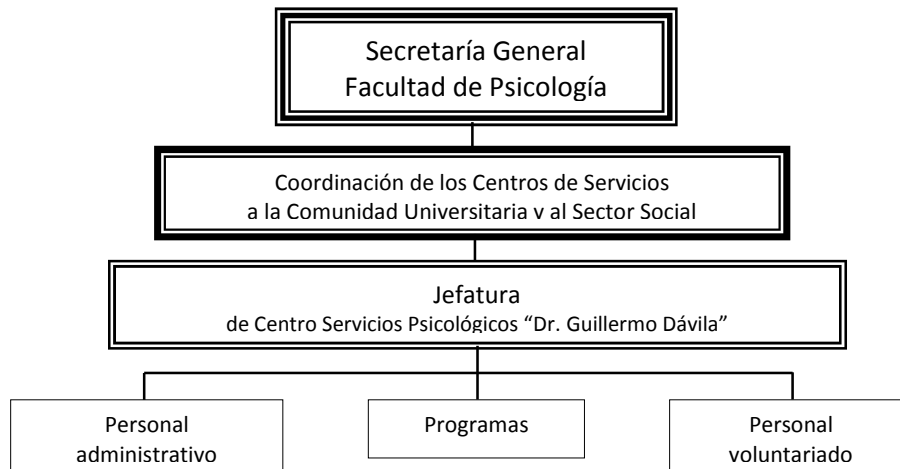


Figura 2: Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

La jefatura se encarga del funcionamiento general del centro, tomando en cuenta las diversas canalizaciones, ya sean internas o externas, atención personalizada cuando se requiere, etc. El personal administrativo es quien se encarga de atender a los solicitantes del servicio cuando acuden a solicitar el servicio por primera vez, a su preconsulta y a las citas correspondientes.

Respecto a los practicantes y docentes, estos apoyan en el proceso de preconsulta, donde junto con la directora seleccionan los casos para canalizarlos a determinado programa. Asimismo, los practicantes y docentes están a cargo de que los pagos y las

reglas del centro sean cumplidos por los pacientes, así como también se encargan de llevar un expediente clínico para cada caso.

El proceso de atención sigue un orden mostrado en la figura 3, el cual inicia en la recepción:

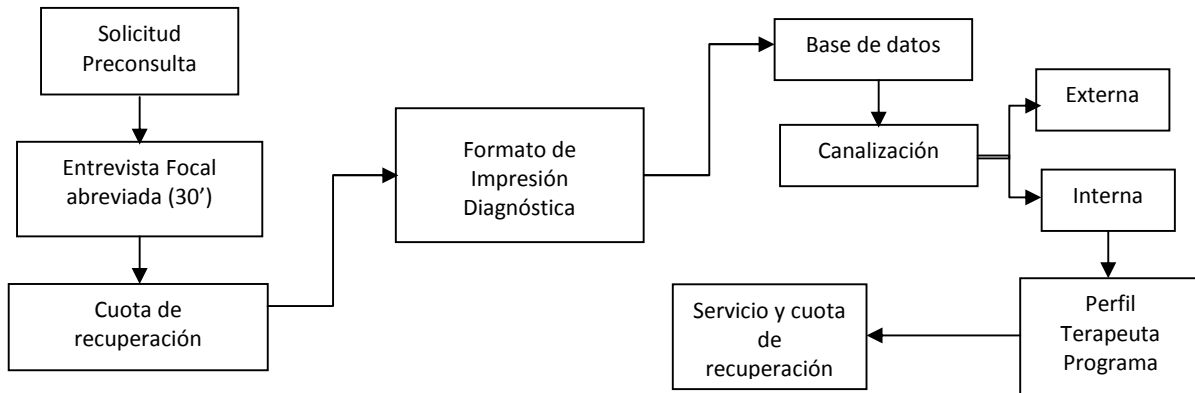


Figura 3: Diagrama de proceso de atención del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

En la preconsulta, el paciente llena una solicitud (10 min.), posteriormente pasa a una entrevista focal abreviada de 30 minutos. En ésta el entrevistador llena un formato que contiene los datos generales del paciente y la impresión diagnóstica. El paciente paga una cuota de recuperación. Posteriormente los formatos se envían a la jefatura, en la que se recaban diariamente las solicitudes, con la finalidad de introducir las en una base de datos y realizar la canalización correspondiente del caso. La cual según el perfil del paciente puede ser externa (otra institución, INP, DIF, INMUJER) o interna (terapeuta perteneciente a uno de los programas del centro). En el perfil del paciente se considera su edad, sexo, los motivos de la consulta y la impresión diagnóstica.

Por su funcionamiento, el centro involucra tres áreas fundamentales, que son, la docencia, la investigación y los servicios a la comunidad. Todos estos confluyen en las diferentes actividades que lleva a cabo: Preconsulta, evaluación, canalización, prevención primaria, tratamiento, archivo clínico e investigación.

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

Actualmente el centro es administrado y coordinado por la Mtra. Noemí Díaz Marroquín. El personal de base está conformado por una secretaria, personal de vigilancia y personal de intendencia. El centro cuenta con los horarios de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 Hrs.

Los dos ejes de trabajo principales del centro son la prevención y el tratamiento, los cuales están a cargo de la Coordinación de Programas y la Coordinación de Servicios

Terapéuticos, los cuales son dirigidos por la jefa del centro y el personal académico responsable de cada programa (Figura 4).

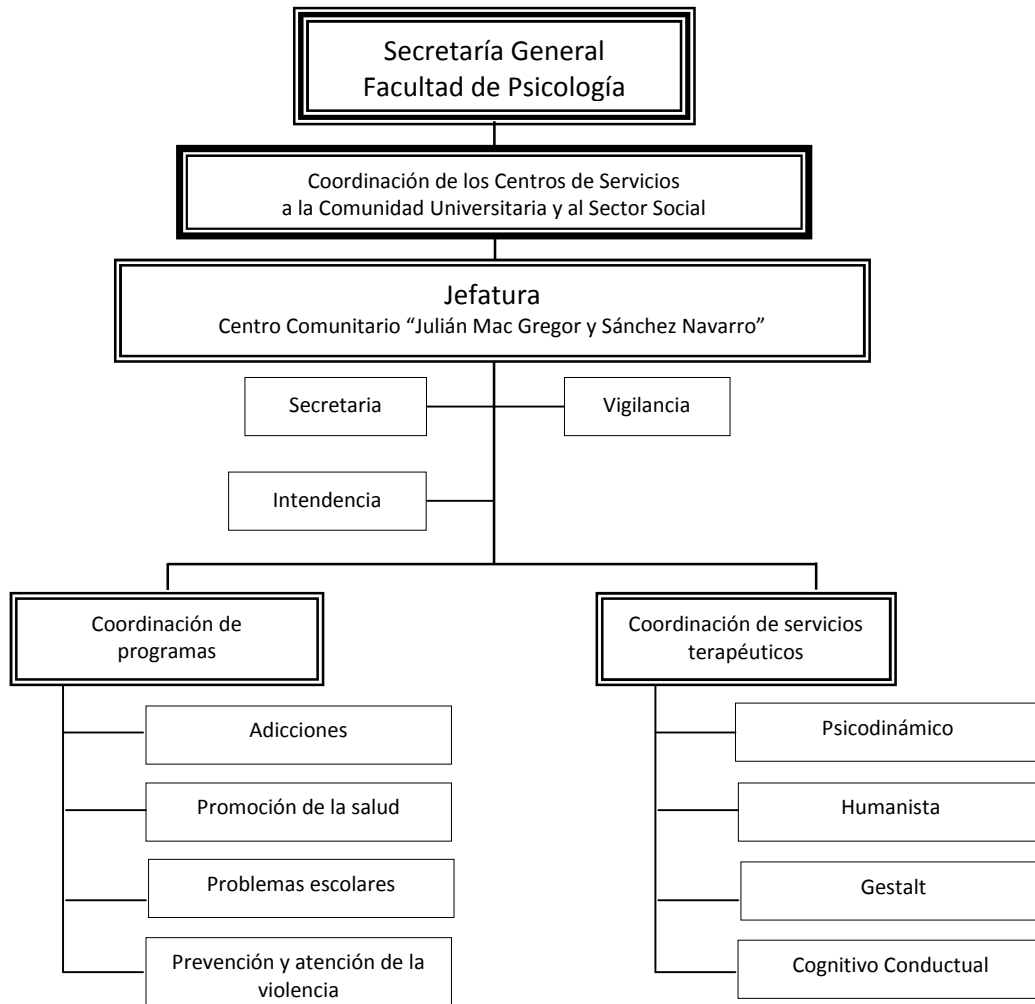


Figura 4. Organigrama del Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

Este centro comunitario tiene dos ejes principales de trabajo: prevención y el tratamiento. La prevención se refiere a los cursos, talleres y el cine-debate. El centro ofrece talleres y cursos fijos, dependiendo de la demanda del evento y de la disponibilidad de horarios que se tenga, se ofrecen nuevas actividades.

Los servicios que otorga son promovidos por el personal académico del centro. En cuanto al servicio terapéutico, las personas solicitan la atención llamando directamente al centro, el costo de cada sesión es de \$50 pesos, el cual puede verse disminuido dependiendo del poder adquisitivo de la persona atendida.

Las personas que asisten a cualquiera de estos programas solicitan directamente el servicio; ya sea que llamen por teléfono o asistan directamente al centro comunitario. En

algunas ocasiones, el personal académico y/o los residentes llaman a las personas que solicitaron el servicio y que se anotaron en la lista de espera, para invitarlos directamente, o bien sólo se distribuyen volantes y carteles por las colonias aledañas al centro, asimismo se publican en la gaceta de la Facultad de Psicología los eventos que se van realizar. El proceso de atención de los solicitantes se muestra en la figura 5.

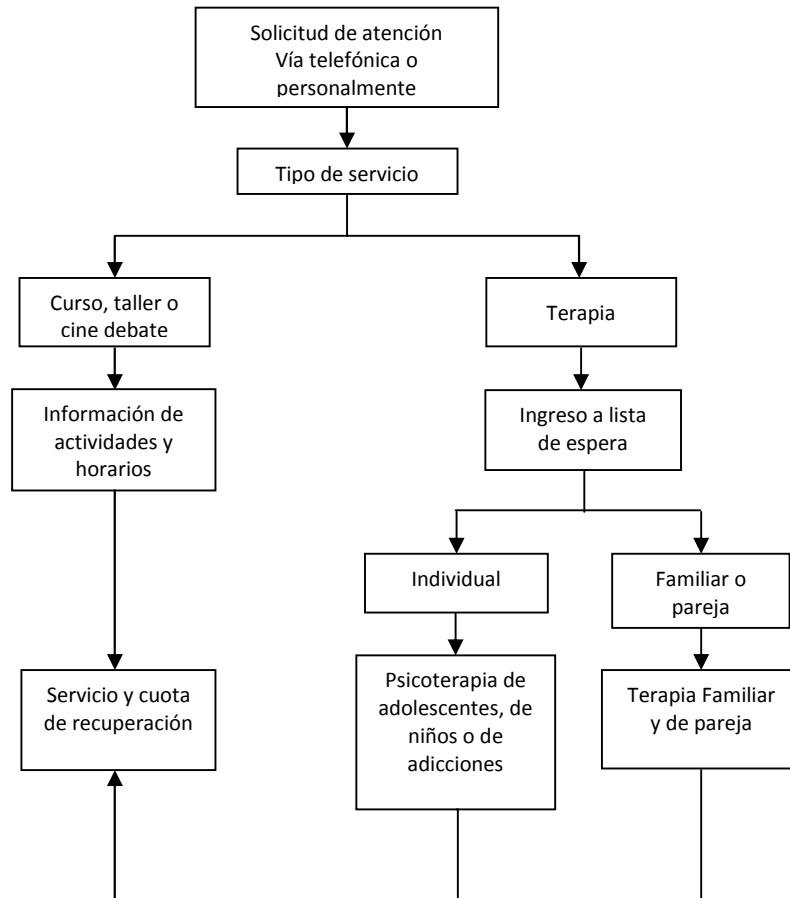


Figura 5. Diagrama del proceso de atención del centro comunitario.

El centro cubre la demanda de servicios de acuerdo a los siguientes programas:

- Programa de adicciones.
- Para los usuarios y sus familias.
- Adolescentes en alto riesgo.
- Programa de hábitos de salud.
- Programa de modificación de hábitos alimentarios.
- Psicología del Deporte.
- Programa de violencia familiar.
- Prevención del maltrato en la pareja.
- Grupo de reflexión de mujeres.

- Atención a parejas que sufren violencia.
- Programa sobre problema escolares y Familiares.
- Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES).
- Escuela para padres.
- Programa de lecto-escritura para la población infantil y adulta.
- Programa de Enseñanza Inicial de la Lectura y la Escritura (EILE).
- Programa de servicio terapéutico.
- Individual, familiar y grupal.
- Niños, adolescentes y adultos.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, paidopsiquiatras, médicos generales y especialistas, odontólogos, terapeutas físicos y dietistas.

Éste brinda atención a tres niveles:

- Atención primaria: investigación, promoción de la salud e identificación temprana.
- Atención secundaria: diagnóstico oportuno y tratamiento.
- Atención terciaria: rehabilitación de forma continua e integral.

Para dicho propósito (ver figura 6), se encuentra conformado por cinco áreas principales (Secretaría de Salud, 2009):

- Investigación y Enseñanza: Apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.
- Atención Integral: Comprende atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental
- Psiquiatría Comunitaria: Ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.
- Hospitalización Continua y Parcial: Los servicios de urgencias y hospitalización continua atienden las 24 hrs. todos los días del año. Cuenta con los siguientes servicios:
 - Unidad de adolescentes. Se divide en mujeres y hombres de 12 a 17 años. Atiende trastornos psiquiátricos graves como cuadros psicóticos, intentos suicidas y trastornos severos de conducta en hospitalización continua.
 - Paidea. Es un servicio de consulta externa y hospitalización parcial a adolescentes de 12 a 18 años, con problemas de adicciones

- Unidad de cuidados prolongados. Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo
- Consulta Externa. Está constituida por diversas clínicas:
 - Clínica del desarrollo. Atiende a niños de 0-6 años con alteraciones físicas, intelectuales o sensoriales del desarrollo, o bien con algún daño orgánico o retraso mental.
 - Clínica del autismo. Se proporciona rehabilitación física y psicomotora, terapia ambiental, en niños y adolescentes que padecen autismo.
 - Clínica de las emociones. Atiende a niños de 6 a 12 años, que son canalizados por alteraciones en el estado de ánimo, como problemas de ansiedad, fobias, depresión, ideación suicida.
 - Clínica de conducta. Se enfoca a atender niños de 6 a 12 años con Alteraciones de la Conducta como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
 - Clínica de la adolescencia. Se atiende a adolescentes de 12 a 17 años, que tienen problemas de estado de ánimo, conductuales o por la etapa de desarrollo.
 - Painavas. Se atienden niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso sexual.

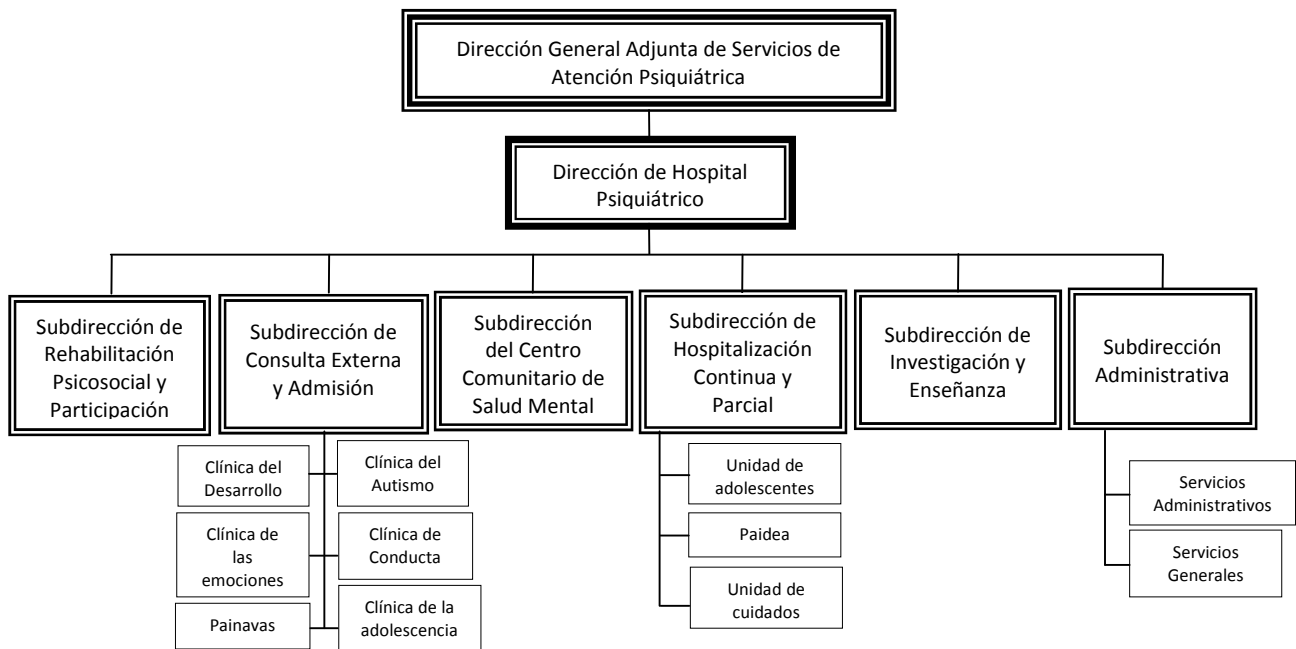


Figura 6. Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

El ingreso al hospital, se lleva a cabo mediante una evaluación realizada por un paidopsiquiatra. Este determina el nivel de urgencia y la modalidad de la atención, de la siguiente manera (ver figura 7):

- Consulta no urgente: a) Problemas de aprendizaje escolar, b) Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros, c) Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución.
- Atención urgente: a) Conducta agresiva incontrolable; b) Intento de suicidio reciente, días; c) Crisis de angustia; d) Intoxicación actual por drogas o medicamentos; e) Fallas graves de conducta que no pudieran ser controladas con la intervención de la familia.

De esta manera los pacientes son canalizados a un servicio de consulta externa (atención no urgente) o a un servicio de hospitalización (atención urgente). El equipo interdisciplinario se encuentra involucrado en cualquiera de las dos modalidades de atención.

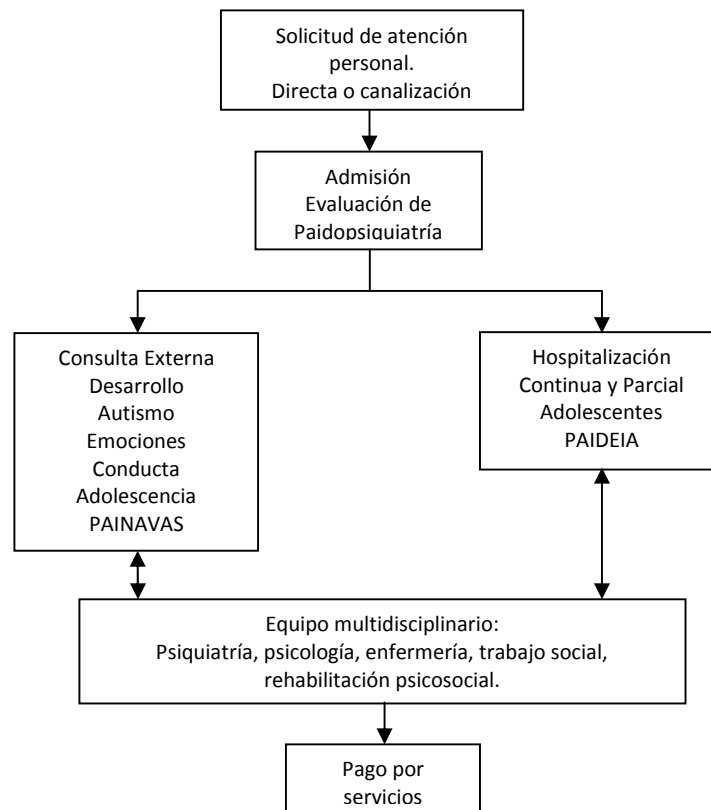


Figura 7. Diagrama del proceso de atención del hospital psiquiátrico.

El hospital trabaja con equipos multidisciplinarios tanto en la atención de consulta externa como en hospitalización. Dependiendo de las necesidades de cada paciente se canaliza a los siguientes servicios:

- Psiquiatría. Es la base del tratamiento en el hospital, el médico es quien dirige el plan a seguir con el paciente.

- Psicología. En esta área, se realizan psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, así como apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y preescolar. Dentro de la psicoterapia, se brinda: Análisis conductual, cognitivo-conductual, terapia individual, terapia de pareja y terapia familiar.
- Enfermería. Busca satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
- Trabajo Social. Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Realizan el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios del hospital.
- Rehabilitación Psicosocial. Proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, así como obtener y conservar un ambiente de vida satisfactorio, a través de actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

2.3. EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS DE TRABAJO CLÍNICO.

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

En el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” el trabajo consistió en participar en dos actividades primordialmente: Elaboración de preconsultas e intervención psicoterapéutica en terapia familiar sistémica. Adicionalmente, algunos de los residentes participaron en las actividades de prevención para la comunidad, mediante la implementación de los talleres elaborados en la materia de intervención comunitaria. Así como también, de manera personal trabajé en la gestión y organización de las familias para atención entre los miembros de la residencia. Lo que incluía supervisar la actualización de los expedientes, las altas y bajas correspondientes a la residencia en nuestra generación.

En cuanto a las actividades principales, la primera de ellas fue realizar preconsultas. Teniendo como fin detectar la necesidad del paciente y su canalización efectiva, éstas nos permitieron identificar de primera mano a los pacientes que requirieran de terapia familiar. De tal manera que el sistema terapéutico conociera las características de la situación desde su primer contacto con el centro.

La atención psicoterapéutica sistémica, consistió en la actividad principal dentro del centro. En ésta se brinda la atención necesaria a los pacientes canalizados en las preconsultas realizadas no solo por miembros de la residencia sino por el centro en general.

La formación como terapeuta familiar dentro de la residencia es principalmente en la modalidad de supervisión en vivo. En este sentido, la existencia de cámaras de Gesell dentro de las instalaciones del centro de servicios psicológicos, brinda las facilidades para ejercerla efectivamente.

En cuanto a organización, los modelos de terapia familiar supervisados en esta sede contaron con un sistema terapéutico integrado por: a) Una pareja de coterapeutas o un terapeuta que atendía a la familia, pareja o individuo; b) Un equipo terapéutico, que constaba de todos los demás miembros de la generación; c) Un supervisor, encargado de guiar el trabajo del sistema terapéutico. Estos dos últimos funcionaban detrás del espejo en la cámara de Gesell (ver figura 8).

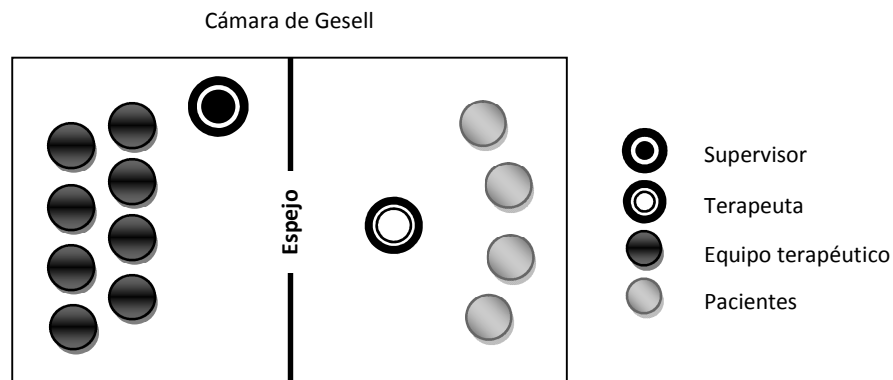


Figura 8. Distribución del espacio físico en la intervención psicoterapéutica en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

La población atendida por la Residencia en Terapia Familiar en esta sede fue de un total de 45 casos. De los cuales 14 (31%) fueron atendidos en coterapia y 31 (69%) por un terapeuta individual. El modelo en el cual se supervisaron tuvo la siguiente distribución:

MODELO	Número de Casos	%
Modelo Estratégico	6	13
Modelo del MRI	12	27
Modelo de Milán	7	16
Modelo de Soluciones y Terapias Posmodernas	6	13
Integración de Modelos	14	31
Total	45	100

Tabla 1. Número y porcentaje de casos supervisados por modelo en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

El modelo sistémico que sustenta el trabajo familiar, permitió incluir la atención de individuos o parejas con dificultades familiares y no solo la atención de familias completas. De los 45 procesos terapéuticos, 23 (51%) se atendieron de manera individual, 13 (29%) en pareja y 9 (20%) de ellos de manera familiar. Estos últimos teniendo configuración de participantes diferente en algunas sesiones, por ejemplo sesiones de pareja, de padres hijos, hermanos o la familia en pleno.

Las principales problemáticas que presentaban los individuos y sus familias en el centro de servicios psicológicos fueron:

PROBLEMÁTICA	Número de Casos	%
Conflictos en la relación de pareja (Sexualidad, infidelidad, comunicación, toma de decisiones, celos, desconfianza).	22	49
Conflictos en la relación padres e hijos (Establecimiento de límites, control de conducta, estilos de crianza, comunicación, posible abuso de sustancias).	8	18
Problema considerado personal (Depresión, dificultades en las relaciones interpersonales, dificultad en la toma de decisiones, control de enojo).	6	13
Procesos de duelo (Separación de la pareja, muerte de un familiar).	5	11
Violencia intrafamiliar o de pareja.	4	9
Total	45	100

Tabla 2. Número y porcentaje de casos de acuerdo a problemática de inicio de proceso terapéutico en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Adicionalmente a las problemáticas principales, se identificaron otros problemas en 11 familias, que aunque eran inherentes a las dificultades iniciales, para las personas, éstos eran considerados como secundarios:

PROBLEMÁTICA	Número de Casos	%
Problema personal agregado (Depresión, agresión, ansiedad, dificultades en el proyecto de vida).	5	45
Problema interpersonal agregado (Dificultades con la pareja, control de conducta de los hijos).	6	55
Total	11	100

Tabla 3. Número y porcentaje de casos de acuerdo a problemática adicional en el proceso terapéutico en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

En la siguiente tabla, especifico los casos en los que participé como terapeuta o coterapeuta y sus características principales:

Modelo	Atención	Terapia	Problemática	Sesiones	Status Final
Milán	Terapeuta	Familiar	Conflictos en la relación de pareja. Infidelidad, hijos involucrados	19	Alta Objetivos cumplidos con cambios significativos.
Integración de Modelos	Terapeuta	Individual	Violencia intrafamiliar y de pareja.	10	Baja Debido a inasistencias. Argumentó dificultades económicas. Objetivos parcialmente cumplidos con cambios significativos.
Estratégico	Coterapeuta	Pareja	Conflictos en la relación padres e hijos. Estilos de crianza.	8	Alta Objetivos cumplidos con cambios significativos.
MRI	Coterapeuta	Individual	Conflictos en la relación de pareja. Comunicación, desconfianza.	6	Baja Debido a inasistencias. Argumentó dificultades de horario. Objetivos parcialmente cumplidos con cambios significativos.

Tabla 4. Casos atendidos personalmente y sus características en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

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

En el centro comunitario se realizó intervención psicoterapéutica en terapia familiar sistémica. El trabajo terapéutico se basó en poner en práctica un modelo integral sistémico, en el que se utilizaron técnicas de intervención de los diferentes modelos. Las cuales se adecuaban a las características de los pacientes, esta forma de intervención permitió que los pacientes llegaran a sus objetivos terapéuticos de una manera gradual. De igual manera, esto permitió incluir la atención de individuos o parejas con dificultades familiares y no solo la atención de familias completas.

Se trabajó en dos fases. En la primera de ellas se realizó supervisión en vivo, en la que hubo un sistema terapéutico integrado por: a) Una pareja de coterapeutas que atendió a la familia, pareja o individuo; b) Un equipo terapéutico, que constaba de todos los demás miembros de la generación; c) Un supervisor, encargado de guiar el trabajo del sistema terapéutico. Estos dos últimos funcionaban en otra aula y tenían acceso a las sesiones mediante un sistema de circuito cerrado (ver figura 8).

En la segunda fase, se llevó a cabo supervisión narrada y el sistema terapéutico estaba integrado por: a) Un terapeuta, que atendió a la familia, pareja o individuo; b) supervisor encargado de guiar el trabajo del sistema terapéutico. En esta modalidad, había supervisiones narradas periódicas establecidas en las que se abordaban los avances o las posibles dificultades (ver figura 9).

En ambas fases, el contacto con los pacientes se hacía desde un inicio, ya que el terapeuta se encargaba de ofrecer un espacio. Así como también el terapeuta se encargaba de darle seguimiento y asentararlo en el expediente correspondiente.

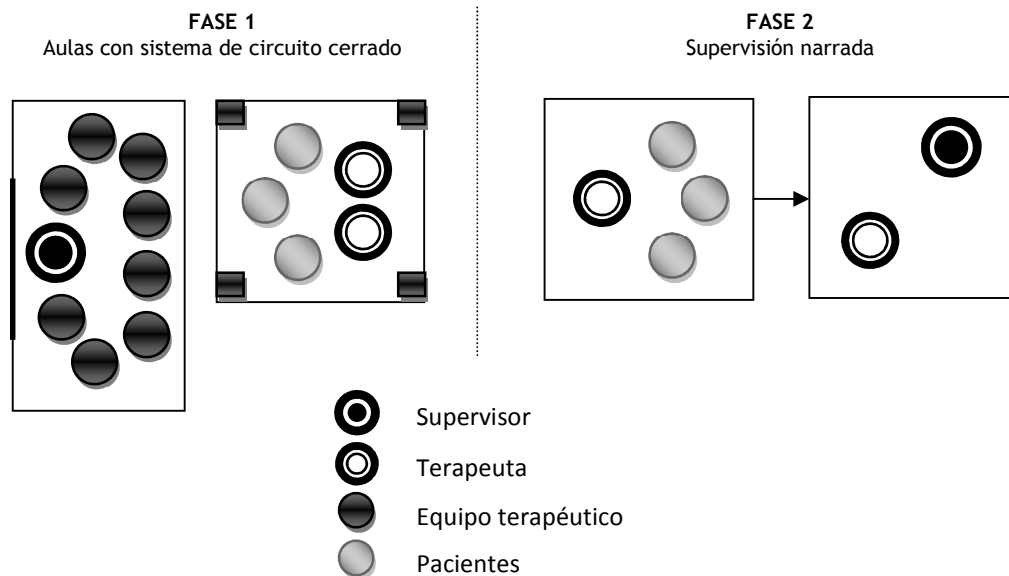


Figura 9. Distribución del espacio físico en la intervención psicoterapéutica en el centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

La población atendida por la Residencia en Terapia Familiar en esta sede fue de un total de 19 casos. De los cuales 7 (37%) fueron atendidos en coterapia y 12 (63%) por un terapeuta individual. La supervisión fue del modelo estructural con 4 casos (21%) e integración de modelos con 15 casos (79%). En esta sede, también se tuvo la posibilidad de incluir en la atención a individuos o parejas con dificultades familiares y no solo a familias completas.

Las principales problemáticas que presentaban los individuos y sus familias en el centro comunitario fueron:

PROBLEMÁTICA	Número de Casos	%
Conflictos en la relación de pareja (Sexualidad, infidelidad, comunicación, espacio personal).	6	32
Conflictos en la relación padres e hijos (Establecimiento de límites, control de conducta, estilos de crianza, comunicación, distanciamiento).	6	32
Problema considerado personal (Baja autoestima, depresión, dificultad en las relaciones interpersonales).	4	21
Violencia intrafamiliar o de pareja.	2	10
Procesos de duelo (Separación de la pareja).	1	5
Total	19	100

Tabla 5. Número y porcentaje de casos de acuerdo a problemática de inicio de proceso terapéutico en el centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

En esta población (9 casos) también se identificaron problemáticas adicionales a las principales consideradas importantes, aunque para las personas eran consideradas como secundarias:

PROBLEMÁTICA	Número de Casos	%
Problema interpersonal agregado (Pareja, educación de los hijos).	5	56
Problema personal agregado (Soledad, estrés, abandono).	4	44
Total	9	100

Tabla 6. Número y porcentaje de casos de acuerdo a problemática adicional en el proceso terapéutico en el centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

En la siguiente tabla, especifico los casos en los que participé en esta sede como terapeuta o coterapeuta y sus características principales:

Modelo	Atención	Terapia	Problemática	Sesiones	Status Final
Integración de Modelos	Coterapeuta	Individual	Conflictos en la relación de pareja. Sexualidad, comunicación.	20	Alta Objetivos parcialmente cumplidos con cambios significativos.
Integración de Modelos	Terapeuta	Familiar	Conflictos en la relación padres e hijos. Establecimiento de límites, distanciamiento.	15	Baja Debido a inasistencias. Se desconoce motivo de abandono, imposible contactar. Objetivos parcialmente cumplidos con cambios significativos.
Estructural	Coterapeuta	Familiar	Conflictos en la relación padres e hijos. Comunicación, distanciamiento.	2	Baja Argumentan dificultades de salud en familia de origen. No iniciaron proceso.

Tabla 7. Casos atendidos personalmente y sus características en el centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

En el hospital psiquiátrico se realizó intervención psicoterapéutica en terapia familiar sistémica. En esta sede se trabajo en parejas de coterapia con un supervisor a cargo. La supervisión tenía dos modalidades, aunque en su mayoría era de manera narrada, en algunas otras ocasiones el supervisor participaba en la sesión (ver figura 10).

Debido a las limitaciones en cuanto al espacio físico, la atención a los pacientes de la residencia se llevó a cabo principalmente en los jardines aledaños al área, aunque algunas veces tuvieron lugar en aulas y consultorios. En el jardín el espacio terapéutico estaba delimitado por la organización de las sillas (ver figura 10).

Los pacientes son canalizados de las diversas clínicas a las que pertenecen, una vez canalizados al área de terapia familiar, era el supervisor quien asignaba la atención a una pareja de coterapeutas. El trabajo involucraba la intervención terapéutica, así como mantener actualizados los expedientes pertenecientes al área y al archivo general del hospital.

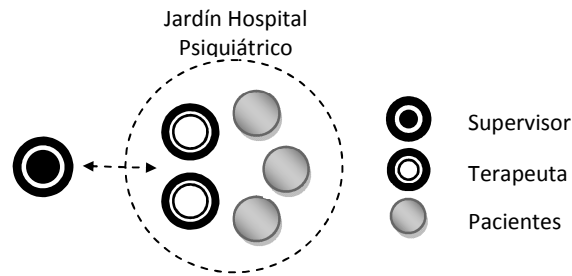


Figura 10. Distribución del espacio físico en la intervención psicoterapéutica en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

La población atendida por la Residencia en Terapia Familiar en esta sede fue de un total de 40 casos. Los cuales fueron atendidos en su totalidad en coterapia. La supervisión se orientó a la integración de modelos en el 100% de los casos. En esta sede, generalmente se trabajó con más de un miembro de la familia, lo que se relaciona con las características de la población, ya que a ella acuden los chicos acompañados de un familiar.

Las principales problemáticas que presentaban los individuos y sus familias en el hospital psiquiátrico fueron:

PROBLEMÁTICA	Número de Casos	%
Conflictos en la relación padres e hijos (Establecimiento de límites, control de conducta, estilos de crianza).	18	45
Problema personal (TDAH, enuresis, intento de suicidio, anorexia, bulimia, ansiedad, psicomotricidad, crisis de pánico, dificultad en las relaciones interpersonales, adicciones).	14	35
Violencia intrafamiliar o de pareja.	4	10
Conflictos entre hermanos.	3	8
Conflictos en la relación de pareja (Comunicación, establecimiento de acuerdos).	1	2
Total	40	100

Tabla 8. Número y porcentaje de casos de acuerdo a problemática de inicio de proceso terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

En esta población, en 22 de los 40 casos se identificaron problemáticas adicionales a las principales, aunque para las personas eran consideradas como secundarias:

PROBLEMÁTICA	Número de Casos	%
Problema personal agregado (Dificultades en control de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias, duelo, ideación suicida, enfermedad crónica).	12	55
Problema interpersonal agregado (Pareja, hermanos, control de conducta de los hijos).	10	45
Total	22	100

Tabla 9. Número y porcentaje de casos de acuerdo a problemática adicional en el proceso terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

En la siguiente tabla, especifico los casos en los que participé en esta sede como coterapeuta y sus principales características:

Modelo	Atención	Terapia	Problemática	Sesiones	Status Final
Integración de Modelos	Coterapeuta	Familiar	Problema personal. TDAH, enuresis. Conflictos con hermana.	33	Alta Objetivos cumplidos con cambios significativos.
Integración de Modelos	Coterapeuta	Familiar	Problema personal. Enuresis. Depresión y dificultades de control de conducta.	31	Alta Objetivos cumplidos con cambios significativos.
Integración de Modelos	Coterapeuta	Familiar	Conflictos entre hermanos.	10	Baja Debido a inasistencias. Se desconoce motivo de abandono, imposible contactar. Objetivos no cumplidos.
Integración de Modelos	Coterapeuta	Familiar	Conflictos en la relación padres e hijos. Establecimiento de límites, control de conducta.	10	Baja Debido a poco compromiso a la participación. Objetivos no cumplidos.
Integración de Modelos	Coterapeuta	Familiar	Conflictos en la relación padres e hijos. Establecimiento de límites, control de conducta. Conflictos en la relación de pareja.	8	Baja Debido a inasistencias. Argumentó dificultades de horario. Objetivos no cumplidos.
Integración de Modelos	Coterapeuta	Familiar	Conflictos en la relación padres e hijos. Establecimiento de límites, control de conducta.	8	Baja Debido a inasistencias. Se desconoce motivo de abandono, imposible contactar. Objetivos no cumplidos.
Integración de Modelos	Coterapeuta	Pareja	Conflictos en la relación de pareja. Comunicación, establecimiento de acuerdos. Alcoholismo.	5	Baja Debido a inasistencias. Argumentan dificultades de horario. Objetivos no cumplidos.

Tabla 10. Casos atendidos personalmente y sus características en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

*“Más allá de la técnica está la sabiduría,
que es el conocimiento de la conexión
que une las cosas entre sí”
Minuchin, 1981.*

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

1.1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

El estudio de las familias es complejo, y éste se ha basado en una serie de fundamentos que nos ayudan a comprender, explicar e intervenir en los procesos familiares. Estos fundamentos son principalmente la teoría general de sistemas, la cibernética, la teoría pragmática de la comunicación humana, el constructivismo y el construccionismo social.

1.1.1. TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

Andolfi (1992), considera que la aplicación de la teoría de sistemas a diversas disciplinas ha sido de muchas y diversas formas, pero quizá el uso más extenso dado a ésta, es en el estudio de familias y su patología. Desde esta perspectiva, los estudios no se centran en el tratamiento de un individuo sino en la persona en el marco de su familia. La teoría de las familias con base en el sistema se sustenta en el hecho que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.

No puede considerarse al individuo, a la familia, o a la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales, como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo (Estrada, 1996).

Como lo plantea Bronfenbrenner (1987) los individuos están incluidos en cuatro sistemas desde un modelo ecológico sistémico: Microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Ver capítulo 1), por lo que es necesario entender la aportación de la Teoría General de Sistemas a la Terapia Familiar.

La Teoría General de Sistemas estudia las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, independientemente de su constitución material. Ésta surge como una construcción científica que representa un panorama de la realidad, que contempla la integración y unificación de varios enfoques en la totalidad y organización.

Según Simon, Stierlin y Wynne (1988) un sistema es un conjunto de elementos en interrelación entre ellos mismos y con el ambiente. Además cuenta con las siguientes características:

- *Totalidad:* Se refiere a que un sistema no es la suma de sus partes, sino un todo inseparable y coherente, donde cada uno de sus elementos está relacionado con los demás, de manera que un cambio en uno de ellos genera un cambio en todos los demás y en el sistema total (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).
- *No sumatividad:* Un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes (Watzlawick et al., 1991).
- *Retroalimentación y control:* Los sistemas son controlados por un circuito que devuelve al sistema parte de sus salidas en forma de entradas. Una vez establecido el circuito, el sistema mantiene un patrón de conducta determinado por uno de dos posibles tipos de retroalimentación. La retroalimentación negativa opera para mantener la estabilidad del sistema y corregir cualquier desviación (de origen interno o externo), de las conductas controladas por este mecanismo. Un ejemplo de este tipo de retroalimentación en la familia se da cuando se trata de corregir las desviaciones de alguno de sus miembros de las reglas y valores familiares. Por otro lado, la retroalimentación positiva, es un mecanismo que amplifica la desviación, conlleva la pérdida de la estabilidad y favorece el cambio. Un ejemplo de este proceso en las familias es la capacidad de innovar o crear nuevas estrategias de resolver problemas ante situaciones nuevas o difíciles (Gracia y Musitu, 2000).
- *Circularidad:* La causalidad circular o recurrencia implica que en un sistema las causas y los efectos tienen la posibilidad de regresar a su punto de partida inicial, es decir, que los elementos en interacción de un sistema se influyen mutuamente. Este concepto implica que en un sistema como la familia, la acción de un miembro influye sobre las acciones de otro miembro, que por su parte también influye sobre el primero. Esta perspectiva es distinta a la causalidad lineal, desde la cual se considera que sólo una persona le hace algo a otra, en una secuencia de causa-efecto (Watzlawick et al., 1991).
- *Estructura:* Se refiere a la totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, la estructura podrá cambiar o permanecer estática (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

- *Equipfinalidad y equipotencialidad*: Cuando se observa un sistema, no se puede hacer una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen necesariamente los mismos efectos (equipotencialidad) y los mismos efectos no tienen por qué haber partido de las mismas condiciones iniciales (equipfinalidad) (Simon et al., 1988).
- *Límites*: En los sistemas existen límites que delimitan los elementos que pertenecen al sistema y aquellos que pertenecen a su ambiente. Los límites de un sistema en particular pueden caracterizarse como más o menos cerrados en función de su relativa permeabilidad, o el grado en que permite o impide el flujo de materia, energía o información entre el sistema y su ambiente (Gracia et al., 2000).
- *Jerarquía*: Los sistemas como la familia, se organizan jerárquicamente en subsistemas más pequeños y a la vez están inmersos en sistemas más amplios o suprasistemas (Gracia et al., 2000).
- *Entropía y negentropía*: Un proceso dinámico de los sistemas se establece entre estas propiedades. La entropía se refiere al grado de desorganización o desorden dentro de un sistema, mientras que la negentropía hace alusión al orden dentro del sistema. Este último concepto se utiliza para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje, e implica que un sistema como la familia aumentará su capacidad de organización a través de la adquisición de conocimientos e información (Simon et al., 1988).
- *Redundancia*: Se refiere a la repetición de conductas dentro de un sistema con regularidad, lo que permite establecer una estructura dentro de un contexto temporal. En una familia, la redundancia sirve para reducir la entropía y facilitar la transmisión de información entre sus miembros, además de que genera reglas interaccionales (Simon et al., 1988).

Debido a lo anterior, las familias pueden conceptualizarse como sistemas porque poseen las siguientes características (Gracia et al., 2000; Sánchez y Gutiérrez, 2000):

- La familia constituye un sistema abierto, en la que existe interacción continua entre sus miembros, así como de estos con el exterior, ya que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico y el social.
- Un sistema familiar es una unidad organizada a través de reglas propias, las cuales autogobiernan al sistema y lo estructuran jerárquicamente, para mantener y regular las relaciones entre los miembros de la familia y de ésta con su entorno.

- Los patrones que rigen a las familias son circulares no lineales, ya que se considera que la familia es un sistema de retroalimentación constante entre sus miembros.
- La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas, las cuales delimitan obligaciones y responsabilidades dependiendo de la generación, edad, sexo o función.
- Los miembros de una familia se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia y la conducta de uno afecta a los demás miembros.
- Las familias tienden a adaptarse y a mantenerse en equilibrio (homeostasis), ya que tratan de responder adecuadamente a las circunstancias. Por lo tanto, las familias se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
- Las familias tienen límites permeables que las distinguen de otros grupos sociales.
- Como lo plantea el ciclo vital de la familia, las familias deben cumplir tareas para su mantenimiento.

1.1.2. CIBERNÉTICA.

Además de las aportaciones anteriores, es importante considerar a la cibernética, ya que esta se centra en el estudio del funcionamiento de los sistemas, y por lo tanto de las familias.

La cibernética es un campo interdisciplinario que contempla el ámbito de los procesos de control y de comunicación (retroalimentación) en los sistemas. Según Keeney (1991), la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, por lo que la cibernética se ocupa de todas las formas de conducta. La perspectiva de la cibernética se ha ido modificando a lo largo del tiempo, por lo que está también ha cambiado conforme las necesidades de aplicación lo han requerido. Se puede distinguir lo que es la cibernética de primer y de segundo orden.

La cibernética de primer orden o de los sistemas observados (Sánchez y Gutiérrez, 2000), contempla una perspectiva de observador-observado, donde el observador se mantiene en una pauta de interacción fuera de del sistema observado; el observador es un vigilante de un fenómeno a observar o modificar.

De acuerdo a lo anterior, en el contexto terapéutico, se refiere a la idea de que la familia (sistema observado) está separada del terapeuta (observador). En ella se hace uso del concepto de homeostasis familiar, el cual describe la interacción familiar como un

sistema cerrado de información donde las variaciones del comportamiento son retroalimentadas negativamente para corregir la respuesta del sistema. Esto implica que cuando una persona cambia en relación con otra, la otra actuará sobre la primera de forma tal que disminuya dicho cambio. A dicho proceso se le conoce como morfostasis (Hoffman, 1987). Así mismo, en la cibernética de primer orden, también se dio énfasis al proceso denominado morfogénesis (Sánchez y Gutiérrez, 2000), el cual se refiere a la forma en que las familias cambian su organización mediante retroalimentación positiva y el proceso de amplificación de la desviación. En este concepto se sustentan las estrategias terapéuticas orientadas a provocar crisis en el sistema familiar para obligarlo a modificar sus reglas y generar cambios.

Posteriormente, se consideró que la cibernética de primer orden presentaba limitaciones pragmáticas por pasar por alto al observador del sistema, por lo que puede sacar de contexto al sistema (Keeney, 1991). Es así como se abrió paso a la cibernética de segundo orden.

La cibernética de segundo orden es la llamada de los sistemas observantes, debido a que considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta. Es una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Procura adoptar una perspectiva según la cual tanto el sistema como el observador, se consideran parte de un sistema recursivo total. Es importante considerar que dentro de esta cibernética todas las descripciones son autorreferenciales (Keeney, 1991).

Esta visión de autorreferencia, implica reflexionar acerca de las consideraciones éticas sobre la manera en que participamos en la construcción y mantenimiento de nuestro universo de experiencia (Keeney, 1991). Es decir, se pasa desde un pensamiento bidireccional a un pensamiento sistémico, de la preocupación de las propiedades de lo observado al estudio de las propiedades del observador. Las propiedades del observador son esenciales a la hora de describir y conocer la realidad, en base a ella el observador va a conocerla y a darle características.

Por lo tanto, la cibernética de segundo orden implica que el terapeuta asuma una epistemología ecosistémica (Keeney, 1991), la cual establece que las conductas tanto del terapeuta como del cliente se influyen mutuamente, de manera que la retroalimentación recursiva que se establezca dentro del sistema familia-terapeuta es la que favorecerá o evitará el cambio.

La inclusión de la cibernética en la Terapia Familiar es fundamental, ya que el terapeuta al integrarse al sistema familiar, crea uno que incluye a la familia y al terapeuta. Desde el cual se pueden iniciar la observación y generación de cambios, propiciando así la introducción de nuevos elementos que posiblemente no se habían incluido anteriormente, y que se espera que lleven a la resolución de conflictos.

1.1.3. TEORÍA PRAGMÁTICA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.

Adicionalmente, la Terapia Familiar se desarrolló en paralelo con investigaciones que involucraban los aspectos comunicacionales. Por lo que un aspecto fundamental para ésta son los axiomas de comunicación postulados por Watzlawick, Beavin y Jackson (1991). Dichos axiomas pueden aplicarse a la psicoterapia, considerándolos como indicadores de posibles patologías relacionadas con las dificultades que presentan las familias.

Los axiomas son:

- a) *La imposibilidad de no comunicar.* Se refiere a que cualquier mensaje es una unidad comunicacional singular. En psicoterapia todos los elementos son importantes porque comunican y es necesario atender a todo lo que acontece en sesión, ya que esto proporciona información acerca del sistema familiar. En cuanto a la patología relacionada con este axioma es fundamental conocer las respuestas que se tienen ante las dificultades de comunicación, al aceptar, rechazar o descalificar la comunicación. Al parecer los síntomas que las familias presentan se encuentran en este nivel.
- b) *Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.* Al ingresar el terapeuta a un sistema, se vuelve partícipe de los aspectos de contenido y de relación dentro de la psicoterapia. Toda comunicación implica un compromiso y por ende define una relación. La comunicación no solo transmite información sino también al mismo tiempo impone conductas. Las patologías relacionadas, son: 1) los participantes están en desacuerdo en el nivel de contenido, pero ello no perturba su relación; 2) los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero no en el relacional; 3) confusión entre los aspectos de contenido y de relación, en donde se dificulta definir en que nivel se encuentra el conflicto; 4) situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.
- c) *La puntuación de la secuencia de hechos.* La comunicación que se da en una interacción dentro de una relación, puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, para quienes participan en ella, existe una puntuación de la secuencia de los hechos. Esta puntuación organiza los hechos de la conducta. Por lo anterior es muy frecuente que una diferencia en la puntuación de la secuencia de los hechos genere conflicto. En psicoterapia, se observa que existen los conflictos, por las diferentes puntuaciones que hacen los participantes dentro de la circularidad. La manera de resolverlos es haciendo uso de la metacomunicación para salir del círculo.

- d) *Comunicación digital y analógica.* Debido a que los seres humanos se comunican de estas dos maneras. Es necesario atender a toda la gama de lenguaje compuesta por estas dos partes. Es fundamental que en psicoterapia se tome en cuenta que el terapeuta también se comunica de ambas formas y esto tendrá también repercusiones en el proceso terapéutico. Generalmente la resolución de las dificultades en éste axioma es utilizando la metacomunicación, ya que se requiere de aclarar los errores de traducción entre el material analógico y digital.
- e) *Interacción simétrica y complementaria.* En psicoterapia es fundamental observar las interacciones, ya que también esta observación nos permite diseñar estrategias para intervenir. Como se ha observado es necesario tomar en cuenta estos dos patrones de interacción, los cuales están sustentados en relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. Como hemos visto la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria esta basada en un máximo de diferencia. Para el proceso terapéutico es fundamental un tercer tipo de relación, llamado metacomplementario, a veces es unos enfoques como fundamental para la realización de la terapia. Debido a que las dificultades se dan cuando no existe una alternancia mutua de estos procesos, en la psicoterapia se pueden observar: escalada simétrica o la complementariedad rígida; procesos que son susceptibles de intervención.

1.1.4. CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.

Para hablar de constructivismo y construccionismo social es necesario abordar el término de Posmodernidad, éste se utiliza para denominar tanto a una época histórica como a una corriente crítica sobretodo en las disciplinas sociales. La crítica posmoderna se refiere a un movimiento que cuestiona la naturaleza del conocimiento.

Esta corriente se ha encargado de señalar algunas de las limitaciones de la epistemología positivista para el estudio de la experiencia humana, ya que este enfatiza la observación externa para buscar patrones, lo que sirve para categorizar, predecir e intervenir en el comportamiento de los seres humanos.

En cambio el pensamiento posmoderno contempla que el conocimiento es una construcción social, es, decir este proceso está enmarcado en un momento histórico, un contexto, una cultura, el lenguaje, la experiencia y la comprensión. El conocimiento es local y se desarrolla en una comunidad de personas que participan activamente en su generación, dentro de un proceso relacional. Esto implica que pueda existir una pluralidad de verdades, abiertas a la reflexión crítica. La realidad que atribuimos a los eventos, las experiencias, las personas y nosotros mismos no existe en las

cosas o las personas, sino que es creada socialmente dentro de una cultura particular y es continuamente construida y reconstruida por medio del lenguaje (Anderson,2007).

La crítica posmoderna incluye diversas ideas de las epistemologías Constructivista y Socio-Construccionista. Algunas de estas ideas se relacionan con que el constructivismo propone que no hay forma de comprobar si “la realidad” es diferente a nuestra percepción de la realidad y que nuestra percepción tiene limitaciones estructurales (por ejemplo, lo que pueden percibir nuestros sentidos). Por su parte, el Construccionismo Social o Socioconstruccionismo enfatiza que construimos nuestra experiencia de la realidad a través del lenguaje y que vivimos inmersos en un contexto de lenguaje y significados.

Cabe mencionar, que la posmodernidad como una corriente filosófica, no ofrece un modelo sobre la psicoterapia, sino que nos ubica en una postura crítica, la cual nos invita a reflexionar sobre nuestras teorías y prácticas.

No obstante, al tomar en cuenta a la posmodernidad, la psicoterapia familiar ha evolucionado (Elkaïm, 1994) al cuestionar algunos de los paradigmas terapéuticos centrados en la postura de la modernidad. Es así como se han desarrollado nuevas formas de acercamiento terapéutico, en los que las realidades no son únicas y universales y que por tanto no existe una forma única de resolver una situación determinada, ya que hay diversas formas de entender las conductas, los eventos, los problemas.

De tal forma, que esta postura ha abierto camino hacia la creación de realidades terapéuticas lejanas a la manipulación, el manejo del poder y los convencionalismos sociales para la resolución de problemas. Algunos autores, como Goolishian y Anderson (Elkaïm, 1994) prefieren hablar de narraciones y no de sistemas. En donde el terapeuta participa, en un proceso de interrogar al otro, propiciando el cambio.

Es así, como a manera de cibernética de segundo orden, la crítica posmoderna cuestiona el papel del psicólogo como participe activo de la relación terapéutica, considerando la presencia de los sesgos culturales e idiosincrásicos en las relaciones. Así como también prepondera el papel del lenguaje en las mismas, al incluir el paradigma narrativo -vivimos nuestras vidas como historias o narraciones- y la posibilidad de modificarlas a través del éste.

Considero que en la actualidad, la práctica psicoterapéutica ha encontrado en la complementariedad de las terapias orientadas sistémicamente y las terapias postmodernas, una posibilidad de intervenir eficaz y oportunamente en las problemáticas que enfrentan las familias. La diversidad de ópticas promueve la utilización de intervenciones que se adecuen a cada dificultad, logrando que las familias estén satisfechas de los resultados.

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

1.2.1. MODELO ESTRUCTURAL.

ORIGEN Y ANTECEDENTES

El modelo estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin, con las contribuciones de Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman (Eguiluz, 2004).

Minuchin es médico psiquiatra, nacido en Argentina. Emigró a los Estados Unidos a principios de los años sesenta. A partir de su práctica clínica y su contacto con la teoría sistémica, planteó formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de este país y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Eguiluz, 2004). Debido a que las poblaciones con quienes trabajaba tenían limitaciones del lenguaje (debido a la migración), las intervenciones terapéuticas debían ser concretas y con acciones orientadas, en lugar de abstractas y verbales. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El modelo está basado en la teoría general de los sistemas, en donde la familia es considerada como un sistema formado por la agrupación de subsistemas que interactúan como un todo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Minuchin desarrolló este modelo, como director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, centrándose en la estructura familiar, postulando que los procesos de los sistemas familiares se reflejan en sus estructuras (Ochoa de Alda, 1995).

PREMISAS BÁSICAS

- ❖ La terapia estructural es considerada una terapia de acción, ya que está dirigida a lograr cambios que se reflejan en lo que la familia vive cotidianamente. La perspectiva de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado (Minuchin, 1979).
- ❖ Ésta terapia busca reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- ❖ Trata de modificar la organización de la familia. Postula que cuando se transforma la estructura de la familia, lo que implica cambios en límites, roles y jerarquías; se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros del grupo (Minuchin, 1979).

- ❖ El esquema de funcionamiento familiar, toma en cuenta que este sistema opera dentro de contextos sociales específicos y que tiene tres componentes: 1) la estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación; 2) la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de cierto número de etapas que exigen una reestructuración; 3) la familia se adapta a las circunstancias cambiantes manteniendo una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada individuo (Minuchin, 1979).

CONCEPTOS BÁSICOS

Estructura Familiar: Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una estructura familiar funcional debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian; debe responder a cambios internos y externos (Minuchin, 1979).

Pautas Transaccionales: Son las transacciones repetidas que establecen pautas acerca de que manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1979).

Sistema Terapéutico: Se establece en el momento en que la familia expresa una demanda de tratamiento. Se le llama así ya que se establece al ingresar el terapeuta en el sistema familiar que lo demanda. Generalmente la formación del sistema terapéutico está constituido por el acuerdo en relación con un contrato terapéutico, en el que la familia y el terapeuta deben lograr un acuerdo en la naturaleza del problema y los objetivos del cambio terapéutico (Minuchin, 1979). Es necesario diferenciar que dentro del sistema terapéutico se opera la estructura familiar dada en él producto de las funciones de coparticipación, unión y acomodación por parte del terapeuta; que es distinta a la que se presenta en la familia cuando el terapeuta no está en el sistema.

Cambio Terapéutico: Se produce a través del proceso de asociación con la familia y la reestructuración de ésta es una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales. La estructura familiar inmediatamente accesible al terapeuta es la disfuncional, ya que cuando una familia acude en demanda de tratamiento presenta sus aspectos más disfuncionales porque es lo que considera pertinente (Minuchin, 1979). A diferencia del término de cambio, que es aquel que ocurre en todo sistema familiar se encuentre o no en un proceso terapéutico; el cambio terapéutico generalmente se establece en el contrato terapéutico.

Subsistemas: Es la manera en que se diferencia y desempeña sus funciones el sistema familiar. Pueden ser formados por generación, sexo, interés o función (Minuchin, 1979). Generalmente se dividen en: a) subsistema conyugal, b) subsistema parental y c) subsistema fraterno (Minuchin, 1979). Debido a los cambios que en últimas décadas han tenido las familias, es importante considerar que en la actualidad los subsistemas antes mencionados, tal vez no se constituyan de esta manera. Por lo que es fundamental dar

más peso a contemplar los límites, roles y jerarquías dadas en estos sistemas familiares como indicadores del funcionamiento familiar.

Límites: Estos están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones y a la vez permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros (Minuchin, 1979).

Roles: Estos se refieren a las funciones que desempeñan cada uno de los miembros de los miembros de la familia, y que le a la vez les dan una posición dentro de ella (Eguiluz, 2004).

Jerarquías: Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto al otro. Define la función de poder y sus estructuras en las familias (Eguiluz, 2004).

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

1. Coparticipación. Para el terapeuta es fundamental acercarse y conocer las particularidades del sistema; lo que le permitirá intervenir y generar una hipótesis inicial útil (Minuchin y Fishman, 1981).

2. Unión y acomodación. Están orientadas a garantizar el retorno de la familia a la sesión siguiente, así como también sirven como estrategia de reestructuración (Minuchin, 1979): Las técnicas son el mantenimiento, el rastreo y el mimetismo.

3. Evaluación de las transacciones de la familia. Enfocada en seis áreas fundamentales (Minuchin, 1979):

- a) La estructura de la familia (pautas transaccionales preferibles y alternativas posibles);
- b) La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración;
- c) La resonancia del sistema familiar;
- d) El contexto de vida de la familia, analizando fuentes de apoyo y estrés;
- e) El estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas;
- f) Las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

4. Operaciones Reestructurantes (Minuchin, 1979). Son útiles para reestructurar el sistema familiar:

- a) Señalamiento de los límites;
- b) Intensificación del estrés;
- c) Asignación de tareas;

- d) Utilización de los síntomas;
- e) Manipulación del humor;
- f) Apoyo, educación o guía.

5. Cuestionamiento de los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar:

- a) *Cuestionamiento del síntoma.* Cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. Busca modificar o reencuadrar, moviendo a la familia a buscar respuestas diferentes.
- b) *Cuestionamiento de la estructura familiar.* El cuestionamiento de las reglas y la demarcación de los papeles y funciones de los miembros de la familia, amplía su repertorio de comportamiento.
- c) *Cuestionamiento de la realidad familiar.* Se cuestiona el conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. El terapeuta reencuadra la realidad conflictiva y estereotipada de la familia.

6. Reencuadre. Las familias poseen un cuadro dinámico que se ha formado en su historia y que encuadra su identidad de organismo social. Las técnicas son:

- a) *Escenificación.* Pretende que los miembros de la familia interactúen en la sesión, lo que desencadenará las secuencias que escapan de su control. Generalmente se construyen secuencias interpersonales en que se ponen a escena interacciones disfuncionales. Estas son observadas, organizadas, y cambiadas al proponer nuevas modalidades de interacción.
- b) *Enfoque.* Su objetivo es encuadrar una conducta como parte de la interacción familiar, ayudando a los miembros de la familia a reconocer la importancia de sus conductas y cómo éstas repercuten en todo el sistema. Se escogen ciertos elementos de la interacción de la familia y se organizan de manera que armonicen con la estrategia terapéutica.
- c) *Intensidad.* Se utiliza cuando el terapeuta necesita hacer que la familia “oiga” lo que se le desea decir. Sus modalidades son: 1) Repetición del mensaje, 2) Repetición de interacciones isomórficas; 3) Modificación del tiempo; 4) Cambio de la distancia; y 5) Resistencia a la presión de la familia.

7. Reestructuración. Se cuestionan los subsistemas familiares, el “así se hacen las cosas” de la familia, derivado de todas las interacciones. Las técnicas son:

- a) *Fronteras.* Apunta a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un subsistema significativo. Está orientada a trazar la distancia psicológica y hacer señalamientos; además se ocupa de establecer la duración de las Interacciones, al extender o alargar un proceso, remarcar subsistemas o separarlos, etc.
- b) *Desequilibramiento.* Su meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. Lo hace mediante el establecimiento de alianzas o coaliciones, o bien mediante ignorar a un miembro de la familia.

- c) *Complementariedad*. Esta contempla al sí mismo como un todo y al mismo tiempo como parte de un todo. Los miembros de la familia vivencian su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. Se hace 1) cuestionando el problema, es decir, la existencia de un paciente individualizado con independencia del contexto; 2) cuestionando el control lineal, acerca de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar; y 3) cuestionando el modo de recortar los sucesos, al encuadrar la conducta individual como parte de un todo más vasto.

8. Realidades. Las familias tienen un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. El terapeuta presenta algunos de los diferentes universos parciales que están fuera de su núcleo. Lo hace a través de:

- a) *Construcciones*. Se cuestiona el esquema de organización, para alcanzar nuevas modalidades de interacción. Lo hace a través del 1) uso de símbolos universales, apoyando las intervenciones en un acuerdo que rebase el ámbito de la familia; 2) uso de las verdades familiares, al utilizar las mismas justificaciones, cultura y tradiciones de la familia; y 3) uso del consejo profesional, presentando una explicación apoyada en la experiencia o conocimiento del terapeuta.
- b) *Paradojas*. Debido a que las familias piden que el síntoma se modifique, pero sin cambiar el sistema, las paradojas sirven para conectar el síntoma con el sistema de tal manera que resulte imposible modificar el uno sin hacerlo con el otro. Se realiza mediante: 1) Intervenciones directas, basadas en la aceptación, 2) Intervenciones paradójicas, basadas en el desafío, 3) Intervenciones, basadas en la aceptación y el desafío.
- c) *Lados Fuertes*. Cada familia posee elementos que se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. Toda familia tiene elementos positivos. El sondeo de los lados fuertes es esencial para combatir disfunciones de la familia. El propósito terapéutico, es cambiar la posición del miembro señalado dentro de su familia, para cambiar su funcionamiento.

CONSIDERACIONES FINALES

Se ha reconocido al modelo estructural, como sumamente aplicable debido a que sus técnicas son consideradas sencillas y claras. Además pueden ser empleadas en cualquier contexto familiar y social. Este enfoque brinda una señalización de lo esencial dentro de la organización de la estructura de la familia para su tratamiento (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Algo fundamental dentro del modelo estructural es que se reconoce y acepta la interacción del terapeuta en el sistema familiar para motivar el cambio, para convertir el sistema familiar en un sistema familia-terapeuta. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

A diferencia de otros enfoques en terapia sistémica, el modelo estructural pone énfasis en los elementos que componen a los sistemas, constituyéndolos como unidades observación. Los límites, los roles y las jerarquías son apreciables en el sistema terapéutico, por lo tanto susceptibles a cambios observables orientados a la funcionalidad de las familias. El considerar a las familias como integradas por subsistemas, proporciona la ventaja de hacer una evaluación diferenciada entre los individuos que componen el sistema familiar y su relación con otros, tomando en cuenta el ciclo vital tanto individual como familiar.

Para la evaluación estructural es fundamental que el terapeuta atienda el momento evolutivo de las familias, ya que considera encuadrar los síntomas dentro del ciclo vital de la familia tomando en cuenta el estrés provocado por estas transiciones (Ochoa de Alda, 1995). Atender a los procesos vitales de los individuos y de las familias es fundamental, ya que estos se relacionan íntimamente con la manera en que los elementos estructurales de las familias (límites, roles y jerarquías) se están manifestando.

También es importante considerar que para el modelo estructural, si se toman en cuenta los conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad (Ochoa de Alda, 1995). Al tomar en cuenta las variables estructurales: los límites, las jerarquías, los roles; realiza una evaluación orientada al mejoramiento del funcionamiento familiar. Por lo anterior, considera que existen funcionamientos particulares adecuados, lo que a veces para otros enfoques ha resultado criticable.

Finalmente, es importante considerar la transformación que las familias han sufrido en los últimos años. Este modelo se desarrolló en una época en que las familias eran estereotipadamente constituidas por padre, madre e hijos. En la actualidad, es necesario adaptar estos modelos orientados a la funcionalidad familiar a los nuevos retos que enfrentan las nuevas familias en esta sociedad, por ejemplo: madres o padres solteros, familias de tres generaciones, familias derivadas de las sociedades de convivencia, familias con hijos adoptivos, familias reconstituidas, familias con parejas homosexuales, etc. En donde los límites, roles y jerarquías tan nombrados en el modelo estructural, contemplan las tareas que las familias deben cumplir y no a cánones preestablecidos que determinan lo que las familias deberían ser.

Como terapeutas pienso que es fundamental reflexionar acerca de la forma en que este modelo se deba adecuar a las necesidades que estamos enfrentando como sociedad. Haciendo hincapié en que lo principal es que las familias tengan una estructura viable que les permita desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación a la vez de proporcionar un sentimiento de pertenencia a sus integrantes.

1.2.2. MODELO ESTRATÉGICO.

ORIGEN Y ANTECEDENTES

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madanés. Jay Haley acuñó el término estratégico para referirse a este tipo de terapia (Galicia, 2004), posteriormente Madanés se unió a su trabajo y ambos desarrollaron el enfoque de terapia familiar estratégica, muy influido por la terapia de Milton Erickson. Así como también se pusieron al frente del instituto de terapia familiar de Washington (Ochoa de Alda, 1995).

Se considera que la terapia estratégica tiene influencia de la terapia de Milton Erickson, ya que esta retoma varios de los conceptos y técnicas que Erickson consideró en su trabajo terapéutico. Al igual que la hipnosis, la terapia estratégica, considera el establecimiento de una relación que consiste en una conversación entre dos individuos, uno de los cuales intenta provocar cambios en el otro (Haley, 1989), con la finalidad de producir cambios los procesos cognitivos, psicofisiológicos, perceptuales y conductuales.

Haley (1989) retomó algunas de las técnicas postuladas por Erickson, para su utilización en el enfoque estratégico, como son: Ofrecimiento de una alternativa peor, cambio mediante comunicaciones metafóricas, aliento de la recaída, el empleo del espacio y la posición, énfasis en lo positivo, siembra de ideas, ampliación de una desviación, consideración del ciclo vital de la familia.

Otro antecedente el enfoque estratégico es que para explicarlo, Haley (1989) lo definió como comunicacional, es decir, centrado en la relación entre dos o más personas. Para lo cual tomó en cuenta algunos aspectos de la teoría de la comunicación de Watzlawick, (axiomas de comunicación: definición de la relación simétrica y complementaria, respuesta a los mensajes y paradojas).

PREMISAS BÁSICAS

- ❖ Es una terapia en la cual el terapeuta inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas (Haley, 1983).
- ❖ El terapeuta se encarga de identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, examinar las respuestas y evaluar los resultados. Para lo anterior se requiere de centrar la terapia en el contexto social de la situación del cliente (Haley, 1983).
- ❖ El terapeuta deberá establecer una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos, el énfasis no recae en una estrategia que se aplique a todos los problemas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- ❖ La lucha por el poder es la medula del conflicto entre los miembros de la familia, ya que sus miembros se encuentran enzarzados entre sí, y los síntomas de un individuo

pueden interpretarse como expresiones metafóricas que describen sus relaciones actuales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

CONCEPTOS BÁSICOS

Jerarquía: La organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, de diferentes ingresos, etc. Lo que se relaciona con las múltiples funciones de la familia. La jerarquía más elemental involucra un límite generacional. Sea cual fuere el ordenamiento adoptado, toda familia debe organizarse jerárquicamente, elaborando reglas sobre quienes tendrán más status y poder y quienes ocuparán un nivel secundario (Haley, 1988).

Conducta Sintomática: Haley (1988) manifiesta que es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha del poder entre sus miembros. Inclusive se le puede considerar como una conducta adaptativa, como actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales (Ochoa de Alda, 1995).

Queja: Es el resultado de la interrelación entre diversos individuos, interrelación que está compuesta por una serie de actos y comportamientos que se encuentran estereotipados o “cristalizados” (Haley, 1988).

Cambio Terapéutico: La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema conductual (Ochoa de Alda, 1995).

Sistema Patológico: Es aquel que se muestra en una secuencia rígida y repetitiva en los actos reiterados, es decir, que existe poca diversificación. (Haley, 1988). Además de que se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática (Ochoa de Alda, 1995).

Formulación del Problema: Es necesario definir el problema para poder resolverlo. La terapia es exitosa cuando soluciona la queja o problema del cliente (Galicía, 2004).

Unidad de intervención: Todos aquellos que se encuentran involucrados en el problema, incluyendo a personas ajenas al sistema familiar, como profesionales o personas que se encuentran dentro del entorno social (Galicía, 2004).

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Generales

1. Primera Entrevista. Haley (1988), considera que es fundamental en el tratamiento y la divide de la siguiente manera:

- a) *Etapa Social.* Todos los miembros de la familia deben participar en todas las etapas de la entrevista.
- b) *Etapa de Planteo del Problema.* Es necesario extraer una formulación más concreta y detallada del problema. A fin de utilizar lo expuesto para comprobar los resultados y determinar si la terapia ha tenido éxito.
- c) *Etapa de Interacción.* Para averiguar cuál es el problema se procede en dos etapas. 1) Recabar la opinión de todos los presentes, y 2) Hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema.
- d) *Etapa de Fijación de Meta.* El terapeuta y la familia establecen un contrato, con una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia.
- e) *Conclusión de la Entrevista.* Ésta debe concluir con la concertación de una nueva cita; y se puede dejar una directiva, una tarea para el hogar. La cual es una manera de que la familia quede ligada al terapeuta entre sesiones.

2. Terapia por Etapas. Es necesario tomar en cuenta que el cambio debe ocurrir en etapas y la primera debe ser crear una forma de anormalidad diferente (Haley, 1988).

3. Directivas. Para Haley (1988) toda acción que realiza el terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, es decir, se imparten directivas. Una directiva puede darse de forma directa o implícita. En general, Haley (1988) refiere que las directivas o tareas impartidas a los individuos y familias tienen varias finalidades: 1) Hacer que la gente se comporte de manera diferente; 2) Intensificar la relación entre clientes y terapeuta; y 3) Se usan para obtener información.

En cuanto al diseño de directivas Haley (1988) considera lo siguiente:

- Sea cual fuere la tarea, siempre ha de ser lo suficientemente simple como para que la familia pueda cumplirla.
- La tarea también debe adaptarse a la situación financiera y al tiempo disponible de la familia.
- Las etapas en el diseño de una tarea consisten en reflexionar sobre el problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y hallar una directiva que cambie a ambos.

Según Haley (1988), para que la familia cumpla las directivas, se deberán considerar los siguientes puntos:

- Para motivar a la familia, hay que persuadirla de que extraerá algún beneficio de esa acción.
- El terapeuta debe adecuar la tarea a las personas.
- Las tareas deben ser precisas, estas deben impartirse abiertamente.
- Éstas deben de contemplar la participación de toda la familia.
- Se debe prever las posibles dificultades que implica el cumplimiento de la misma.

- Cuando se imparte una tarea, siempre debe solicitarse un informe de la misma, lo que arroja tres resultados posibles: la tarea se ha cumplido, no se ha cumplido o se ha cumplido parcialmente.

Los tipos de directivas son:

- a) *Directas*. Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan. Lo anterior puede ser mediante:
 - 1) Ordenarle a alguien que deje de hacer algo, aunque suele ser muy complicado, ya que usualmente la familia ya sabe o por lo menos tiene alguna idea de que es lo que debe dejar de hacer;
 - 2) Pedirle que haga algo diferente, se refiere a tratar de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndole a sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual, mediante buenos consejos, que generalmente suelen ser inútiles; o dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia.
- b) *Indirectas*. Decírselo con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por la vía de la rebelión. Son paradojas que se aplican cuando el terapeuta desea que la familia se resista y de ese modo cambien. Estas directivas pueden: 1) encarar a la familia en un enfoque global; 2) impartir directivas que involucren sólo una parte de ella.

4. Redefinición del Problema. Dentro de las funciones del terapeuta se encuentra el cambiar el problema presentado por la familia. Se debe centrar en los síntomas, ya que estos son la oportunidad para producir el cambio. El objetivo de la terapia no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso sino cambiar sus secuencias a fin de resolver los problemas presentados (Ochoa de Alda, 1995).

5. Analogías o Metáforas (Haley, 1988). En éstas se narra una historia al paciente paralela a su problema y se considera que el cambio terapéutico se relaciona con el vuelco provocado en las analogías ofrecidas por el terapeuta.

6. Ordalías (Haley, 1984). Consiste en imponer una tarea que provoque una zozobra igual o mayor a la ocasionada por el síntoma. La ordalía tendrá que beneficiar a la persona en cualquiera de las dos alternativas que ofrece. Existen ordalías directas y paradójicas.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Específicas

1. Estrategias para Evitar en el Tratamiento Matrimonial Haley (1988):

- a) No debe restarse importancia a los problemas.
- b) Deben evitarse las abstracciones.
- c) Deben evitarse las coaliciones persistentes.
- d) Deben evitarse los debates sobre la vida.
- e) Evitar hablar del pasado.

- f) No debe creerse que los problemas son idénticos entre sí.
- g) El terapeuta joven no debe tratar de parecer más sabio de lo que es.
- h) No deben dejarse objetivos sin formular.
- i) No se obligará a la pareja a formular explícitamente lo que desea el uno del otro.
- j) Deberá evitarse que cristalicen las luchas por el poder.
- k) La pluralidad de terapeutas puede dificultar el cambio.
- l) No se permitirá adoptar posiciones irreversibles.

2. Intervención en Conflictos Bi y Trigeneracionales. Haley (1988) propone que según sea el caso, se podrá utilizar lo siguiente: a) utilizar a la persona periférica; b) quebrar la díada mediante una tarea; c) penetrar a través de los progenitores, en el que se incluye la técnica de refrenamiento.

3. Estrategias en que en el Problema Incluye Dos Generaciones. a) Utilizar a la persona periférica; b) romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y c) unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema (Ochoa de Alda, 1995).

4. Estrategias Cuando el Paciente Identificado es el Niño. Que el padre: a) pida al niño que tenga el síntoma; b) pida al niño que simule o imagine tenerlo y c) simule ayudar a su hijo (Ochoa de Alda, 1995).

5. Estrategias de Intervención Orientadas a Modificar el Sistema de Interacción y Resolver los Problemas del Hijo (Madanés, 1982). a) El cambio de la acción metafórica; b) El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso; c) El cambio de la solución metafórica.

6. Estrategias de Intervención Cuando Existen Dificultades Graves en Adolescentes (Madanés, 1982). a) La tarea en estas familias consiste en organizar una jerarquía en la que los padres se encuentren en una posición superior a sus hijos; b) Los padres tienen que llegar a un acuerdo acerca de estas expectativas, que serán formuladas como reglas para el joven y se establecerán consecuencias.

CONSIDERACIONES FINALES

Me parece que el planteamiento fundamental en la terapia estratégica y que a su vez se plantea como una crítica, es el poder que adquiere el terapeuta dentro del sistema terapéutico. En este modelo el terapeuta es el que mantiene el control y la responsabilidad acerca de todo lo que ocurre durante el tratamiento. Lo anterior lo menciono porque después de los planteamientos postmodernos en la psicoterapia se ha considerado como una necesidad el crear, hacer uso de nuevas herramientas y consolidar nuevos sectores en contra del establecimiento de las relaciones de poder y jerarquía en el espacio terapéutico. Aunado a lo anterior se encuentra el hecho de que de ha llegado a reconocer que en la actualidad no existen personas claramente identificadas que continúen con esta escuela. En esta misma línea Galicia (2004) refiere que las posiciones

terapéuticas constructivistas y todas aquellas que están en contra del poder y la directividad han venido ganando espacio y hecho caso omiso de la terapia estratégica.

No obstante lo anterior, considero que el modelo estratégico cuenta con elementos fundamentales que pueden hacer concluir un tratamiento como exitoso. En este modelo se establece un plan específico para cada problema, por lo que existen pocas dificultades sobre la aplicación de este a personas de diferentes edades, condiciones o clases socioeconómicas, por citar algunos ejemplos. Así como también, el modelo es muy flexible acerca de la adecuación y cambios de estrategias a lo largo del tratamiento, lo que lo hace muy práctico. Además de que me parece que Haley, es de los que hacen énfasis en la necesidad de la evaluación, el seguimiento y los aspectos éticos en la psicoterapia, lo que es fundamental en todo tratamiento.

Aunque en algunas ocasiones, es un poco difícil diferenciar las estrategias pertenecientes a este modelo, considero que esto principalmente es un indicio sobre las diferentes influencias. Así como también nos habla de la accesibilidad que este tiene a compartir técnicas con otros modelos terapéuticos.

Finalmente, algo que me parece fundamental es el hecho de que este modelo, plantea estrategias específicas para momentos específicos del ciclo vital de la familia. Es decir, para Haley y Madanés es fundamental que el terapeuta atienda el momento evolutivo de las familias, ya que considera encuadrar las intervenciones dentro de su ciclo vital tomando en cuenta las dificultades que se presentan en estas transiciones. Atender a los procesos vitales de los individuos y de las familias es fundamental, ya que estos se relacionan íntimamente con la manera en que las estructuras de poder se manifiestan dentro de las familias.

1.2.3. TERAPIAS BREVES ORIENTADAS A PROBLEMAS.

ORIGEN Y ANTECEDENTES

La terapia breve no significa menos tratamiento sino mayor eficacia. Por terapia eficiente se entiende aquella dirigida a un objetivo. Para la terapia breve, es fundamental considerar la construcción del problema en el aquí y el ahora. Es decir, se está interesado en lo que se cree acerca del problema más que en el problema en sí mismo (Espinosa, 2004).

Como en otros modelos de terapia, el trabajo de Milton Erickson tuvo gran influencia en la terapia breve, ya que sus intervenciones estaban dirigidas a lograr cambios, que generalmente se alcanzaban en poco tiempo. Además de que Erickson postulaba que existe una relación recursiva entre el significado y la acción, es decir, que un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio en la conducta del paciente (Ochoa de Alda, 1995); lo cual es medular en la terapia breve.

El modelo de terapia breve centrado en problemas, tiene como principales representantes a John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick Y Richard Fisch, todos ellos pertenecientes al Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California.

El surgimiento de este modelo fue en el MRI. El cual fue fundado en 1959 por Jackson y en donde en algún momento también colaboraron Gregory Bateson, Virginia Satir, Jules Riskin y Jay Haley. En el instituto se realizaban investigaciones relacionadas con conductas y comunicación humana: axiomas, interacción, sistemas humanos, cibernética, la comunicación de las familias con un paciente con esquizofrenia (doble vínculo), etc. Después de algunos años y varios cambios tanto en el equipo como en el rumbo de las investigaciones, para el año 1967, se consolidó el proyecto de terapias breves a cargo de Richard Fisch. El cual tenía tres objetivos: 1) solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentaban las familias; 2) transformar la terapia de un arte a un oficio comprendido; y 3) estudiar los cambios de los sistemas familiares (Espinosa, 2004).

PREMISAS BÁSICAS

- ❖ El modelo de terapia breve asume la idea de que no hay una realidad única (Espinosa, 2004).
- ❖ La función del terapeuta es preocuparse por solucionar las quejas que se presenten y no creer que existe una sola forma válida y correcta de vivir la vida (Espinosa, 2004).
- ❖ En terapia breve, una terapia eficaz consiste en un cambio exitoso del marco de referencia o del significado que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependiente de la naturaleza de esta atribución explica su dolor y sufrimiento (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).
- ❖ El paciente es quien reporta el problema (Espinosa, 2004).
- ❖ No busca causas históricas ni patológicas. Sea cual fuere la relación del problema con el pasado o la personalidad del individuo, se intenta resolver en el aquí y el ahora (Fisch, Weakland y Segal, 1994).
- ❖ Se trabaja con un solo problema por tratamiento y tiene límites de tiempo establecidos (Espinosa, 2004).
- ❖ El objetivo del terapeuta en Terapia Breve, consiste en iniciar un proceso de cambio (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

CONCEPTOS BÁSICOS

Familia. Sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades, cuyo mal manejo dará origen a problemas y/o síntomas particulares (Espinosa, 2004).

Dificultades. Es un estado de cosas indeseable que puede resolverse mediante un acto de sentido común para el cual no se necesita o precisa una capacidad especial para resolver problemas (Espinosa, 2004).

Problemas. Una dificultad se convierte en un problema cuando: 1) se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique

una dosis mas elevada de la dificultad. Lo cual desencadena un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede adquirir grandes dimensiones (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Mantenimiento del Problema. Éste se da por las soluciones ensayadas por las personas, por los modos específicos utilizados para tratar de corregir el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Solución Terapéutica del Problema. Cuando el terapeuta interviene para solucionar un problema, altera las conductas que mantienen el círculo vicioso (mantenimiento del problema), para interrumpir el ciclo e iniciar la desaparición de la conducta problemática (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Capacidad de Maniobra del Terapeuta. Tener la libertad de actuar y poner en práctica lo que el terapeuta considere apropiado en el transcurso del tratamiento, con la posibilidad de emprender acciones con propósito, a pesar de los obstáculos e inconvenientes que se presenten (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Postura del Paciente. Es una inclinación interna de los pacientes, que puede ser utilizada para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

1. Planificación del Caso (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Es imprescindible para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. Contempla lo siguiente:

- a) *Establecer el problema del cliente.* Comprensión clara de la dolencia que ha traído el cliente a nuestra consulta.
- b) *Establecer la solución intentada por el cliente.* Comprensión completa y exacta de los esfuerzos por solucionar el problema.
- c) *Decidir que se debe evitar.* Dejar bien claro lo que se debe evitar, para por lo menos no contribuir al mantenimiento del problema del cliente.
- d) *Formular un enfoque estratégico.* Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose en 180 grados de dicha dirección.
- e) *Formular tácticas concretas.* El terapeuta necesita pensar en términos más concretos. El terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al paciente que haga lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema.
- f) *Enmarcar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea.* Planear el modo de inducir al cliente a aceptar las tareas, utilizando su propio marco de referencia.

- g) *Formular objetivos y evaluar el resultado.* El objetivo general es la solución de la dolencia del cliente. Contemplando la base en la que se define el objetivo y cómo se determina el éxito o fracaso de la terapia.

2. Intervenciones (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Pretenden influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de este. El objetivo se puede conseguir por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema o rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

- a) *Intervenciones Principales.* Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado al plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta:

- 1) Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. Es una dolencia relativa a sí mismo y no a otro, como problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. Es probable conseguir la solución cuando el paciente renuncia a sus intentos de autoacción y deja de esforzarse demasiado. Se provoca la aparición del síntoma o se enseña al paciente a llevar a cabo otra conducta.
- 2) Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Generalmente se refieren a casos de estados de ansiedad, terror, fobias, bloqueos o timidez. La estrategia es exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.
- 3) Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración, como riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos, etc. Una solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad.
- 4) El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. La estrategia global consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
- 5) Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. En estos problemas hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado. Puede finalizar si una de las partes abandona su papel repetitivo o bien, mediante “interferencia”, de modo que queda en duda la persona hizo o no el hecho.

- b) *Intervenciones Generales.* Poseen un ámbito de aplicación mucho mayor, se utilizan casi en cualquier momento, son muy amplias.

- 1) No apresurarse. Indicar al paciente que no se apresure en la solución del problema. Ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa.

- 2) Los peligros de una mejoría. Se habla de los peligros inherentes a la solución del problema.
- 3) Un cambio de dirección. El terapeuta varía de postura, directriz o de estrategia y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación.
- 4) Como empeorar el problema. Se da mayor impacto para que las cosas empeoren. Esto se suele hacer cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo.

CONSIDERACIONES FINALES

Actualmente nos encontramos en un mundo de cambios vertiginosos que demanda soluciones rápidas y adecuadas a los problemas cotidianos. En este momento nuestra sociedad enfrenta diversos problemas en los que es necesario tener acceso a una intervención a corto plazo como la terapia breve. Algunos de estos problemas son la pérdida de empleo, la desintegración familiar, las presiones económicas, la depresión, los problemas en las relaciones de pareja, los conflictos en el trabajo, adicciones, trastornos alimenticios, trastornos psicósomáticos, stress, etc.; en donde una intervención oportuna y eficaz es la prioridad.

Considerando lo anterior, la terapia breve ha permitido el acceso a tratamiento a sectores de la población que no tienen la posibilidad de tomar un tratamiento psicológico a largo plazo. Ya sea por dificultades económicas o de tiempo, la terapia breve ha posibilitado que más personas tengan acceso a un tratamiento psicológico, con intervenciones precisas y a corto plazo.

Además, desde mi punto de vista, la terapia breve ha hecho aportaciones fundamentales a la práctica psicoterapéutica. Desde sus inicios en el MRI, ha contribuido tanto en la aportación de teoría sobre terapia como en la formación de terapeutas. La terapia breve inició tomando en cuenta modelos que, en el pasado no se habían considerado aplicables a la psicoterapia, como lo son la teoría general de sistemas, la cibernética, o bien el desarrollo de la pragmática de la comunicación humana. Lo que brindó la posibilidad de desarrollar nuevas teorías y maneras de hacer el trabajo terapéutico, estableciendo como prioridad la resolución de los problemas que las familias presentan.

No obstante lo anterior, las cualidades de la terapia breve han sido también objeto de múltiples críticas. Orientadas básicamente a considerar que ésta contempla intervenciones superficiales y manipuladoras. Se ha pensado que la terapia breve se enfoca a resolver un problema y terminar la terapia cuando el paciente se encuentre satisfecho. Sin embargo, se tiene que considerar que uno de los postulados principales de la terapia breve consiste en hacer cambios que actúen como generadores de otros cambios más, por lo que ésta no es superficial (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Por lo anterior, en la actualidad aún con las nuevas orientaciones terapéuticas, la terapia breve está vigente tanto en términos de formación como de la práctica clínica, con resultados satisfactorios.

1.2.4. TERAPIAS BREVES ORIENTADAS A SOLUCIONES.

ORIGEN Y ANTECEDENTES

El principal precursor del modelo de soluciones fue Steve De Shazer, quien desarrolló su trabajo desde el año de 1978 en el Brief Family Therapy Center (BFTC) en Milwaukee, E.U. En el grupo fundador de este enfoque llamado centrado en soluciones destacaban también Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, Michel Weiner- Davis, entre otros. Ésta última posteriormente se relacionó con William Hudson O'Hanlon, para desarrollar lo que se conoce como la terapia orientada a las soluciones. Cabe resaltar que O'Hanlon fue preparado por Milton Erikson, de quien tomó sus principales conceptos para aplicarlos a las intervenciones terapéuticas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Este enfoque se desarrolló a partir del trabajo que venía realizando el MRI, con la terapia centrada en problemas, en éste el terapeuta plantea que la misma familia debe resolver el problema específico que le trae a terapia, utilizando sus propios recursos, de la misma manera en que han resuelto problemas anteriores; en contraste con otros enfoques éste se centra en la construcción de las soluciones y no de los problemas (Watzlawick y Nardone, 2000).

PREMISAS BÁSICAS

- ❖ Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).
- ❖ Los terapeutas no pueden cambiar a los clientes, solo los clientes pueden cambiarse a sí mismos (Lipchik, 2004).
- ❖ El cambio es constante e inevitable (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- ❖ No es necesario saber mucho sobre la queja o el problema para resolverlo (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- ❖ No es necesario conocer la causa o la función de la queja o problema para resolverlo (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- ❖ Lo que hay que producir es un pequeño cambio, por lo que es preciso tener un objetivo pequeño y razonable (Watzlawick y Nardone, 2000).
- ❖ Los clientes definen los objetivos (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- ❖ El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).
- ❖ No hay una forma única de ver y resolver los problemas (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).

- ❖ Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- ❖ Las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción en el contexto de los vínculos situacionales peculiares (Watzlawick y Nardone, 2000).
- ❖ Ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento y de las situaciones. La intervención va encaminada a la solución, sin necesariamente conocer todos los detalles del trastorno (Watzlawick y Nardone, 2000).
- ❖ Es posible construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto del trastorno del cliente (Watzlawick y Nardone, 2000).
- ❖ Durante las sesiones el objetivo central es centrar la conversación en la ausencia de trastorno (Watzlawick y Nardone, 2000).
- ❖ Las emociones son parte de todo problema y de toda solución (Lipchik, 2004).

CONCEPTOS BÁSICOS

Cliente: Ya sea que se trate de un paciente o de una familia, son llamados clientes, a una manera respetuosa. Es aquella persona que se encuentra motivada para acudir y realizar cambios (Eguiluz, 2004).

Problema: Los problemas que la gente lleva a terapia, no son cosas sino patrones del habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Es posible desarrollar nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en las excepciones a la norma problemática (Eguiluz, 2004).

Excepciones: En todo es proceso lo que destaca es la exploración de las excepciones, ya que estas ofrecen al cliente informaciones de diferencia entre lo que funciona y lo que no funciona; además de que ayuda a crear la expectativa sobre que existe la posibilidad de un futuro sin trastorno, debido a que el trastorno no es continuo (Watzlawick y Nardone, 2000).

Resistencia: Se le considera poco válida o inexistente, ya que se piensa que los clientes quieren cambiar de verdad (Watzlawick y Nardone, 2000).

Cambio: Si se lleva a cabo en una parte del sistema, éste llevará cambios en el sistema como conjunto, por lo que no es muy importante el número de personas que estén construyendo el problema o la solución (Watzlawick y Nardone, 2000).

Objetivo Terapéutico: Consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida del paciente (Ochoa de Alda, 1995).

Función del Terapeuta: Identificar y ampliar el cambio, asume una postura de detective curioso, especialista en el desarrollo de esas excepciones (Eguiluz, 2004).

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

1. Construcción de Objetivos (Berg y Miller, 1996). Ayuda a que el cliente y terapeuta determinen cómo se van a dar cuenta de que el problema está resuelto. Cualidades de objetivos bien pensados: 1) Que tengan importancia para el cliente, 2) Que sean limitadas, 3) Que sean concretos, específicos y formulado en conducta, 4) Que planteen la presencia y no la ausencia de algo, 5) Que indiquen un comienzo y no un fin, 6) Que sean alcanzables en el contexto de vida del cliente y 7) Que se perciba que exigen un trabajo.

2. Tarea de Fórmula de la Primera Sesión. Se trata de proporcionar una idea de cambio desde el primer contacto con el paciente. Por ejemplo, en el llamado telefónico se le solicita que entre ese momento y la primera cita, el paciente tome nota de todas las cosas que van bien en su vida y que le gustaría que siguieran así (Berg y Miller, 1996).

3. Hacer Más de lo que Funciona. Se refiere a que no hay una manera correcta de hacer las cosas y seguramente el cliente ya hace cosas que funcionan y se le pide que persista en ellas. Tiene la finalidad de orientar al paciente a la solución y a sus propios recursos (Berg y Miller, 1996).

4. Búsqueda de excepciones. Son todas aquellas informaciones de diferencia entre lo que funciona y no en el problema. Las excepciones se pueden conceptualizar de dos tipos: 1) Deliberadas, son aquellas soluciones que los pacientes ponen en práctica y que son capaces de describir detalladamente, lo cual puede ser un patrón de solución; 2) Causales, son aquellos casos en que el paciente informa sobre excepciones obvias, pero es incapaz de describir los pasos que dio para producirlas (Berg y Miller, 1996).

5. Tarea de la Predicción. Se refiere a pedirle al paciente que haga una predicción acerca de cómo se comportará al día siguiente con respecto a su problema y tomará nota. La siguiente comparará las actividades que realizó con su predicción para saber si se cumplió o no. Esta tarea se recomienda cuando el paciente considera que no tiene un control sobre la situación problemática (Berg y Miller, 1996) o bien porque no identifican porque es que se llevan a cabo los cambios (Lipchik, 2004).

6. Llaves Maestras. Intervenciones orientadas a funcionar como tareas de fórmula, es decir son aquellas que se pueden realizar en varios problemas y no necesariamente son hechas a la medida (De Shazer, 1991):

- a) *Escribir, leer y quemar.* 1) Encontrar un lugar cómodo, a solas y a la misma hora; 2) en los días impares, hay que poner por escrito los buenos y malos recuerdos acerca del evento, aunque esto signifique repetir una y otra vez las mismas oraciones; 3) en los días pares, hay que leer las notas del día anterior y quemarlas; 4) si estos

pensamientos se presentan en otro momento hay que rechazarlos para hacerlo hasta el momento destinado para ellos.

- b) *Tarea de la pelea estructurada.* Es útil en el proceso de promover la solución cuando dos personas se quejan de pelias y disputas. Este ritual está compuesto de cuatro pasos: 1) arrojar una moneda al aire para ver quien comienza; 2) el vencedor se dedica a echar pestes durante diez minutos ininterrumpidos; 3) después se da el turno al otro miembro con el mismo tiempo; 4) deben pasar diez minutos en silencio antes de volver a comenzar.
- c) *Haga algo diferente.* La intención es impulsar las soluciones, a través de realizar acciones fortuitas, se alteran las secuencias conductuales. El mensaje de la tarea es el siguiente: “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, nos gustaría que cada uno de ustedes, una vez, que ocurra el evento de la queja, haga algo diferente, por más extraño, fantástico o disparatado que parezca. Lo único importante es que sea lo que fuere que decida hacer, es necesario que sea algo diferente”.
- d) *“Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...”* Se relaciona con que los clientes tienden a afirmar que la conducta perturbadora ocurre siempre, sin embargo hay condiciones en las que la conducta no aparece, y estas se resaltan con la finalidad de buscar excepciones y crear soluciones.

7. Preguntas Presuposicionales. Son preguntas que son intervenciones, y que tienen lugar dentro de las sesiones, las cuales están encaminadas hacia respuestas que promueven los recursos y los enriquecen (O’Hanlon y Weiner- Davis, 1990).

8. Feedback Positivo. El terapeuta señala a los clientes lo que están haciendo para resolver el problema (O’Hanlon y Weiner- Davis, 1990).

9. Técnica de la Bola de Cristal (De Shazer, 1991) o Pregunta del Milagro (O’Hanlon y Weiner- Davis, 1990). Estas se utilizan para proyectar al cliente a un futuro en el que tiene éxito: en el que el motivo de la queja ha desaparecido. El cliente construye su propia solución, que puede utilizarse entonces como una guía de la terapia. Consiste en: 1) Desarrollar una imagen del futuro, 2) Prestar atención a su propia conducta y a la conducta de otros, 3) Descripción de la conducta.

10. Pregunta de Escala. Consiste en pedir que el cliente señale en una escala de 0 a 10 como se siente con respecto a su problema en ese momento y se contrasta con otro momento en el pasado o en el futuro. Sirve para medir cambios e identificar patrones o diferencias (O’Hanlon y Weiner- Davis, 1990).

11. Mensaje de Recapitulación. Tiene el propósito de reflejar lo que se ha revisado en la sesión, además de orientar hacia la cooperación. Consiste en: 1) Resumen o declaración

de lo que el terapeuta ha escuchado decir al cliente, 2) Respuesta del terapeuta que incluye empatía, elementos positivos y una información o punto de vista diferente, 3) Una sugerencia (Lipchik, 2004).

12. Claves para el Cambio. Con la finalidad de cambiar las pautas individuales se plantean las siguientes maneras de alterarlos (O'Hanlon, 2003):

- a) Romper el patrón del problema.
- b) Encontrar y utilizar patrones de soluciones.
- c) Reconocer nuestros sentimientos y nuestro pasado, sin dejar que determinen nuestro comportamiento en el presente o en el futuro.
- d) Dirigir la atención.
- e) Imaginar un futuro que nos conduzca a las soluciones en el presente.
- f) Cambiar historias problemáticas por historias orientadas a soluciones.
- g) Usar la espiritualidad para trascender o resolver problemas.
- h) Utilizar palabras de acción para resolver problemas de relación.
- i) Celebrar rituales de resolución para resolver los asuntos de pendientes del pasado.
- j) Desarrollar rituales de estabilidad y conexión para prevenir problemas y generar conexiones.

CONSIDERACIONES FINALES

Considero que al igual que el enfoque centrado en problemas, la importancia de la terapia de soluciones radica en brindar la posibilidad de intervenir de manera oportuna y eficaz en los diversos problemas que enfrentan las personas en nuestra sociedad.

Tomando en cuenta que este enfoque parte de premisas que aceptan que los clientes tienen los recursos para cambiar y que desean cambiar de manera auténtica, este enfoque aporta muchas técnicas orientadas a explorar y explotarlos de la mejor manera para una mejor resolución de problemas.

Me parece que esta premisa es la que permite observar que el enfoque de soluciones da un salto importante al desprenderse de la terapia orientada a problemas, ya que considera al cliente como un experto tanto en su problemática como en la resolución de la misma. De tal manera que el terapeuta se vuelve únicamente un curioso amplificador de cambios, dentro de una relación terapéutica que les da apertura.

En este sentido esta terapia se muestra con matices provenientes del construccionismo social, en el que las verdades no son únicas y universales y los clientes tienen la posibilidad de ser participantes activos de sus propios procesos terapéuticos, ya que persiguen sus propios objetivos y las intervenciones se adaptan específicamente al cliente. De tal manera que en las sesiones se hace énfasis en las preguntas que generan conversaciones orientadas a la cooperación, la búsqueda de cambios, diferencias, capacidades, resultados, posibilidades, etc.

Algo que me parece muy importante también, es que al revisar el trabajo terapéutico es necesario reconocer que la relación terapeuta-paciente es un contexto que facilita el cambio en mayor medida que el uso de las técnicas terapéuticas. Además de que dentro de esta relación también tiene cabida la parte emocional y que no solo el trabajar con aspectos cognitivos y conductuales son suficientes para abordar las problemática con que se presentan las familias a solicitar terapia.

Pienso que lo anterior representa un reto para los terapeutas que a veces dejamos un poco de lado los aspectos emocionales, sobretodo los negativos, por atender a nuestras técnicas que nos dictan que hay que buscar las soluciones en todo lo que escuchemos.

1.2.5. MODELO DE MILÁN.

ORIGEN Y ANTECEDENTES

Este modelo fue desarrollado por el llamado Grupo de Milán, que en sus inicios estaba integrado por Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Juliana Prata y Luigi Boscolo. Este grupo partió en el año 1967 a tratar a pacientes anoréxicos y psicóticos con una orientación psicoanalítica y en el año 1971 adoptan el enfoque sistémico para sus intervenciones (Ochoa de Alda, 1995). Estos estudios y la forma paradójica de las intervenciones quedó asentada en el libro *Paradoja y Contraparadoja*, publicado en el año de 1975.

En el año de 1982 el grupo se divide y una parte de él (Selvini Palazzoli y Prata) se dedican a seguir estudiando estas enfermedades evaluando y estableciendo nuevos métodos de intervención; así como también se les unen nuevos colaboradores: Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini (Eguiluz, 2004). Es así como se desarrolla la prescripción invariable, la cual se encuentra desarrollada en el libro, *Los Juegos Psicóticos de la Familia*, publicado en el año de 1988.

Posteriormente este grupo siguió trabajando en la evaluación y aplicación de intervenciones que hicieran más funcionales a las familias que acudían a recibir terapia. Esto se vio reflejado en el análisis de las familias con miembros con diferentes trastornos considerados graves, como la anorexia, la bulimia, la psicosis, los suicidios, la toxicoddependencia, el abuso sexual.

PREMISAS

- ❖ Es fundamental el pensamiento multidimensional complejo, que contempla tomar en cuenta el por qué del síntoma, el pasado de los individuos, el funcionamiento defensivo y las necesidades insatisfechas de cada uno, la relación entre tales

necesidades y la experiencia de crianza y las relaciones de cada padre con su familia de origen (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1999).

- ❖ Este modelo contempla el que se tome en cuenta que existe una triple polaridad síntomas-persona-familia: relación entre familia y personalidades individuales, relación entre persona y síntoma y relación (Selvini Palazzoli et al, 1999).
- ❖ Las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen esas reglas (Eguiluz, 2004).
- ❖ El modelo considera que si las conductas (patologías) son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan (Selvini Palazzoli et al, 1999).
- ❖ El objetivo específico de la terapia familiar en los casos de graves trastornos psíquicos, es acompañar al hijo hacia una crítica explícita, circunscrita y constructiva de sus familiares, mediante una conciencia autocrítica, a través de la cual saldrán de la impotencia de los sentimientos de culpa masivos e indiferenciados para orientar la propia obra de reparación (Selvini Palazzoli et al, 1999).
- ❖ El modelo contempla las características de los miembros de estas familias como fundamentales para entender el tipo de interacciones que llevan a cabo. Se considera la introducción de la escuela psicoanalítica en esta escuela. Es decir características de personalidad de las madres, los padres, las y los hijos, así como del paciente identificado.

CONCEPTOS BÁSICOS

Hipotetizar: Formulación del terapeuta de una hipótesis basada en la información que posee referente a la familia que está entrevistando. Esta hipótesis es el punto de inicio de la investigación, ya que la finalidad es verificarla y validarla. Cada hipótesis debe ser sistémica y debe incluir todos los miembros de la familia y debe proveer de una suposición total de las funciones de las relaciones.

Circularidad: Se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir su investigación basándose en la retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que se solicita acerca de las relaciones, y eventualmente acerca de las diferencias y el cambio. Generalmente se invita a un miembro de la familia a hablar sobre la relación que tienen otras dos personas miembros de la familia.

Neutralidad: En un inicio ésta se refería a la distancia que debía guardar el terapeuta con respecto a cada uno de los miembros de la familia, evitando cualquier tipo de comunicación que fomentara una coalición o una alianza, además de encontrarse a la misma distancia con todos los miembros de la familia. Este principio imponía en su conceptualización inicial que la empatía del terapeuta se distribuye en una equidistancia, que ahora se prefiere llamar equidistancia, entre todos los miembros de la familia.

Instigación: La instigación contempla un esquema triádico, en el que uno instiga a otro, contra un tercero (Selvini Palazzoli et al, 1999).

Embrollo: Es un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y se desarrolla en torno de una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es. Este privilegio no es auténtico, ya que es un instrumento de estrategia que se dirige a alguien, en general hacia el otro cónyuge (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1988).

Estancamiento de la Pareja: Se describe a unos padres que se encuentran el matrimonio en un nivel bajo de satisfacción de la relación de la pareja, no obstante son parejas rígidamente inseparables, a causa de la persistencia de los cónyuges de infantiles necesidades inconscientes de confianza en la pareja, necesidades que aunque parcialmente insatisfechas, minan en ambos el impulso de autonomía y de exploración de nuevos vínculos. Estas familias tienen dificultades para vivir de manera explícita las crisis conyugales (Selvini Palazzoli et al, 1999).

Mito Familiar: Es un producto colectivo cuyo fin es mantener la homeostasis de la familia. Estos mitos explican las conductas aunque no sus motivos. (Eguiluz, 2004). Los mitos provienen de generaciones atrás y entre más alejados estén más rígidos serán.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

1. Puntos clave en los que se basa la terapia:

- a) Implicación de todos los miembros de la familia nuclear.
- b) Proyecto de una terapia breve que no superara las 10 sesiones.
- c) Intervalos de un mes entre las sesiones.
- d) Terapia psicológica que no está orientada a intervenir directamente sobre el síntoma, sino que apunta a conectar el padecimiento con las cualidades disfuncionales de las relaciones de la familia.

2. Desarrollo de las sesiones (Eguiluz, 2004):

- a) Presesión, en ella el equipo analiza la ficha (primera entrevista) o se revisa el acta de la sesión anterior, con el objetivo de hacer hipótesis sobre la sesión a iniciar.
- b) Sesión, en la que hay dos terapeutas a cargo de la familia y dos terapeutas observando detrás del espejo. De tal manera que estos últimos pudieran hacer sugerencias y observaciones a los que se encontraban con la familia. Generalmente ambos equipos estaban compuestos por un terapeuta masculino y uno femenino.
- c) Intersesión, en la que los dos terapeutas a cargo salen de la sesión para discutir con los terapeutas de detrás del espejo, lo acontecido en la sesión y decidir cómo terminará.

- d) Conclusión de la sesión, en ella los terapeutas regresan con la familia para dar un mensaje final, que puede ser un comentario breve y/o una prescripción.
- e) Postsesión, aquí se discuten las reacciones observadas.

3. Connotación Positiva (Eguiluz, 2004): tiene como intención prescribir el síntoma, en esta se plantea el que en el síntoma está implícito una la intención de ayuda y sacrificio para la familia por parte del miembro que lo expresa. Es decir se identifica la función del síntoma dentro de la familia.

4. Rituales Familiares (Eguiluz, 2004): Es una acción o serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, en las que tienen que participar todos los miembros de la familia, generalmente orientadas a modificar las reglas familiares.

5. Cuestionamiento Circular: tiene como objetivo buscar información acerca de las relaciones, de las diferencias y del cambio. Cada miembro de la familia es invitado a describir la relación de otro y otros miembros (Eguiluz, 2004). Lo anterior como finalidad para que los miembros de la familia se escuchen los unos a los otros.

6. Preguntas de Futuro: Estas implican que los miembros de la familia se coloquen en una metaposición acerca de sus propios dilemas, que les proporciona una visión diferente del problema, en donde es posible una solución o un futuro diferente.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS

1. Paradójico. Principalmente aplicado durante los años 60, el cual se dirigía a toda la familia, cuyos miembros obtenían una connotación positiva, pero orientado principalmente a elogios provocadores hacia la paciente designada.

Dentro de este método se expusieron las técnicas de:

a) la connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia, ésta aprueba de manera explícita la predominante tendencia homeostática de la familia con el fin implícito de tranquilizarla respecto a las intenciones conservadoras de los terapeutas, además de estimular paradójicamente su capacidad de cambio;

b) la reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción, es un particular tipo de connotación positiva que prescribe a cada miembro de la familia en persistir en su comportamiento por el bien ajeno, que suscita encubiertamente un interrogante paradójico;

c) los rituales familiares también consistían en una comunicación implícita, son una serie de acciones prescritas a la familia que tácitamente sustituyen las habituales reglas de relación por otras nuevas, sin recurrir a explicaciones ni críticas;

d) la regla del intervalo mensual entre las sesiones, considerado como una cuestión experimental, en la que las intervenciones terapéuticas requieren tiempo para que sus efectos en la organización de la familia tenga resultados visibles.

Las razones de los fracasos de este método está centrado en lo siguiente: a) ausencia de un espacio terapéutico individual para las pacientes; b) la extrema brevedad de los tratamientos; c) la escasa empatía de los terapeutas, en especial con la madre; d) una teoría, que al ser meramente sistémica, era reductiva, faltando el componente diádico e individual.

2. Serie Invariable de Prescripciones. Usado en los años 80, en este método la familia extensa, la paciente, hermanos y hermanas eran involucrados exclusivamente en las dos primeras sesiones y posteriormente todo el trabajo se fundaba sobre la alianza con los padres, que eran responsabilizados como coterapeutas de su hija.

Este método contempla que los padres lleven a cabo una serie de prescripciones que involucran desapariciones de casa de duración creciente, desde pocas horas por la tarde al fin de semana y más. Además realizar una serie de apuntes describiendo las eventuales reacciones en cada uno de los miembros de la familia nuclear y extensa. El poder terapéutico de este método es que suspende el predominio del control obsesivo recíproco que en este tipo de familia enmascara la insuficiencia de confianza, de empatía y de intimidad.

En esta fase se detectó la presencia de disfunciones importantes, que son el embrollo de los afectos y la instigación. Lo cual parte del desasosiego recíproco de los padres que se denomina estancamiento de la pareja.

3. Revelación del Juego Familiar. También utilizado durante los años 80, en este método se efectuó un trabajo de análisis de las relaciones familiares. Su uso está en función de lo siguiente: a) no se puede hacer uso de la serie invariable de prescripciones; b) hay parejas que no siguen la prescripción invariable; c) experimentar la eficacia terapéutica de un modelo diacrónico, es decir en los efectos de problemas no resueltos en los padres.

CONSIDERACIONES FINALES

Las aportaciones de la escuela de Milán son fundamentales dentro de la terapia sistémica, ya que los conceptos como la metodología que han propuesto están orientados a tratar trastornos considerados como graves, como lo son la anorexia, la bulimia, la toxicoddependencia, la psicosis.

Este modelo tiene un estilo muy particular de intervenciones que generalmente contemplan la comprensión de los juegos familiares, ya que como se mencionan a lo largo de sus publicaciones, dentro del proceso terapéutico es importante incidir más que en el síntoma, en el análisis de las relaciones que han hecho que las familias presenten la configuración que está manteniendo cierto problema o dificultad.

Milán tiene una propuesta que involucra el papel de todos los miembros como una unidad en forma de sistema, pero que también vuelve a los orígenes de los estudios

psicológicos al retomar las características personales de los individuos. Es decir, el abordaje sistémico con la inclusión de la individualidad de los miembros de la familia me parece que enriquece en gran medida, la comprensión de la situación de la familia.

Lo anterior se complementa con que a lo largo de sus textos, el grupo de Milán plantea diferentes niveles de unidades de análisis. El aspecto sistémico, el individual, agregándose también el social, como aquel que enmarca los comportamientos de los individuos y reconoce su papel protagónico aunque no único, en la presencia de padecimientos psíquicos que nos amenazan con mayor frecuencia hoy en día.

1.2.6. MODELOS POSMODERNOS.

ORIGEN Y ANTECEDENTES

Los modelos en psicoterapia pueden ser nombrados de dos maneras: los que se sitúan dentro de la modernidad y los que encuentran su filosofía en la posmodernidad. En la llamada modernidad los modelos de psicoterapia, están orientados a conocer las causas del malestar psicológico, en términos de descubrir lo que se encuentra gestándose en la realidad de las familias, el terapeuta es un agente activo de cambio que idea las estrategias para que la familia o el paciente mejoren. Ante esto surgen los modelos posmodernos como una crítica, en la que se abandona la dualidad individuo-mundo y produce un giro radical hacia un marco sociolingüístico (Anderson, 1997).

Se menciona que el pensamiento posmodernista implica un conocimiento como práctica discursiva, en una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas, en la que no podemos tener un conocimiento directo del mundo, solo lo podemos conocer a través de nuestra experiencia (Anderson, 1997).

En estos modelos se presta atención a la teoría de la deconstrucción y al papel que desempeñan la narración, el texto y la reflexión dentro del discurso clínico. Estos trabajos suelen centrarse en ideas vinculadas al texto y a la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialógicas y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales, versus las jerarquías; además de que pone especial atención en el proceso y no en los objetivos (Lax, 1996).

Los modelos posmodernos han sido desarrollados en múltiples líneas, dentro de las cuales las más destacadas son: 1) la terapia narrativa, expuesta por Michael White; 2) el equipo reflexivo, con Tom Andersen como exponente; 3) la terapia colaborativa, representada por Harold Goolishian y Harlene Anderson.

PREMISAS BÁSICAS

- ❖ La posmodernidad, es considerada como una crítica, no como una época. Se trata de una ruptura en una orientación filosófica que se parta radicalmente de la tradición moderna, y cuestiona el discurso modernista monovocal como fundamento de la crítica literaria, política y social. Esta acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. Avanza hacia un conocimiento como practica discursiva (Anderson, 1997).
- ❖ La hermenéutica, es un método para interpretar y comprender la conducta humana y surgió como una disciplina filosófica genuina y una teoría general de las ciencias sociales. Se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humanas, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete (Anderson, 1997).
- ❖ La desconstrucción se relaciona con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas (White, 1994), por lo que esta nos invita a mantenernos distanciados y escépticos respecto de las creencias concernientes a la verdad, el poder, el yo y el lenguaje, creencias que casi siempre se dan por sentadas pero que no son absolutas sino relativas. Esta aboga por dejar de lado los juicios absolutos.
- ❖ Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas (Lax, 1996).
- ❖ Los problemas existen en el lenguaje y son mediatizados por él (Lax, 1996).
- ❖ Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas, existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado (Anderson y Goolishian, 1996).
- ❖ No se concibe el yo como una entidad intrapsíquica, sino como narrativa que se aborda dentro de un contexto de significado social. (Lax, 1996).
- ❖ Se plantea que el que describe a otra persona influye en lo que puede ser observado o descrito. Así como que cada persona que describa tendrá su propia versión. Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente válidas (Andersen, 1994).
- ❖ Consideran a la narración como metáfora fundamental en la experiencia humana, que se realiza conjuntamente con otras personas (Lax, 1996).
- ❖ El papel del terapeuta consiste en unirse a los clientes en el desarrollo de una nueva historia de la vida de éstos que les ofrezca una visión algo diferente de su situación (Lax, 1996).
- ❖ La terapia es un espacio en el que a través de la conversación de co-crean o co-escriben nuevas narraciones (Lax, 1996).
- ❖ El discurso y la reflexión son fundamentales para la co-construcción de nuevas narraciones y generadores de cambio (Lax, 1996).
- ❖ Las personas son expertas en su experiencia vivida (White y Epston, 1993).

CONCEPTOS BÁSICOS

Terapia Narrativa (White y Epston, 1993; White, 1994).

Analogía del texto: En un esfuerzo por dar sentido a su vida, las personas organizan su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea.

Autonarración: Las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente y aquellas que se prevé ocurrirán en el futuro, se conectan entre sí en una secuencia lineal, que es un relato.

Terapia: Representa un modo de interacción en el que al representar al otro su relato, estos moldean su propia vida y sus relaciones, y se dar lugar a otras narraciones.

Narraciones dominantes: Corresponde a la identificación en los relatos el contexto sociopolítico de la experiencia de la persona, estudiado la acción y los efectos del poder sobre sus vidas y sus relaciones. Cuando las personas experimentan un problema las narraciones dentro de las que relatan su experiencia, no representan suficientemente sus vivencias, sino las narraciones dominantes de sus vidas.

Narraciones alternativas: Son aquellas posibilitadas a partir de la identificación de acontecimientos extraordinarios, ya que al atribuirles significado, entonces ayuda a que se organice un relato alternativo.

Acontecimientos extraordinarios: Son situaciones que han quedado fuera del relato dominante, los cuales constituyen una fuente de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de relatos alternativos.

Agencia personal: Se da a partir de la separación de relatos dominantes de los alternativos, en los que la persona siente que es capaz de intervenir en su vida y en sus relaciones.

Equipo reflexivo (Andersen, 1994).

Establecimiento de diferencias: Dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación, lo que sucede en los diálogos.

Multiverso: El que describe a otra persona influye en lo que puede ser observado y descrito, el que describe hace distinciones especiales. En este sentido cualquier descripción o explicación depende el observador y así cada persona que describa tendrá su propia versión. Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente válidas.

Realidad: Ésta solo existe como la realidad del que la percibe, la misma situación externa puede resultar o transformarse en muchas realidades, todas son igualmente reales.

Procesos de dialogo interrelacionados: Cada persona perteneciente a una conversación, genera conversaciones internas, que se externalizan para establecer un dialogo generador de cambio.

Cambio: Se puede dar un cambio como evolución, en el que ante la libertad de intercambiar ideas entre dos o más personas, se conserva la integridad individual y se dan las circunstancias para el surgimiento de nuevas ideas para conocer, sentir o actuar o nuevas ideas para utilizar las posibilidades que un repertorio ya tiene.

Intercambios conversacionales: las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes.

Sistemas de significados: cada uno de los que se encuentran en la conversación tienen significados que son en parte diferentes de los de los demás, en los que pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en las conversaciones; si ésta no existe estos tienen a no modificarse diferentes.

Terapia colaborativa (Anderson, 1997).

Polivocalidad: Debido a que hay diferentes construcciones de lo real, es decir diferentes versiones, por lo que la idea es que la persona pueda conocer que existen diferentes visiones de su realidad.

Multiparcialidad: Se relaciona con la idea de diferentes versiones, pero las plantea como válidas, ya que como no existe una sola verdad por descubrir, la percepción que existe es tan válida como la de otro. El terapeuta quiere que cada participante de la conversación sienta que su versión es tan importante como la de los otros.

Postura de no saber: Se considera que el cliente es el experto en su vida, el terapeuta no tiene la verdad, ni un conocimiento superior. Lo anterior se considera como una postura ética, ya que nadie es más experto en su situación que el cliente mismo, implica una actitud de respeto. El cliente y el terapeuta son compañeros en una conversación, donde la pericia del cliente sobre sí mismo se combina con la pericia del terapeuta sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos.

El lenguaje, el dialogo y la relación: El lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo y opera como una forma de participación social. En la práctica clínica se ha observado que con la intención de captar el lenguaje del paciente al mantener una postura de interés genuino y atención, las personas construyen nuevas explicaciones para su situación. Además de que al crecer el interés por el conocimiento de

la otra persona, el conocimiento se va haciendo menos importante, cediéndole el paso a la relación. Además de que esta actitud, fomenta una participación más activa por parte de los otros, es decir se da un proceso dialógico, una conversación en doble vía, en la que se da un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades. La terapia implica un “hablar con”. Es un proceso de dar y recibir, un entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas.

Creación de significados: Desde esta postura, se conceptualiza a los sistemas humanos como sistemas relacionales basados en la interacción lingüística, en donde generamos significación a través del lenguaje. Se considera la significación como un proceso interactivo e interpretativo. Desde este punto de vista, un sistema terapéutico es un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas generan significación.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Terapia Narrativa (White y Epston, 1993; White, 1994).

1. Externalización: Es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y a veces a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso el problema se convierte en una entidad separada, por tanto externa a la persona o a la relación a la que se le atribuía.

2. Preguntas de influencia relativa: se componen de dos tipos de preguntas: 1) el primero anima a la persona a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y sus relaciones; 2) estas las insta a describir su propia influencia sobre la vida del problema.

3. Preguntas sobre acontecimientos extraordinarios: Estos pueden indagarse en el pasado, en el presente en el futuro e inclusive en la imaginación. Estos eventos son aquellos que contradicen los efectos que el problema tiene en sus vidas y relaciones. Dentro de estas se encuentran: 1) preguntas relativas al panorama de la acción, dan nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal (pasado, presente y futuro); 2) preguntas de remembranza, en la que se localizan coautores o testigos de los eventos extraordinarios; 3) preguntas relativas al panorama de la conciencia o de la identidad, ayudan a la articulación de preferencias alternativas, como deseos, cualidades, creencias, que invitan a una reflexión de la propia vida.

4. Documentos: El terapeuta puede utilizar documentos escritos de su propia autoría o creados por la persona que consulta, como una herramienta para reescribir las narraciones de la persona. Por mencionar algunos, estos pueden ser: cartas de invitación, cartas de despido, cartas de predicción, cartas de contradicción, cartas de recomendación, cartas para ocasiones especiales, historiar, cartas como narrativa, historias propias.

5. *Contradocumentos:* Estos pueden representar nuevos relatos, que autodefinen a la persona, entendiéndolos como definiciones colectivas o ceremonias de definición. Estos pueden ser: certificados, diplomas, constancias, declaraciones, autocertificados.

Equipo reflexivo (Andersen, 1994).

1. *Procedimiento:* El equipo reflexivo puede estar compuesto por una persona o hasta cuatro o cinco personas. El procedimiento básicamente se relaciona con que el equipo tenga una postura de escucha tanto para el sistema de entrevista como para sí mismo. En este sentido el equipo primero escuchará atentamente y después tendrá una conversación sobre el sistema de entrevista. Ya sea que el entrevistador le solicite al equipo que dé las ideas o bien el equipo le hará saber al terapeuta que ya cuenta con ideas. Una vez que el equipo entra, el terapeuta puede mencionar que el equipo hablará, y que ellos pueden relajarse y escuchar, o pensar en otra cosa. El contexto de las reflexiones es lo que ha estado ocurriendo verbal y analógicamente en la sala de entrevista. Las reflexiones a menudo toman la forma de un diálogo y en ella quedan muchas preguntas sin respuestas. El equipo habla unos 5 o 10 minutos más. Posteriormente el sistema de entrevistas habla sobre lo que dijo el equipo reflexivo. En ocasiones este procedimiento puede repetirse más de una vez. Para finalizar se realiza una conversación entre el sistema de entrevistas y el equipo reflexivo.

2. *Lineamientos de trabajo de los participantes:* Los miembros del equipo deben mirarse a la cara mientras hablan y no miran a los miembros del sistema fijo. El entrevistador conduce la charla independientemente de los miembros del equipo. Si los miembros del equipo están detrás del espejo, estos no discuten la entrevista, ya que esto puede limitar la atención. Los miembros del equipo seleccionan aquellas aperturas que les llaman la atención. Cada miembro del equipo tiene en mente el que hay muchas versiones sobre los temas que se discuten y que cada miembro tiene su propia versión. El lenguaje utilizado es de inclusión de lo que los otros miembros del equipo comentan, con palabras como “además de...”, “agregando a...”, “también...”, etc.; o bien en forma de preguntas sin respuesta. No se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista. No se dan connotaciones negativas.

Terapia colaborativa (Anderson, 1997).

1. *Conversación dialógica:* Es un tipo particular de diálogo en la que los participantes se relacionan unos con otros y se da una relación de colaboración, con respeto y curiosidad, que lleva a una investigación mutua o compartida sobre los asuntos que les interesan y traen aquí.

2. *Compañeros en un diálogo:* tanto el cliente como el terapeuta participan en un proceso en el que se asocian para contar, preguntar, interpretar y dar forma a las narrativas. Es una relación en la que uno es experto en el contenido y él otro en el proceso.

3. *Posición creadora y facilitadora de un espacio y producción de diálogo:* El terapeuta es uno de muchos autores de narrativas, participa como interventor instrumental. Capacidad

honesto y sincero del terapeuta para invitar, recibir, respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente.

4. Preguntas conversacionales: Son aquellas que ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique su historia, abren nuevos caminos para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe. Cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones, cada pregunta lleva a otra pregunta, en un continuo, que lleva a un proceso dialógico.

5. Hacer público: El terapeuta deberá estar dispuesto a revelar, compartir los diálogos y monólogos propios, pensamientos, prejuicios, especulaciones, interrogantes, opiniones, temores; y a aceptar retroalimentación, evaluación y crítica.

CONSIDERACIONES FINALES

Me parece que el practicar la psicoterapia a la luz del posmodernismo, tiene elementos muy importantes en cuanto al reconocimiento del otro. Es decir, se trabaja desde una postura que da validez al conocimiento y a la experiencia del otro, ya que le da importancia al auto cambio y a la autorreflexión, implicando que la persona está sujeta a transformaciones, en el dialogo con el otro a través del lenguaje. Otro elemento que me parece fundamental es la creencia de que el dialogo en sí mismo es una practica social de transformación. Así como plantea que los procesos de cuestionamiento son básicos como recursos para generar reflexión y cambio. De manera general me parece que en este caso se propone el mirar de manera focal hacia los procesos más que al contenido de las historias, brindando la posibilidad de establecer relaciones que posibiliten mayormente la búsqueda de alternativas y nuevos modos de vivir más gratificantes.

No obstante lo anterior, hay una crítica constante a estos modelos en la que se plantea que los terapeutas están perdiendo su estatus de poder y jerarquía, en su intención de crear relaciones de corresponsabilidad, lo que en otros modelos como el estratégico y el MRI, es fundamental. Además de que se ha llegado a considerar que el terapeuta no está “interviniendo” en el proceso, debido a la poca definición en cuanto a las estrategias y objetivos que se persiguen en la terapia.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

*“Vivir es lo que hacemos y nos pasa”
Ortega y Gasset, 1928.*

LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD, LA DISCAPACIDAD Y MOMENTOS CRÍTICOS.

Como se revisó en el capítulo I, el individuo se encuentra inmerso en una serie de cambios familiares y sociales constantes. En donde es necesario observar las interacciones entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad) para lograr un mayor entendimiento. Para algunas familias los cambios representan situaciones nuevas de difícil manejo, por lo que demandan apoyo terapéutico, con la intención de adquirir herramientas que les permitan enfrentar con éxito las problemáticas y condiciones de vida dadas.

En este sentido, el terapeuta familiar cubre la demanda de la población al formarse en competencias que puedan cubrir la atención de problemas psicológicos específicos y proponer alternativas de solución efectivas. Ya sea desde contextos terapéuticos, como en intervenciones comunitarias y de investigación.

En el presente capítulo expondré las participaciones más representativas del trabajo realizado en mi formación como terapeuta familiar. En estos casos, las familias se enfrentan a una serie de demandas a resolver como consecuencia de problemáticas relacionadas con la enfermedad, la discapacidad o situaciones críticas. Todas las anteriores, presentadas en los hijos quienes tienen un papel fundamental en las dinámicas de las familias.

Se analizan dos casos atendidos en terapia, en los que los hijos presentaban problemáticas. En el primer caso, el conflicto se presenta en una familia primaria nuclear, con problemas entre los padres y de ellos con una hija adolescente; el segundo caso es de una familia monoparental semiextensa en donde la hija pequeña mostraba enuresis y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Los nombres de los clientes han sido modificados para guardar su confidencialidad.

Así mismo, muestro las investigaciones y la intervención comunitaria en familias con un hijo con enfermedad crónica. Y también proporciono un taller de orientación para familias con un hijo con discapacidad.

Por otra parte, expongo un taller elaborado para la inducción a la Maestría de Terapia Familiar, así como las actividades de difusión que realicé.

Todo lo anterior, muestra de las competencias desarrolladas en mi formación y como evidencias de trabajo en cuanto a la adquisición de habilidades clínicas (detección, evaluación y tratamiento), de investigación, enseñanza y prevención dentro del ámbito de la terapia familiar. Así como los compromisos éticos y sociales adquiridos con la práctica.

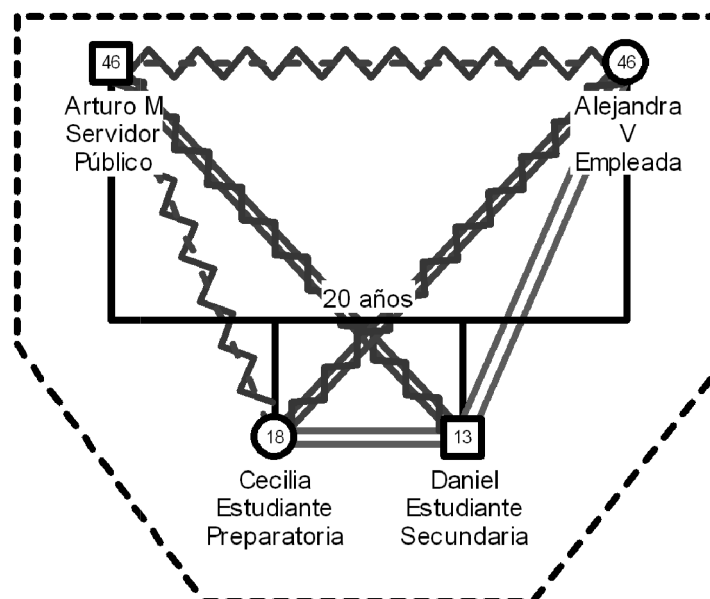
1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

1.1. INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRABAJO CLÍNICO POR FAMILIA ATENDIDA COMO TERAPEUTA.

CASO 1. FAMILIA MV

Supervisora:	Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo.
Tipo de supervisión:	En vivo, con equipo terapéutico.
Equipo Terapéutico:	Nueve terapeutas familiares en formación, miembros de la generación.
Sede:	Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.
Número de Sesiones:	19 en total: 13 asistencias y 6 inasistencias.
Enfoque:	Modelo de Milán.

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

De acuerdo a la preconsulta, la hija de la familia leyó unos mensajes amorosos en el celular de su papá, por lo que hubo una riña familiar. En ésta, la hija les reclamó a ambos padres. A su mamá por permitir que su papá tenga mensajes de ese tipo y a su papá por su conducta. Además expresó deseos de irse de casa.

HIPOTESIS SISTÉMICA

Existe una situación de acuerdo entre los padres de continuar la relación a pesar de la infidelidad. Cecilia cuestiona dichos acuerdos de la pareja y busca que también Daniel lo haga. Daniel está preocupado por la situación familiar, no por la infidelidad sino por la relación tensa entre Arturo y Cecilia. Éstos últimos se presentan como en disputa, ya que Cecilia demanda el establecimiento de límites por parte de Alejandra hacia Arturo, como el terminar la relación debido a la infidelidad y respeto de la relación conyugal. Tomando en cuenta el ciclo vital de la familia, este problema vulnera la capacidad para enfrentar los retos de la familia con una hija adolescente, por pérdida de jerarquía de los padres. Lo anterior, se puede considerar que dificulta las tareas ejecutivas de los padres para con Cecilia, ya que ésta cuestiona a su vez la manera de actuar de los padres como pareja.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

De acuerdo al modelo de Milán las sesiones se planean en base a hipótesis generadas en base a información previa. Para la primera sesión, se utilizan los datos de la preconsulta y el contacto telefónico. Para las sesiones subsecuentes se hace uso de la información registrada por los terapeutas y el equipo terapéutico. A continuación se presentan las sesiones del proceso terapéutico, incluyendo las hipótesis y el análisis teórico metodológico correspondiente.

PROCESO Y APLICACIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA.

Como hipótesis inicial, se consideró que la pareja tenía una dinámica establecida acerca de su relación y las relaciones extramaritales; la hija adolescente irrumpe en esta diada como portavoz del malestar que genera lo anterior, cuestionando la conducta de los padres y vulnerando la situación del hijo menor al tratar de involucrarlo. Esta hipótesis prevaleció a lo largo del proceso y se fue fortaleciendo con el transcurrir de las sesiones.

Esta familia no acudió a las dos primeras sesiones del proceso terapéutico. En la *primera sesión*, la familia se presentó una hora tarde de la acordada, por lo se les atendió pocos minutos, en los que se hizo el encuadre de la terapia. En estos minutos el padre comentó que el motivo del retraso a la sesión, se debió a que se perdió, mostrándose serio y enojado, situación que prevaleció a lo largo del proceso terapéutico. En la *segunda sesión*, Alejandra se comunicó con la terapeuta vía telefónica y le informó que les era

imposible asistir a la cita, debido a que Cecilia tenía que realizar una actividad escolar que les impedía llegar.

Por lo anterior, la hipótesis planteada para la tercera sesión, se relacionó con tomar en cuenta que el padre se encontraba molesto por asistir a terapia. Tal vez se sentía forzado de manera directa por la madre y de manera velada por la hija. Se consideró que los retardos e inasistencias apoyaban lo anterior.

En la *tercera sesión*, que como trabajo terapéutico fue la primera, Alejandra se mostró insistente en exponer las dificultades que tiene la familia, sin embargo Arturo se mostró enojado y negó dichos conflictos al mencionar que sólo son puntos de vista diferentes, también hizo referencia a su resistencia a participar en la terapia. Lo cual confirmó la hipótesis previa a la sesión.

No obstante la negativa del padre, se hacen evidentes los conflictos en la familia y Cecilia hace alusión a la supuesta infidelidad del padre. Describe la situación y se observa que es un tema que genera tensión, ya que Cecilia denuncia y califica la manera en que ambos padres actúan como inaceptable. Por lo que se ponen en evidencia las constantes peleas entre los padres y la presencia de los hijos en ellas. Cecilia reconoce su intromisión en los mismos, así como su decisión de no incluirse nuevamente. También refieren que Daniel desconoce la problemática; él refiere que le preocupa que su hermana y su papá no se hablen. Daniel propone una mejor integración de la familia a través de la convivencia.

En la pareja de Alejandra y Arturo existen claros conflictos, sin embargo, cuentan con un acuerdo implícito en el matrimonio que evita que cualquier conflicto (aunque cuestione de manera directa el papel de la pareja) derive en la separación de la misma. En este tipo de relación, se llevan a cabo una serie de estrategias en las que están en constante lucha, pero al mismo tiempo intentar evitar escaladas directas y por consiguiente el cisma (Selvini Palazzoli, et al, 1988).

Lo anterior, muestra de manera visible el estancamiento de la pareja, el cual es fuertemente reforzado por su visión de mundo. Ya que según comentarios a lo largo del proceso terapéutico, ambos consideran que la familia debe permanecer unida pase lo que pase y es fundamental que los padres estén juntos para guiar a los hijos.

Para Alejandra y Arturo, las relaciones extramaritales de Arturo son tomadas como eventos de los cuales hay que olvidarse, para continuar y seguir adelante. Lo que fue referido por la pareja en una de las sesiones. Aunque esto ya había se había presentado con anterioridad en la historia de la pareja, en esta ocasión la diferencia ocurrió al involucrarse Cecilia, poniendo en evidencia la situación al cuestionar la conducta de los padres: tanto la de Alejandra por permitir la situación y la de Arturo, por llevarla a cabo.

La familia se presenta a la terapia manifestando una crisis familiar, en la que Cecilia funciona como portavoz de las dificultades de la familia, en especial de la pareja. Aunque

no plantean la infidelidad como el conflicto principal sino la interacción de la familia que derivó de él, ya que a partir de este episodio, Cecilia demanda abiertamente cambios en la familia, sobre todo hacia Arturo. Mientras que Alejandra plantea este cambio de una manera encubierta, a través de los hijos, sobre todo con Cecilia.

Lo que da sentido a la actitud de Arturo durante el proceso terapéutico. En el cual se mostró en una actitud defensiva y descalificadora, tratándose de defender en prácticamente todo momento. Complementándose con la insistencia de Alejandra a no acudir a las sesiones si éste no podía hacerlo.

Hacia la *cuarta sesión* y con lo revisado anteriormente, la hipótesis que se planteó es que al parecer en la pareja existe un estancamiento con acuerdos implícitos, en los que Cecilia se involucra de manera directa, sobretodo en el ámbito de la vida sexual de los padres. Por lo cual se propone realizar sesiones que involucren a diadas o individuos con la finalidad de abordar temas específicos a ellos.

En la cuarta sesión, la familia plantea las dificultades que tuvieron para agregar actividades de integración a su rutina. En esta sesión se muestran las diferencias de Cecilia con la familia de origen de Arturo. Situación que más adelante se observa que comparte con Alejandra, aunque ella no lo hace explícito. Alejandra comenta que las peleas entre los cónyuges han disminuido, por lo que se resaltan aspectos positivos. Daniel comenta que si ha visto este cambio, aunque Cecilia lo niega. Se dio énfasis al esfuerzo que realizó cada uno de los miembros de la familia por mejorar. En esta sesión Arturo se mostró más cooperador que Cecilia.

En la *quinta sesión*, se decide tomar la sesión con Cecilia a solas debido a un acuerdo previo y la intención preliminar del abordaje terapéutico de trabajar con diadas o individuos según se aprecie adecuado para la intervención. La hipótesis a explorar es la posición de la hija en la situación familiar como portavoz de la madre. Cecilia relata la manera en que la madre le pidió que guardara el secreto sobre el mensaje de celular y cómo posteriormente le pide que lo revele al padre cuando al llegar éste de un viaje tiene una discusión con Alejandra. Se observa la posición privilegiada de Cecilia, ya que los padres la hiperinstrumentalizan. Reconoce que desde este episodio las peleas han disminuido entre los padres, aunque se muestra pesimista al respecto. También comenta como es que en algunas ocasiones ha intervenido al tratar de defender a Alejandra de Arturo, pero la madre ha rechazado su apoyo.

Resalta que Cecilia desea que Daniel se alíe con ella en contra del padre, pero no lo ha conseguido. Refiere algunos eventos en los que Arturo le ha dicho que la quiere y que piensa que es inteligente, aunque estos han tenido lugar cuando ha estado bajo la influencia del alcohol. Comenta también diversas situaciones por las que no aprueba al padre, como el que bebe, que tiene una hija mayor fuera del matrimonio y sus conductas violentas. Refiere también, la manera en que ha tratado de motivar a Alejandra a no

permitir las conductas de Arturo. Al final de la sesión Alejandra solicita una sesión a solas con Arturo.

La quinta sesión resulta fundamental en el proceso, ya que en ella Cecilia pone de manifiesto el embrollo generado por los padres, debido a sus insatisfacciones mutuas, así como es que Alejandra a través de la instigación, convierte a Cecilia en la portadora de las comunicaciones de Alejandra hacia Arturo sobre la infidelidad, situación que ésta última no manifiesta de manera personal ni directa.

Así como también, Cecilia expone de qué manera el embrollo coloca la relación madre e hija como un pseudoprivilegio, es decir, sólo como el instrumento de una estrategia que apunta contra Arturo (Selvini Palazzoli, et al, 1988).

En este punto, nuevamente se pone de manifiesto la dificultad de la familia para abordar dichos temas, ya que en la *sexta sesión*, se planea dividir a la familia y participar con los padres, sin embargo éstos no acuden. Alejandra se comunicó vía telefónica con la terapeuta para cancelar aunque no especificó el motivo de la inasistencia. Por lo anterior, se mantuvo la hipótesis sobre la dificultad de los cónyuges para establecer comunicación directa relacionada a la infidelidad y los acuerdos de la pareja.

En la *séptima sesión*, la familia identifica las relaciones como menos tensas, Cecilia comenta que se sintió bien después de haber hablado en la sesión anterior. Los miembros de la familia comentan que no habido tantas peleas. A solicitud de Alejandra la sesión se lleva a cabo con ella y con Arturo.

En esta sesión, resalta el hecho de que Alejandra centra su atención en las dificultades como padres, específicamente con Cecilia. Ya que considera que no se están estableciendo límites claros con ella respecto a las salidas. Al parecer esto se empieza a presentar en Arturo como una especie de tregua hacia Cecilia. Se observa la constante descalificación de la pareja, así como su dificultad para establecer acuerdos. Al profundizar emergen las dificultades de la pareja, al resaltar los rencores de Alejandra hacia Arturo por la infidelidad, así como la sensación de abandono de Arturo por Alejandra en el pasado. Surge el distanciamiento de la pareja como clave en el estancamiento de la misma. Se validan ambas posturas con la finalidad de reconocer las expectativas no cumplidas en la relación con el otro dentro del matrimonio, para lograr empatía y por lo tanto mayor cooperación. Ambos hijos se mostraron complacidos de que los padres hubieran tenido la sesión para ellos.

Como lo menciona Selvini Palazzoli y colaboradores (1999), en el estancamiento de la pareja se observa una clara insatisfacción, sin embargo también una rigidez inseparable. Ésta generalmente se encuentra asociada con la demanda en los cónyuges de necesidades infantiles insatisfechas inconscientes de confianza en la pareja, necesidades que aunque insatisfechas minan la capacidad de autonomía y el establecimiento de nuevos vínculos, como los de relaciones de satisfacción adulta.

Como menciona Cirillo y colaboradores (1999), estas parejas generalmente forman un matrimonio de interés en el que para cada uno de los cónyuges, está representado por la dote afectiva que el otro le aporta, en términos de realización social, de resarcimiento o de valorización respecto de la familia de origen, mientras que la inversión emocional en la relación matrimonial permanece al fondo.

Considerando lo anterior y tomando en cuenta el ciclo vital de la familia, este evento vulneró la capacidad de los padres para enfrentar los retos de la familia con una hija adolescente. Se dificultó el llevar a cabo las tareas ejecutivas de los padres con Cecilia, ya que ella cuestionó la autoridad contrastándola con lo que considera un comportamiento inapropiado por parte de los padres.

Para la *octava sesión*, la hipótesis planteada es que existe una relación simétrica entre los padres, que les dificulta abordar los temas de pareja, por lo que eligen hablar de los problemas en la crianza de Cecilia. La sesión se conforma de dos partes orientadas a trabajar por subsistemas para sacar a los hijos del embrollo parental.

Al inicio de la octava sesión, la familia sigue reportando tranquilidad en las relaciones y reconocen de que manera están contribuyendo a esto. Comentan que Arturo está acompañando a Daniel a sus prácticas de fútbol. Posteriormente, la sesión se divide en dos, con la idea de intervenir en subsistemas y diferenciar papeles familiares. En la primera parte se trabaja con Cecilia y Daniel, y en la segunda con Arturo y Alejandra. El propósito de hablar con los chicos se debió a la necesidad de monitorear los cambios. Ellos abordan principalmente las dificultades de Cecilia con ambos papás y la participación de Daniel en ellas. Se les enfatiza que hay cosas de los padres en que los hijos no tienen que involucrarse. Se redefinen situaciones de enojo y afrontamiento con los padres.

En la segunda parte de la octava sesión, se retoma con Alejandra y Arturo la sesión anterior y se cuestiona el papel de la pareja en las dificultades con Cecilia. Ambos padres reconocen el que Cecilia está resentida por la infidelidad de Arturo y que tal vez esto sea algo que ella está utilizando para hacer lo que ella quiere. Ante esto se plantea la necesidad de que los padres muestren a Cecilia cómo se supera el resentimiento. Lo anterior, se plantea como una tarea orientada a estimular y hacer explícitos los efectos de la infidelidad en la familia. La hipótesis de la sesión se corrobora, ya que los cónyuges eligen hablar de los problemas en la crianza de Cecilia, en vez de los problemas de pareja.

La pareja no se presentó a la *novena sesión*. En este punto nuevamente se considera que la dificultad de la pareja para abordar sus temas personales se relaciona con sus inasistencias. Ya que se solicitó en la sesión anterior que asistiera solo la pareja, considerando que el manejo de la conducta de Cecilia pudiera funcionar para la evasión de los temas de la pareja. La hipótesis sobre la insistencia de los cónyuges en centrarse en los problemas asociados con Cecilia para evitar hablar de ellos mismos se mantuvo para la siguiente sesión.

Como se esperaba, en la *decima sesión*, nuevamente surgen las dificultades de la pareja con Cecilia. Comentan algo aún más importante que es el conocimiento de Cecilia acerca de la hija que Arturo tuvo antes del matrimonio con Alejandra. Comentan que Alejandra estaba enterada de dicha situación y en ningún momento estuvo engañada, como Cecilia lo quiere hacer parecer. En este tema surge nuevamente la alianza entre Alejandra y Arturo, la cual disgusta a Cecilia. Esta situación es asociada por el padre con la posible rebeldía de Cecilia. Ambos concuerdan que Cecilia no tiene por qué intervenir y juzgarlos. Mencionan que lo hablarán y aclararán con ella. Alejandra retoma el tema de la desconfianza hacia Arturo, por lo que este último se muestra muy enojado e inclusive parece que abandonará la sesión. Entran en disputa, ya que Arturo no está dispuesto a cooperar, por lo que Alejandra lo descalifica como pareja. Arturo nuevamente atrae la atención hacia Cecilia y la manera en que es grosera con su familia de origen. En esta sesión, ambos padres ponen en evidencia su visión rígida sobre el mantenimiento de la familia unida a pesar de lo que ocurra y del uso de Cecilia para evadir las aclaraciones en la pareja conyugal.

En esta sesión, se ponen de manifiesto las características individuales de los integrantes de la pareja que como proponen Selvini Palazzoli y colaboradores (1999), son fundamentales para comprender la interacción inseparable que forman.

Alejandra se muestra como una mujer dispuesta a tolerar las conductas violentas y descalificadoras de Arturo, además de su infidelidad, en pro de la conservación de la familia. En donde se muestra como una mujer incapaz de reivindicarse en su propio nombre, sin lograr ser escuchada con consideración.

Por lo que es probable que este factor haya permitido que Cecilia entrara en el conflicto de pareja, con la intención de evidenciar y también reivindicar la condición de su madre. No obstante no obtuvo el resultado esperado, ya que Alejandra no estaba dispuesta a la separación, generando en Cecilia la sensación de engaño. En el planteamiento del embrollo, justamente el hijo es involucrado en una relación pseudoprivilegiada. La madre se muestra confidente hacia ella, hablándole de las demandas que requiere de su pareja, para que finalmente al demandar la respuesta, la hija se dé cuenta que solo ha sido utilizada para que la madre consiga algo que desea del cónyuge y que no corresponde a la concepción de Cecilia de las aclaraciones y límites que tienen que ser introducidos en la pareja parental.

Hay que tomar en cuenta que la carencia de la madre está en el nivel afectivo, ya que en estas mujeres pueden tener independencia económica (como es el caso de Alejandra), sin embargo se encuentran ligadas a un hombre como único recurso, lazo del que dependen mucho emocionalmente, por una necesidad de apoyo empático por parte de la pareja, aunque sea deficiente. Esto se observa en Alejandra, ya que aunque en algún momento se planteó una posible separación de la pareja, la desechó por considerar a Arturo su único apoyo, no obstante la poca satisfacción en la relación.

Por su parte, se podría considerar que Arturo se presenta con una actitud dominante, machista y con actitudes no adultas (Selvini et al, 1999). Esto se ve expresado en la inversión de su tiempo laboral y también en el uso de su tiempo libre, involucrándose en actividades en las que su esposa no es contemplada. Arturo en diversas ocasiones expresó que él quería tiempo para respirar y que tenía derecho a tener tiempo libre sin rendirle cuentas a nadie de sus actos.

También se aprecia que Arturo tiene episodios de molestia y pérdida de control importantes, características también de estos padres (Selvini et al, 1999). Lo que fue expresado en diversas ocasiones en su modo de hablar, de corregir y de expresar su enojo. Lo anterior aunado a una relación distante emocional y física de los hijos, en la que la crianza es relegada a la madre para él disponer de su tiempo y persona. Recordemos que Arturo no participa de manera directa en la impartición de permisos y tampoco tiene una relación de cercanía con los chicos.

Dentro de la pareja y la familia se le consideró como poco escuchado y sin una opinión valiosa, ya que se le juzga por su actitud. Lo que contrasta con su familia de origen en la que su opinión es valorada y tomada en cuenta. Al parecer Arturo se está empeñando en ser un hijo fiable (Selvini et al, 1999) que cubra las expectativas de su familia de origen, mostrándose listo para satisfacer sus necesidades. En esta familia de origen se siente incluido y se siente como una parte importante. Valora en exceso a su familia de origen, en especial a sus padres. Situación que tampoco agrada a Alejandra y a Cecilia, no obstante Cecilia es la que muestra rechazo explícito a dichos vínculos. Arturo sigue invirtiendo en la familia de origen lo que tendría que invertir en la propia.

En la *undécima sesión*, ambos padres comentan que hablaron con sus hijos respecto a la hija de Arturo. Comentan que las cosas con Cecilia van bien, ya que han estado tranquilas, refieren que está de vacaciones con una tía y que esperan que dichos cambios permanezcan al regresar. Se intenta abordar nuevamente la infidelidad y ambos padres recurren nuevamente a las dificultades y desacuerdos como padres.

Refieren que generalmente es Alejandra la que toma decisiones relacionadas con los hijos, lo que se encuentra muy asociado con el poder adquisitivo, ya que ella tiene un ingreso mayor que Arturo, lo que refuerza la hipótesis de sensación de poco valor de Arturo en la familia. Comentan que empiezan a ponerse de acuerdo y reconocen su dificultad para conseguirlo exitosamente. No obstante insisten en mencionar que no es conveniente una separación conyugal, ya que ellos creen que las familias con un solo padre no son eficaces, aunque ellos acuden precisamente a terapia porque no son padres eficaces. Se plantea el tener que seguir resolviendo dificultades con Cecilia en relación con la adolescencia. En este sentido, nuevamente plantean su visión de mundo acerca de la relación inseparable, a pesar de las circunstancias.

Por lo anterior, la hipótesis generada hacia la *duodécima sesión*, es que ambos padres consideran que el haber abordado las dificultades con Cecilia respecto a la hija de Arturo

ha derivado en la mejoría de las relaciones familiares, ocultando la infidelidad y las dificultades de pareja. La pareja ha reafirmado la idea de que es imposible criar a los hijos sin la presencia del otro padre, afianzando su no separación.

En esta sesión, sólo se presentan Alejandra y Cecilia, argumentan situaciones circunstanciales por lo que no llegaron los varones de la familia. Alejandra comenta los cambios observados en Cecilia, pero ella los niega. Se trabaja a solas con Cecilia y comenta que sigue reprobando la actitud de sus papás, en respuesta de la alianza que hay entre ellos respecto a la hija que tuvo Arturo. Menciona que estuvo de vacaciones con su tía, y que se sintió muy bien, ya que la distancia le permitió no pensar tanto en las dificultades de sus papás. Al parecer le ofrecieron irse allá a vivir y lo está considerando. Se cuestiona lo que pasaría si ella sale de la familia y se observa que toma una postura diferente, respecto a la pareja de sus padres, ya que comenta que si su mamá ha decidido estar con su papá, entonces ella no puede hacer nada; piensa que sus papás siempre van a estar juntos. Se cuestiona su situación personal, se pregunta si desea o no formar una familia.

Lo anterior, es muy importante para el proceso, ya que Cecilia mostró que tomó una postura de límites hacia los problemas conyugales de sus padres, saliendo del embrollo.

Como lo plantea Selvini Palazzoli y colaboradores (1988), en ocasiones la crisis generada por el síntoma conlleva una especie de equilibrio. En el caso de la familia MV la crisis puso al descubierto la desilusión de la posición privilegiada de Cecilia y por tanto la traición de la madre hacia ella; Cecilia decide alejarse de la situación de pareja y por tanto lleva a las relaciones familiares a una especie de equilibrio sin el embrollo, pero aun con el estancamiento de la pareja presente.

En este sentido, los movimientos orientados a la exploración de la familia por diadas, brindó la posibilidad de diferenciar límites entre ellos. De tal forma que los hijos se excluyeron de la dinámica de la pareja en los hechos. Lo anterior se observa claramente en el entusiasmo de los hijos cuando los padres se quedan solos en la sesión por primera vez.

En la *decimotercera sesión*, la pareja no asiste. Alejandra se comunicó con la terapeuta para avisar que tendría que acudir a un curso de su trabajo. La hipótesis se mantiene para la siguiente sesión. Se consideró que Cecilia tomó una nueva postura frente a la relación de pareja, al retirarse del involucramiento; por lo que deja su papel de portavoz de la madre, al darse cuenta de la relación irrompible en la pareja. Lo anterior abre la posibilidad de que la pareja empiece a abordar sus dificultades de manera directa teniendo que afrontar sus acuerdos implícitos y la infidelidad. Su inasistencia a esta sesión se relacionó con lo anterior.

A partir de este momento del proceso terapéutico, las sesiones transcurren de manera intercalada, una inasistencia (decimotercera, decimoquinta, decimoséptima) y una realizada (decimocuarta, decimosexta). En las dos últimas sesiones (decimooctava y

decimonovena) Alejandra se presentó sola. Poniendo de manifiesto el malestar de Arturo al participar en el proceso, la escalada simétrica de la pareja, sus conflictos para comunicarse de manera directa, así como el mal pronóstico de la familia acerca de la mejora de las relaciones de la pareja y padre e hija. Estas sesiones se comentan a continuación.

En la *decimocuarta sesión*, se presenta la pareja comentando algunas dificultades entre ellos debidas a celos de Alejandra. Arturo se molesta por dichos señalamientos, mientras Alejandra inicia una serie de demandas referentes a las necesidades que ella cree tienen sus hijos respecto al padre, como la cercanía. Arturo se siente agredido y comenta que no está dispuesto a cooperar en ese aspecto. Se observan pocos acuerdos al respecto. Esta sesión se centra principalmente en reorientar a la pareja en sus propias dificultades, cuando ellos insisten en desviar la conversación hacia los hijos. Resalta el que ambos padres consideran que la intromisión de Cecilia en su relación no es algo negativo, Alejandra comenta “yo no la puedo obligar a no meterse” sic y Arturo refiere “Cecilia tiene derecho a opinar, ya que toda opinión es constructiva” sic. Se intenta no normalizar dicha situación.

En esta sesión la pareja pone de manifiesto la dificultad para afrontar sus problemas de pareja y su necesidad de incluir a un tercero en la comunicación. Tanto Alejandra como Arturo muestran el estancamiento que les ha sido característico desde el inicio de la terapia, dificultando la posibilidad de mejorar la relación de pareja y reduciendo los logros de la terapia a la no inclusión de los hijos en el embrollo familiar.

En la *decimoquinta sesión*, la pareja no asiste. Alejandra se comunica con la terapeuta para avisar que no se presentarán debido a que Arturo tiene mucho trabajo. De esta inasistencia nuevamente se considera el conflicto de la pareja para abordar sus dificultades, mostrando a Arturo molesto ante las demandas de Alejandra. Ambos padres plantean que no les genera problema el que un tercero intervenga en las disputas de pareja, lo cual apoya la instigación de Cecilia por parte de la madre. Se plantea cuestionar esta postura de la pareja.

En la *decimosexta sesión*, ambos padres comentan que no han tenido muchas dificultades a excepción de una molestia por su familia de origen y Cecilia. Ambos comentan que lo que requieren es mayor comunicación, aunque Arturo lo expresa después de que Alejandra le recuerda la tarea, ya que se muestra desinteresado y antipático. Se trabaja sobre aspectos comunicacionales y se centran en el aspecto no verbal, acerca de la forma en la que se hablan las cosas. Así mismo, se señala la intervención frecuente de alguien más en su comunicación, ya sea un hijo u otro familiar. En esta sesión se reitera el que a pesar de que se intenta abordar con ellos las dificultades de pareja, hay un rechazo. Cuando se intenta abordar dicha situación, ambos involucran las dificultades con sus hijos, sobre todo con Cecilia.

En la *decimoséptima sesión*, la pareja no asistió. Alejandra se comunicó con la terapeuta para informarle que no se presentarían debido a que Arturo tenía trabajo y no participaría. Se invitó a Alejandra a venir sola, pero no accedió. Refirió que si los dos están en terapia ella piensa que lo mejor es esperar a que vayan los dos. Como hipótesis se considera que la pareja se muestra reticente a abordar sus acuerdos y dificultades. Se plantea la comunicación triangulada en la familia como un estilo hay que hay que ponerle atención, para no brindar atribuciones que no les corresponden a los hijos. Se considera poner en evidencia los acuerdos de la pareja como acoplamiento, y prestar atención a la inclusión de un tercero, como los hijos.

El que Alejandra no acceda a acudir a las sesiones si es que Arturo no participa, nuevamente plantea la situación de pareja como estancada, considerándola también como una pareja inseparable, ya que las escaladas simétricas no solo contemplan los conflictos sino también las demandas de cambio del tipo “si tu cambias yo cambio”.

En la *decimoctava sesión*, Alejandra se presenta sola a la sesión, comenta la tranquilidad de las relaciones en casa, aunque con pequeños problemas referentes a Cecilia. Nuevamente introduciendo las dificultades con los hijos. Aunque señala el hecho de que aunque a Cecilia no le agrada como es su papá tiene que respetarlo porque siempre será su papá. Alejandra comenta que esto ha fortalecido la idea de su hija sobre irse a vivir con su tía fuera de la ciudad. Alejandra comenta que ella ha notado a Arturo dispuesto al cambio, ya que se ha mostrado un poco abierto a escuchar. Se cuestiona su permanencia en la relación con Arturo a pesar de la infidelidad y refiere que no se separó porque ella quiere permanecer en la relación con Arturo y por preservar su familia. Refiere que esto fue una decisión propia. Toma el inicio de la terapia como un recurso para desechar lo ocurrido con la infidelidad. Refiere que ha habido cambios, que los hacen estar mejor y con los que se siente satisfecha. Refiere que no se arrepiente de haberse quedado en la relación. Menciona que apoyará a su hija en su decisión de vivir fuera de la ciudad, ya que ella ha respetado su decisión de no separarse de su papá y continuar la relación.

En esta sesión nuevamente Alejandra, refuerza su visión de mundo, al plantear que ella desea permanecer al lado de Arturo porque es un apoyo para ella. Manifestando una paradoja, ya que en el proceso terapéutico justamente lo que demanda de manera velada al inicio y posteriormente de manera un poco más directa es apoyo de parte de Arturo. Esta paradoja también se suma a las características de la diada irrompible que mantiene la relación de pareja.

Hacia la *decimonovena sesión*, se plantea que debido a que Arturo no ha estado disponible a asistir a algunas de las últimas sesiones, probablemente esto se relaciona con la resistencia que él ha manejado desde el inicio para venir a la terapia. Se considera que Arturo no está sintiéndose cómodo al asistir, sobre todo cuando han surgido las demandas de los miembros de la pareja, así mismo Alejandra no accede a acudir sola, ya que quiere que Arturo cambie. Debido a que se ha observado que Alejandra y Arturo se han adaptado

a vivir su relación de pareja tal y como está, con una poca movilidad para el cambio; se dio de alta a la familia.

Lo anterior, tomando en cuenta que se ha hecho evidente que es importante asumir que la permanencia en la relación con los acuerdos implícitos que manejan, solo depende de la pareja. Haciendo hincapié en que Alejandra tomó la decisión de seguir en la relación con Arturo a pesar de la infidelidad que evidenció Cecilia. También la necesidad de establecer un límite en la relación de pareja con los hijos, de tal manera que respeten las decisiones y la autonomía de los miembros de la familia, contribuyendo así a la integridad de los hijos, evitando posibles triangulaciones y su vulnerabilidad.

En la *decimonovena sesión*, se presentó Alejandra nuevamente sola a la sesión, refirió que Arturo no asistió porque es su cumpleaños y tenía festejo en su trabajo. Alejandra reafirma que las cosas en casa están bien, pero siguen teniendo dificultades con Cecilia respecto a los permisos. Se reconoció como logro el que los miembros de la familia estén respetando las decisiones de los otros. Alejandra comentó que ella si vio cambios, y que aunque no son radicales, ni al cien por ciento, a ella la tienen satisfecha. En especial menciona que Arturo se ha mostrado diferente y que esto le es muy importante. Se da por terminado el proceso terapéutico. Se hizo énfasis en los logros obtenidos. De la misma manera se planteó la necesidad de prevenir estas situaciones en el futuro y sobre todo con Daniel ya que Cecilia se deslindó.

En el final del proceso terapéutico se puso de manifiesto la dificultad de los padres para afrontar los problemas de pareja entre ellos, al responder con sesiones dedicadas al manejo de Cecilia, aunque Alejandra tuvo pequeños inicios para demandar a Arturo sus requerimientos. En el proceso se procuró brindar un espacio que permitiera lo anterior, fuera del alcance de los hijos, dentro de las sesiones. Espacio que si bien es útil, no descarta la posibilidad de involucrar a otro en la diada. Lo que plantea la idea de que dependerá en gran parte de los hijos el no intervenir, ya que los padres otorgan de manera implícita la libertad de entrar a disminuir su conflicto de pareja a través de un tercero, ya que se presentan como una pareja inseparable.

SEGUIMIENTO

Este se llevó a cabo vía telefónica contactando a Alejandra, un año y medio después de la terminación de la terapia. En esta conversación Alejandra mencionó que posterior a la conclusión del proceso terapéutico Cecilia se fue a vivir en Guadalajara con su tía (hermana de Alejandra). Refiere que allá intentó ingresar a la universidad pero no lo consiguió por lo que estuvo trabajando en el negocio de sus familiares. Refiere que desde entonces solo ha venido a la ciudad de visita, a pasar algunas fiestas y más recientemente a realizar el examen universitario. Alejandra comenta que Cecilia no habla con su papá e inclusive menciona que cuando ha venido a la ciudad no llega a su casa sino que se queda con una tía paterna que vive al lado de su domicilio. Así mismo Alejandra menciona que aunque Cecilia se quede en la universidad no vivirá con ellos, ya que ella ha expresado su

inconformidad ante la relación de pareja de sus padres y la propia con Arturo. Se observa que Cecilia ha intentado poner distancia de por medio a la relación familiar para no seguir siendo instigada en la relación de los padres.

No obstante lo anterior, según lo que comenta Alejandra la instigación se ha encontrado presente aún en los momentos en los que Cecilia se presenta en la ciudad, quedando la posibilidad de deslindarse solo en ella, lo cual al parecer ha podido manejar hasta el momento. Alejandra comenta que la situación se agudizó hace aproximadamente seis meses cuando nuevamente Alejandra se enteró de una infidelidad por parte de Arturo, la que casualmente salió a la luz en una de las visitas de Cecilia a la ciudad. Refiere que en esta ocasión Cecilia le comentó a Alejandra que tenía mucho apoyo de su familia para separarse de Arturo pero que si ella no lo deseaba eso sería una decisión personal. Al parecer este nuevo distanciamiento por parte de Cecilia es una barrera para la instigación y por lo tanto a participar dentro del embrollo.

Alejandra también menciona que su relación con Arturo permanece igual, es decir continúan en el estancamiento. Refiere que posteriormente al descubrimiento de la nueva infidelidad hace seis meses, la relación empeoró. Menciona que inclusive pensó en la separación legal y hace aproximadamente tres meses solicitó asesoría legal, momento en el que Arturo se mostró en una mejor actitud y se comprometió a cambiar, por lo que en fechas recientes la relación mejoró. Se muestra como nuevamente la pareja entra en un ciclo en el que tras una escalada de difícil manejo un movimiento hacia una relación complementaria mantiene a la pareja en equilibrio impidiendo un cambio de segundo orden. Y nuevamente Alejandra considera que es posible un verdadero cambio aunque según menciona “yo sé que no podrá ser al cien por ciento” sic, y vuelve a colocarse en una posición de no cambio, posteriormente a esto Alejandra abandona todo acto legal. Menciona que ahora quiere que ambos asistan a un grupo de autoayuda para mejorar la relación.

En el seguimiento se le cuestiona que es lo que ella cree que la motivo a buscar la asesoría legal y después a abandonar la posible separación. Refiere que para ella el divorcio es muy difícil a nivel emocional, pero también a nivel social y económico. Menciona que le preocupa lo que pensará su familia del divorcio así como el que ella tendrá que correr con una serie de gastos que no cree poder solventar. Así mismo refiere que aunque su familia le ha propuesto irse a vivir fuera (a Guadalajara) ella considera que su edad no le permitirá iniciar en un trabajo estable, menciona que ella tiene quince años trabajando en donde lo hace actualmente y piensa que es un trabajo más seguro. En este punto se hacen presentes todos los miedos y la inseguridad que le plantea a Alejandra el tomar una decisión de separación, ya que hasta ahora no ve un beneficio.

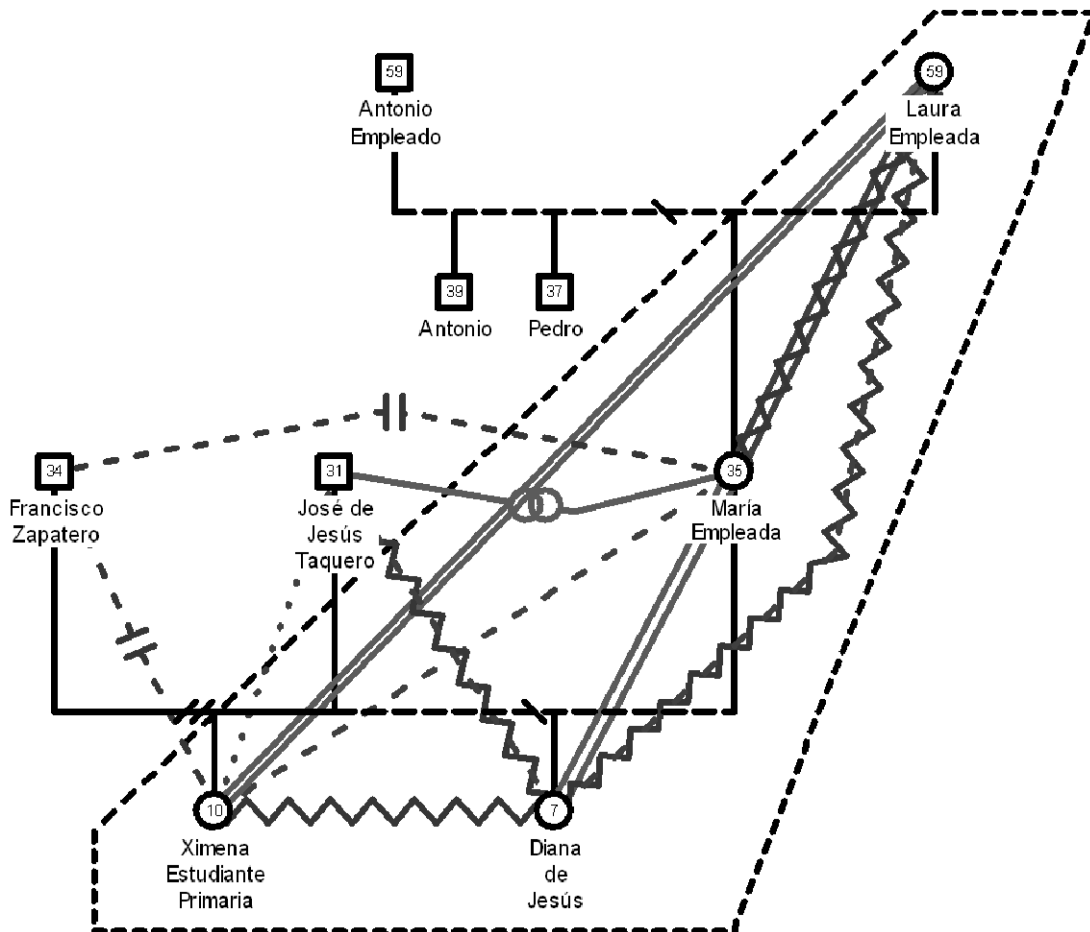
También se pregunta a Alejandra cual es el papel que Daniel está teniendo en la situación y menciona que él le ha expresado su inconformidad ante la mala relación de pareja de los padres. Sin embargo refiere que hasta este momento él no ha intervenido en las disputas de la pareja, al parecer solo le ha expresado a la madre su malestar por la

situación tensa de la familia, así como también su compromiso de apoyo si es que ésta decide separarse. Alejandra comenta que le hace sentir bien el que Daniel no participe directamente, sin embargo deja abierta la posibilidad de que esto ocurra, ya que menciona que ella quiere que las cosas mejoren antes de que pase algo más grave, refiriéndose a que Daniel llegue a pelearse con Arturo, ya que ya está más grande. Nuevamente esto plantea la necesidad de sea Daniel quien tome distancia de la relación de pareja de los padres con el fin de no ser instigado y por tanto atrapado en el embrollo familiar.

CASO 2. FAMILIA M

Supervisora:	Dra. Silvia Becerril Cervantes
Tipo de supervisión:	Narrada y en vivo, en Coterapia.
Sede:	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".
Número de Sesiones:	32 en total: 24 asistencias y 8 inasistencias.
Enfoque:	Integración de Modelos.

FAMILIOGRAMA



MOTIVO DE CONSULTA

María refiere que le preocupa la enuresis de Diana, ya que está presente desde que tenía 2 años y medio de edad. Además María manifiesta que ella se siente muy deprimida e irritable, lo que le dificulta el manejo de Diana.

HIPOTESIS SISTÉMICA

Al parecer María y Diana tienen una relación muy estrecha, que se relaciona con el apego que María siente aún por el padre de Diana, ya que no ha podido desligarse emocionalmente de él.

Para María resulta beneficioso este acercamiento, ya que la coloca como una madre preocupada, además de que le permite una buena imagen hacia el padre de Diana y tal vez un posible acercamiento afectivo de él hacia María, además de que le da la posibilidad a la abuela materna de tener la razón acerca de que le es difícil controlar a Diana y esto le permite a su mamá continuar ejerciendo su autoridad en la familia, al considerar que María no educa bien a sus hijas.

Diana por su parte, tiene muchas ganancias, ya que tiene toda la atención de la familia, justifica su bajo rendimiento en la escuela y tanto a Diana como a María, les permite mantener su círculo especial de amistades dentro del Hospital.

Finalmente, Ximena tiene la posibilidad de no ser atrapada por María en una relación tan estrecha como la que tiene con Diana, lo que le impediría tener individualidad e independencia.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

El plan se orientó a generar cambios en la familia relacionados con la diferenciación de límites entre subsistemas, establecimiento de autoridad eficaz, así como en la intervención acerca del papel significativo que tiene Diana para la madre, en relación con José de Jesús (padre de Diana). Así mismo, se contempló el restablecer las relaciones fraternas, ya que la estrecha diada María-Diana trajo dificultades importantes en este subsistema. Un elemento primordial de atención terapéutica se refirió a la disminución de la enuresis en Diana, considerándola como un síntoma de la dinámica de la familia por medio del cual se podrían empezar a promover cambios en el funcionamiento en la misma.

El abordaje se llevó a cabo desde el enfoque de integración de modelos, dentro del cual destacan el modelo estructural, el modelo de terapia breve orientado a problemas y a

soluciones, modelo de Milán y de terapia narrativa. Éste último se utilizó específicamente para el síntoma de la enuresis con el protocolo *Pseudoencopresis, de la avalancha a la victoria, del círculo vicioso al círculo virtuoso*, propuesto por Michael White (1994).

PROCESO Y APLICACIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA.

En la *primera sesión*, se presentan María y Diana, se elabora entrevista inicial y diagnóstico familiar, se alcanza el objetivo establecido. María refiere que Diana tiene déficit de atención, le cuesta trabajo obedecer y a veces destruye cosas. Con respecto a la enuresis, comenta que se orina en el día y en la noche; piensa que a ella le afectó lo que sucedió con su papá. Refiere que se le complica manejarla, aunque trata de estar atrás de ella, llamándole la atención. Comenta que le ha llegado a pegar, ya que Diana la altera mucho. Refiere los antecedentes del problema. Se observa la vulnerabilidad de la hermana mayor ante la atención de María que atrae Diana.

En la *segunda sesión*, se presentan María y Diana, se trabajó únicamente con María, con el objetivo de conocer con más detalle el motivo de consulta, establecer la alianza terapéutica y profundizar acerca de las diferentes áreas del funcionamiento familiar. María refiere que Diana es señalada como niña problema (por conducta) tanto en su casa como en la escuela. Diana tiene dificultades con Ximena y con su abuelita. Refiere que hasta hace poco es que ella le empieza a llamar la atención, comienza a tener más control y ha buscado soluciones (como ponerla a hacer actividades) lo que le ha dado un poco de resultado. Se validó el que ella tomará la iniciativa para que las niñas realizaran ciertas actividades en casa y saliera con ellas; se le pidió observar que efectos tenía esto. Así como inició registros sobre los momentos en que se presenta la enuresis, y las circunstancias en que ésta se da; así como registrar las actividades que hacen que disminuya la enuresis.

En la *tercera sesión*, se presentan María y Diana. En esta sesión se tiene como objetivo el dar seguimiento a las observaciones solicitadas en la sesión anterior, así como observar la dinámica de la diada madre-hija dentro de la sesión. María mencionó las actividades que realizó con sus hijas en la semana, como salir al parque, jugar en casa. Comenta que observó algunos cambios en ellas, pelean menos y están más tranquilas; además de que la obedecen más. Comenta que el salir con ellas ha sido un recurso efectivo, al igual que ponerlas a hacer actividades domésticas en la casa, de manera equitativa. Se revisan registros de enuresis y comentó que este le dio la oportunidad de poner más atención y percatarse como se está dando ésta conducta. Por otro lado, María refirió hablaría con Diana respecto a la necesidad de estar dentro de la sesión. En este punto cabe resaltar que para María es difícil establecer límites dentro de la sesión y el que el escenario no contemple un espacio terapéutico delimitado por paredes sino únicamente por sillas (ver capítulo I, escenarios), dificulta más la solicitud de permanencia de Diana.

En la *cuarta sesión*, se presentan María y Diana. Se da seguimiento a las sugerencias de observaciones anteriores. María comenta que debido a algunas dificultades familiares han pensado irse a vivir a Guanajuato. Por otra parte, María comentó que tiene dificultad para ejercer los roles de padre y madre, ya que para ella hay una diferenciación rígida; la madre es aquella que proporciona apapachos y cariño, y el padre, es aquél que dicta reglas, normas y límites. Por lo que considera que ella, que es mamá soltera, debe alternar uno y otro. Aunque refiere que “siempre me gana el de mamá” sic madre. No obstante, durante las sesiones se le pide intervenir en el establecimiento de límites y aunque se le complica empieza a hacerlo. En esta sesión se trabajó con Diana, se revisó el registro de enuresis junto con ella. Diana comentó que le desagrada que esto le pase y se siente mal, ya que en la escuela le dicen “fea” sic Diana, también porque la maestra y los niños se dan cuenta cuando ocurre y se alejan de ella. Ambas mencionan que a la enuresis la llaman la Sra. Miona. Por lo que también las terapeutas le empezaron a llamar así. Con este nombramiento inicia formalmente el trabajo de deconstrucción de la enuresis, ya que esto permite externalizar el problema.

En la *quinta sesión*, se presentan María y Diana. Se contempló como objetivo abordar la carga emocional en la diada madre e hija, así como dar seguimiento a observaciones. Junto con María se abordó el tema de la enuresis y su registro. Se señaló la posibilidad de que le esté transmitiendo a Diana cierta tensión, ya que la enuresis se manifiesta principalmente en presencia de María y de Ximena. Se habló de que Diana está mejorando y está tratando de vencer a la Sra. Miona; así como también que va a enfrentar a otros monstruos, que son los de la flojera y la agresividad. Diana mencionó que está dispuesta a hacerlo, con la ayuda de sus frijolitos de la suerte. Se observa una mayor cooperación en ella. En esta sesión, se establece de manera clara la manera en que Diana inicia estrategias orientadas a generar discursos alternativos respecto a la enuresis, como su determinación de enfrentarla y utilizar sus propios recursos para hacerlo.

Por otra parte, se abordó con María la carga emocional en Diana por ser hija de José de Jesús, la madre reconoce la posibilidad de que exista cierta concordancia entre la tensión y la enuresis, ya que para ella Diana es primordial por ser hija de José de Jesús, ya que él es una persona muy importante en su vida. Lo anterior se asocia con la relación de excesivo apego y privilegios que tiene con Diana.

Se observa como María considera que su separación con Jesús no debió de ocurrir y piensa que en algún momento podría haber una reconciliación con él; lo anterior reafirma lo planteado por Selvini Palazzoli y colaboradores (1988) acerca del embrollo en familias monoparentales. Cabe mencionar que la esperanza de reconciliación es ideado por María, ya que en los hechos no existía ningún tipo de vínculo y mucho menos esperanza de reinicio de la relación. Lo que se tuvo que confrontar más adelante en diversas ocasiones.

En la *sexta sesión*, la familia no se presenta a la sesión. Como objetivo se tenía el dar seguimiento a las observaciones sobre enuresis, cambios y recursos utilizados para

afrontarla. Se hipotetiza su inasistencia como una dificultad para retomar lo relacionado a la carga emocional brindada a su relación con Diana.

En la *séptima sesión*, se presentan María y Diana. Se retoma el objetivo de la sesión 6. Junto con María revisó el registro de enuresis realizado en las vacaciones. Se observó que hubo un incremento en la frecuencia de la enuresis en relación a las últimas semanas. Lo que se vinculó con la falta de atención de María y la falta de actividades recreativas durante la temporada de vacaciones. Durante la sesión, María se refirió a la enuresis como la “Santa Miona”, lo que se le cuestionó y ella rectificó sintiéndose apenada por haberla llamado así. En relación a esto Diana comentó “Ni es Santa ni es Señora” sic, dijo que prefería llamarle desde ahora “la fea miona”. Lo anterior, ejemplifica por una parte la carga emocional asignada al síntoma en la dinámica de la familia y por otro lado muestra las estrategias de Diana (a nivel de historia narrativa) que emplea para hacerle frente a la situación, como externalizarla poniendo énfasis en los efectos negativos. Diana comentó que le ha ido mal con “la fea miona”, ya que ésta la había estado molestando y que si la tuviera enfrente la mataría con un cuchillo, la haría cachitos y la tiraría a la basura. Se le preguntó por sus otros monstruos, y comenta que los está enfrentando, aunque no quiso hablar mucho del tema, ya que estaba inquieta por irse a jugar. Se insistió en que eligiera sus frijolitos de la suerte que la ayudarán a combatir a los monstruos. En esta sesión se reforzaron las habilidades utilizadas por Diana para que haga lo que le funciona.

En la *octava sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se planteó el dar seguimiento a las observaciones establecidas en sesiones anteriores, así como el resaltar las excepciones y soluciones establecidas. Diana se mostró muy cooperadora a lo largo de la sesión, mencionó que se sentía muy bien en la escuela, ya que “no se hacía del baño” sic Diana, los niños no le decían nada e incluso en una ocasión la alentaron a que terminara las actividades que les había dejado la maestra, ya que era inteligente, lo cual le agradó mucho. Mencionó también que tiene un novio en el salón, y aunque le dio pena comentarlo, se veía muy contenta. María mencionó que han salido como familia y que han estado conviviendo más. Mostraron el registro de enuresis y Diana comentó que la “fea miona” ya había desaparecido, lo que si ocurrió pero solo en la escuela, pues en la casa e incluso un día en la calle ocurrió. Se puso énfasis en el objetivo planteado, lo que fomentó una sensación de comodidad en Diana respecto a sus logros.

En la *novena sesión*, se presentan María y Diana. Se plantea dar seguimiento a las observaciones así como cuestionar el síntoma de la enuresis en el contexto de la familia. Se observa que Diana sigue sin presentar la enuresis en la escuela. Por lo que se explora el patrón que permanece en la actualidad. De aquí se desprenden las dificultades que existen para que María le brinde atención a Diana, ya que comenta que si no fuera por la enuresis, tal vez no le haría caso. Al realizar esta declaración, como lo menciona Selvini Palazzoli y colaboradores (1988) María pone de manifiesto la importancia de los diagnósticos de Diana como síntoma de la familia, para conseguir una relación de cercanía con José de Jesús, dejando a Diana una posición de pseudoprivilegio, ya que esta no es por ella misma, sino por lo que María puede obtener con ésta.

Dentro de esta novena sesión, lo anterior se relaciona con los cambios que provocaría el que se solucionara dichos síntomas. Junto con María se trabajó con la tarea de las ventajas y desventajas acerca de la solución del problema. Se reflexiona sobre lo anterior y María refiere para ella sería difícil si las cosas cambiarán, ya que está muy acostumbrada a esta relación. Así mismo, se cuestiona en donde es que aprendió este tipo de relación. María comenta que ella tuvo una relación similar con su propia mamá, lo que le fomentó miedo e inseguridad. Se inician intervenciones terapéuticas para relacionar y diferenciar de manera trigeracional las dificultades presentes en la familia.

Este punto resultó de gran importancia, ya que como lo plantea Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999), es necesario tomar en cuenta que en los problemas presentados existe un paralelismo entre el comportamiento del individuo dentro de su singular historia afectivo-relacional y el proceso evolutivo familiar.

En este caso, el paralelismo se observa en las relaciones carentes de afecto establecidas por María con sus parejas y con su familia de origen. María describió a la madre como un apoyo meramente instrumental. En diversas ocasiones se le solicitó a Laura su participación por medio de María, negándose en todas ellas por sus actividades. Mientras que con su padre lleva una relación distante, en la que se privilegian las relaciones del padre con sus medias hermanas.

En la *decima sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se tuvo retomar las ventajas y las desventajas de que el problema desapareciera, así como de los cambios que se generarían. Lo anterior le hace reflexionar a María sobre la necesidad de iniciar actividades de satisfacción personales. Se explora la posibilidad de lo anterior con la finalidad de empezar a diferenciarse de Diana. No obstante, al iniciar estos planteamientos, María retoma nuevamente su intención de irse a vivir a Guanajuato, por lo que se abordó el posible cambio de residencia y las áreas de oportunidad. En este punto de la terapia, se observa que empiezan cambios importantes en la familia, ya que Diana sigue con cambios positivos en el control de la enuresis, lo que abre paso a poner atención en la persona de María. Lo anterior, al parecer hasta ahora evitado por María, lo que se relacionó con la inasistencia de la madre e hija a la siguiente sesión.

En la *undécima sesión*, no se presentaron a sesión. El objetivo era retomar la permanencia de los cambios presentados, así como entregarle a Diana un reconocimiento en forma de “vale” de manera parcial por vencer a la “fea miona en la escuela” por los últimos dos meses.

En la *decimosegunda sesión*, se presentan María y Diana. Se retoma el objetivo de la sesión anterior. María comenta que ha tenido dificultades con su hija mayor, ya que le recriminó que toda la atención se la brinda a Diana, mientras que a ella no la toma mucho en cuenta. Refiere que en dos ocasiones no quiso asistir a la escuela; la primera se quedó en casa y en la segunda María la obligó a ir. Comenta que ha intentado acercarse a ella y

manifiesta que la entiende, pues efectivamente le ha dedicado más tiempo a Diana. Lo anterior le genera un poco de culpa, pero también la activa para buscar un mayor acercamiento. Refiere que la abraza, le dice que la quiere y ha prestado más atención a las tareas escolares. En este punto de la terapia empieza a haber un reordenamiento de las relaciones, en especial entre María y Ximena, por lo que esto también se contempla para intervenciones futuras respecto a los subsistemas. Por otra parte, Diana comenta que la “fea miona” se ha presentado algunas veces y sugirió que tal vez podría engañarla, poniéndose en la noche unos lentes, que tuvieran unos ojos, para que parezca que está despierta y la “fea miona” no se aproveche. Diana sigue utilizando sus recursos manera de estrategia narrativa y empieza a lograr estrategias efectivas para controlar mejor la enuresis. No se hace entrega del vale, por la presencia de una ocasión en la escuela.

En la *decimotercera sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se contempla el dar seguimiento a los logros; así como se abordan temas diferentes de manera paralela con cada una de ellas. Se trabaja separadamente, María comenta que habló con José y que le explicó lo del TDAH; ya que ella desea que él esté más presente con Diana, además de que le solicitó apoyo para su manutención. Se explora su relación con José desde el inicio, y al hacerlo se le ve muy triste e inclusive llora. Menciona que esto es algo que aun considera inconcluso y que por eso aún conserva las cartas de su relación. En esta sesión se interviene con María acerca de los lazos emocionales con el padre de Diana y la manera en que ella desea seguir unida a pesar de la situación a través de Diana.

Nuevamente resalta la carencia afectiva (Selvini Palazzoli et al, 1988) ligada a la ilusión de reanudar la relación de pareja con Jesús como único recurso y de la cual depende para sentirse mejor. Mencionó que las ocasiones en las que había hablado con José de Jesús acerca de la situación que Diana guardaba en el hospital, se mostraba muy contenta y mencionaba que le agradaba estar en contacto con él, aunque fuera vía telefónica.

En la misma sesión decimotercera, también se trabajó de manera separada con Diana mediante dibujos acerca de los monstruos y de la “fea miona” y además de como se verá cuando los logre vencer. Se persigue la metáfora narrativa a través del juego, para incrementar sus estrategias.

En la *decimocuarta sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se tiene el dar seguimiento a las observaciones de enuresis y cambios. Diana comienza comentando que le ha ido bien en la escuela, ya que la “fea miona” no la ha visitado; e inclusive María comenta que la maestra le dijo que Diana ya no va tantas veces al baño. Lo que al parecer indica que está teniendo mayor control, así mismo de aprovecha dicho cambio para cuestionar la presencia de la enuresis y su creencia de no control. María comenta que tampoco la ha visitado en la noche, hasta el día de hoy. Se retoma y se profundiza en estrategias de mantenimiento.

En la *decimoquinta sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se tiene el dar seguimiento a las observaciones de enuresis y cambios. Se revisa el registro de enuresis, y se observa que la frecuencia disminuyó considerablemente en el día en casa, Diana

comenta que casi no la visitó la “fea miona”. Se exploran estrategias de solución y posibles cambios en la dinámica. Ambas comentan que empezaron a ir vender afuera de un kinder, junto con Ximena. María comenta que fue impulsada por Diana, ya que ella no tenía ganas de ir. Mencionan que esta es una nueva forma de convivencia, ya que casi no realizan actividades las tres juntas, ambas se muestran entusiastas.

Por otra parte, María comentó que nuevamente habló con José de Jesús. Hace alusión a que ella tiene un interés hacia él y a que se pueda reanudar esa relación. Comenta que ella le preguntó si era feliz, y como él le comentó que no, ella interpretó esto como una señal de posible reconciliación. Se observa que María está ilusionada con esto, ya que menciona que tal vez si Diana lo empieza a ver, así ella podrá verlo también. Cuando se le cuestiona esto, ella lo niega y refiere que se malentendió lo que comentó, y que no está utilizando a Diana. Aunque admite que el cambio a León si está relacionado con eso. Se retoma nuevamente la cercanía de Diana como un intento de mantener el lazo afectivo con José. En esta sesión esto se cuestiona de manera reiterada.

En la *decimosexta sesión*, se tuvo como objetivo el retomar lo confrontado en la sesión anterior, respecto a la relación con José. María se presenta sola, argumenta que Diana está viendo una película en otra área del hospital por lo que no asiste. María comenta que estuvo pensando lo que se habló pasada y refiere que no desea utilizar a Diana como anzuelo con José. Aunque refiere que siente mucha necesidad de hablar con él e inclusive deja entrever, que no sabe si aguantará la tentación de llamarle. También María comenta que ha tratado de convivir más con Ximena. Se revisa el registro de la enuresis, se observa que ha ido disminuyendo, aunque todavía está presente. Se da énfasis a los cambios y a la manera en que María poco a poco ha empezado a prestar atención a sus necesidades personales.

En la *decimoséptima sesión*, se presenta María nuevamente sin Diana, argumenta que está jugando con unos amiguitos. EL objetivo de esta sesión se centró el dar seguimiento a situación de María respecto a José, así como la relación con Ximena y la situación académica de Diana. María comentó nuevamente que intentó comunicarse con José de Jesús, sin embargo, esta vez no obtuvo ninguna respuesta. Además comenta que Diana estaba presente y que ella también participó al dejarle mensajes en el buzón de voz a José, los cuales básicamente eran solicitándole dinero. Refiere que esto la hace sentir sumamente triste, ya que él no le responde. Nuevamente se le hace énfasis en que él no ha mostrado interés alguno en ellas, así como la insistencia de ella de establecer contacto. Se aprecia la manera en que casualmente María se ha presentado sin Diana también a esta sesión. Al finalizar la sesión, ya con Diana presente, se revisó el registro de enuresis el cual ha aumentado últimamente. Se relaciona con la insistencia de Diana en establecer una relación con José a través de Diana.

En la *decimooctava sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se tenía el dar seguimiento a la enuresis, así como explorar el estado anímico de María respecto a las llamadas hacia Jesús. En la sesión, María comenta algunas dificultades de conducta que

presentaron ambas hijas, resalta la manera en que nuevamente se enfoca la conducta de las chicas, ante las confrontaciones previas. También menciona que está tratando de pasar más tiempo con Ximena y se siente contenta. Se cita a Ximena para una próxima sesión.

En la *decimonovena sesión*, se presentan María, Diana y Ximena. El objetivo de invitar a Ximena a la sesión, fue el explorar como se siente respecto a la situación familiar. Durante la sesión Ximena se mostró muy seria, no obstante fue cooperadora en el dialogo. Se le preguntó si sabía el por qué de su visita, así como si ella sabía el por qué Diana acude al hospital, a ambas preguntas contestó que no lo sabía. Por lo que se le instó a preguntarle a María, quién le explicó de manera sencilla. En esta sesión se trato de fomentar el dialogo María-Ximena y moldear estilos de comunicación adecuados. Ximena comentó qué piensa y siente respecto al diagnostico de Diana, refiere que ella piensa que Diana “se hace”, es decir, que no tiene nada y lo que pasa es que no le gusta hacer nada. Ximena comentó que ella se molesta porque piensa que María le presta más atención a Diana, además de que no contribuye con tareas en el hogar, como lo hace ella. Se validan sus sentimientos y pensamientos, así como se promueve la escucha activa en María. Con respecto a la enuresis, Ximena comenta que lo que pasa es que María trata a Diana como un bebé, ya que cuando esto ocurre Diana no se cambia sola, sino que lo hace María. Lo anterior, pone nuevamente en evidencia la relación de privilegio establecida por María hacia Diana. Se sugieren actividades de esparcimiento entre hermanas, actividades exclusivas entre María y Ximena; así como también actividades de mayor reorganización de responsabilidades incluyendo a Diana.

En la *vigésima sesión*, no asisten. Posteriormente, comentan que no tuvieron dinero para trasladarse y ni para la terapia.

En la *vigésima primera sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se tuvo el dar seguimiento a actividades sugeridas en sesión anterior. Se aborda el establecimiento de límites y reglas que María debe poner tanto a Diana como a Ximena. Con respecto a la enuresis, se observa en el registro una constante en frecuencia, y una desaparición en la escuela. Diana comenta que posiblemente la “fea miona” no la ha visitado en la escuela, debido que cree que pasó a tercer año, y como reprobó no sabe que está en segundo, esto lo considera como una ventaja. Por otro lado, María refiere que ha intentado acercarse a Ximena, menciona que lo hizo como 4 veces, y refiere una ocasión en la que salieron juntas, sin decirle a Diana, quien las estuvo buscando; se les cuestionó sobre lo que sintieron al no salir juntas, ambas contestaron que bien, aunque se rieron nerviosamente al contestar. Se resaltan la importancia de convivir con Ximena.

En la *vigésima segunda sesión*, se presentan María y Diana. Como objetivo se tiene el retomar las actividades compartidas y el establecimiento de límites y normas. María comentó que sigue teniendo salidas con Ximena y María ha observado un cambio en Ximena, la ve “más contenta” sic, se pone énfasis a lo anterior, en cuanto a las ventajas de compartir actividades. En relación al manejo de autoridad, María comentó un hecho en el

que si la ejerció, cuando falleció un familiar y sus hijas le insistían en ir con ella, pero ella mantuvo su opinión y no las llevó. Se observa que le es difícil tomar decisiones y mantenerlas, por lo que este evento se toma como una excepción para intervenir.

En la *vigésima tercera* sesión, se presentan María y Diana. Como objetivo se contempló dar seguimiento a actividades anteriores y enuresis. María comenta que Diana no tenía deseos de ir al Hospital y que prefería irse a la escuela, pues en esta podía jugar con sus amigos y en este ya se aburría. Por lo anterior, se introduce el cuestionamiento sobre la prolongación del apoyo. Al parecer Diana está empezando a integrarse en su grupo de pares de manera exitosa. Esto también se relaciona con el buen desempeño que Diana está teniendo en la escuela. La ausencia de la “fea miona” en la escuela se mantenía, por lo que se le entregó a Diana un vale por haber vencido a la “fea miona” y se le motivó para que continúe así y avance hacia la siguiente meta. Se reconocen los avances y plantean metas futuras.

En la *vigésima cuarta* sesión, no se presentan.

En la *vigésima quinta* sesión, se presentan María y Diana. Como objetivo se tuvo el dar seguimiento a la situación académica de Diana. Se dan sugerencias sobre condiciones óptimas de estudio. María ha empezado a asignarle responsabilidades en casa a Diana, pues anteriormente no hacía nada y era una de las quejas de Ximena. Se le pregunta a María como se siente de mantenerse firme y comentó que a veces siente que “es mala” sic, pues un día Diana le preguntó si ya no la quería. Se deconstruye esta creencia. Con el registro de enuresis, se observa que ha disminuido, manteniéndose ausente en la escuela y en la casa. Finalmente se observa a Diana más atenta y cooperadora que en otras sesiones, manteniéndose toda la sesión y se le observa muy atenta a sí misma, pues se pinta la boca, se observa en un espejo. Se pone énfasis en los logros para lograr permanencia y también se cuestiona la insistencia de María para que Diana asista a un servicio de terapia grupal en el hospital, aun cuando los avances son notables.

En la *vigésima sexta* sesión, se presentan María y Diana. Se da seguimiento a estrategias de estudio, manejo de autoridad, observaciones de enuresis. Inician mejoras en hábitos de estudio y se resaltan los aciertos. Se aborda lo relacionado al posible cambio de residencia de la familia. A Diana por su parte, se le nota contenta y continua atenta a su arreglo personal (ropa, accesorios). Se le pregunta cómo le ha ido en relación a los monstruos y menciona que bien, que la “fea miona”, no la ha visitado en las noches porque se ha levantado. Se muestra contenta y se validan los logros.

En la *vigésima séptima* sesión, no se presentan. Posteriormente se presenta María para avisar que no pudo asistir, porque tuvo una cita en el mismo hospital para que evaluaran si Diana podría iniciar una terapia de grupo.

En la *vigésima octava* sesión, se presenta María sola. Se dará seguimiento a intervenciones de sesiones anteriores. María menciona que Diana tuvo su convivio del día

de Muertos y no quiso faltar, pues además iba a ir disfrazada y estaba entusiasmada. Se le pregunta a María que le hace pensar que Diana prefiera ir a la escuela que asistir al psiquiátrico, cuando anteriormente era al revés, ella menciona que Diana se siente contenta en la escuela, le está yendo bien, tanto en las clases, las tareas como con la parte de los amigos. Se relacionan los cambios de Diana con los que ha hecho María y se le pregunta qué es lo que podría hacer para mantener estos cambios o que podría pasara para que las cosas fueran mal, a lo que contesta que eso no le permitiría. Finalmente, María comenta que lo único que le faltaría para estar completamente bien, sería el cariño y el apoyo de una pareja, a lo que se le menciona que esa es una decisión de ella y cuando ella se sienta preparada, la va a buscar. Resalta nuevamente su necesidad afectiva, ya que al parecer José de Jesús dejó muy en claro una negativa de relación. Se inicia cierre para egreso del servicio.

En la *vigésima novena sesión*, se presentan María y Diana. Se da seguimiento a cambios en Diana y su relación con la escuela, los avances en la terapia, la insistencia de María de reingresar a Diana en otro servicio. Diana comenta que prefiere estar en la escuela, que ese día que no vino se la paso muy bien, estuvo jugando y se retoman los cambios que hemos visto en ella, los cuales comenta la han hecho sentir bien y a María se le pregunta cómo ve estos cambios, a lo que responde que se siente muy contenta por todo lo que ha hecho su hija. Se planteó también el acercamiento del fin de la terapia, ante los cambios significativos que se observaron en las últimas sesiones, a lo que María respondió que va a extrañar el venir, pero es momento de seguir su camino y tomar decisiones, lo cual se le reconoció, pues los cambios los han hecho ellas. Se planea el egreso formal del servicio en próxima sesión.

En la *trigésima sesión*, se tuvo como objetivo recapitular logros obtenidos y realizar el alta del servicio de manera formal, sin embargo no se presentan, ni avisan el motivo de su inasistencia.

En la *trigésima primera sesión*, se mantienen los objetivos y tampoco se presentan, ni avisan el motivo de su inasistencia.

En la *trigésima segunda sesión*, se mantienen los objetivos y tampoco se presentan, ni avisan el motivo de su inasistencia. Bajo la indicación de la supervisora se contacta a María vía telefónica para saber sobre sus inasistencias. Refiere que ha tenido muchas ocupaciones y que no podrá acudir más al hospital. Se le informa que se le da de alta del servicio en base a los progresos y mejoras en Diana; lo que ya se había abordado en la última sesión, está de acuerdo. En la misma llamada María refirió que Diana no fue aceptada en el grupo de psicoterapia. También se le sugiere a María tratamiento individual para abordar sus dificultades personales, ya que se observó que tiende a establecer relaciones dependientes emocionalmente y aunque en esta terapia se consideró este punto en relación con Diana, se piensa que la madre necesita de mayor apoyo para iniciar el establecimiento de relaciones interdependientes favorables.

En el expediente médico del Hospital, se verifica que Diana no fue considerada como candidata al grupo de psicoterapia, así como que también fue dada de alta del servicio de consulta externa por mejoría. También se informa que ambas faltaron a las sesiones de este servicio que estaban programadas como de cierre. Se hipotetiza que María está molesta por estas altas en el hospital, ya que ella está muy ligada al mismo. No obstante la notable mejoría de Diana, María quería seguir acudiendo, rehusándose a terminar el tratamiento.

Las intervenciones en este caso se orientaron principalmente a romper la instigación por parte de la madre. Con diferentes recursos se buscó la renuncia de la madre a utilizar a Diana como vehículo de las exigencias hacia el padre.

En el caso de esta familia, la enuresis se presentaba como algo de difícil control. Con el trabajo terapéutico encaminado a vencer este síntoma, la diada madre e hija se reorientó hacia un fin más provechoso. En vez de relacionarse con el embrollo, iniciaron una alianza en contra del síntoma. Se realizaron técnicas específicas pertenecientes al protocolo de White (1994) sobre encopresis, las cuales eran incitar al niño a pelear contra los síntomas, conseguir la alianza de los padres, pedir ayuda extra (por ejemplo: uso de los frijoles mágicos), manejo práctico del baño, mapa de situaciones de urgencia, externalización del síntoma, elaboración de contradocumentos ante logros, prescripción de recaídas.

Según lo abordado en el caso, los principales logros del proceso fueron que la enuresis desapareció de la escena familiar, brindándole a Diana una mayor confianza en sí misma, lo que se vio reflejado en el espacio escolar al iniciar interacciones adecuadas con su edad. Al tener estos logros, María se vio en la necesidad de asumir sus responsabilidades respecto a la relación con José de Jesús, a su terminación, así como con la ilusión de querer una pareja a su lado. María asume sus emociones respecto a José de Jesús y reconoce la manera en que estaba involucrando a Diana en dicho conflicto.

Lo anterior, fomentó un mejor manejo de autoridad en María, el cual se observó en el establecimiento de límites y reglas, controlando la situación de Diana respecto al TDAH. Se empezaron definir subsistemas y roles claros. La madre estableció una crianza con mayor firmeza, dejando a un lado las ganancias en el acercamiento con José de Jesús. Así mismo, al disminuir los síntomas presentes en Diana, la diada María-Diana se flexibilizó, dándole a Ximena la oportunidad de incluirse en la interacción de la familia y definiendo el subsistema fraterno con claridad. También esto permitió que Diana se incluyera de una manera más grata en sus interacciones con Laura.

Dentro del espacio terapéutico se llevaron a cabo intervenciones dirigidas a conseguir lo anterior. Además de las mencionadas para la enuresis, se realizaron las siguientes: Encuadre del espacio terapéutico considerando a Diana dentro de las sesiones, registro de enuresis que definió los avances en relación a vencer el síntoma, validar la iniciativa para cambios en la dinámica de la familia, validar las emociones y circunstancias de la madre como guía de una familia monoparental, definición de roles y límites mediante tareas

específicas, cuestionamiento de la realidad y del síntoma en la familia, prescripción de una recaída, uso de metáforas, cuestionamiento de la triangulación de Diana en la relación de los padres, uso de metáforas, utilización de preguntas circulares, cuestionamiento de la desaparición del síntoma en la familia y sus efectos, asociación trigeracional de la diada madre- hija en la familia, reconocimiento todos los logros conseguidos.

El alta del servicio se llevó a cabo en base a los objetivos alcanzados, así como por la importancia de desarrollar el sentido de independencia de la familia con respecto al sistema institucional. El pronóstico de la familia al egreso, se consideró como medianamente favorable, ya que la madre se encontraba muy ligada a la interacción con el hospital, lo que posiblemente le lleve a buscar espacios similares; así como también debido a la posibilidad de que María nuevamente introduzca a Diana en una relación como la que tenían al iniciar el proceso por las dificultades propias.

1.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA.

El presente análisis teórico metodológico se encuentra instaurado dentro de la escuela de Milán. Considero que este es un marco adecuado para analizar tanto las problemáticas presentadas como la terminación que tuvieron ambos casos, ya que éste nos permite analizar las situaciones familiares desde una perspectiva multidimensional. En la que como lo plantea Selvinni Palazzoli y colaboradores (1999) se considera el por qué del o los síntomas, el pasado de los individuos, el funcionamiento defensivo, las necesidades insatisfechas, la relación entre tales necesidades, la experiencia de crianza y las relaciones de cada padre con su familia de origen.

Y si bien en ambos casos no tuve la oportunidad de profundizar como hubiese sido necesario en este último punto, me parece que éstos ofrecen una visión abarcadora acerca de la perspectiva multidimensional. Ya que algo que pude observar dentro de la práctica clínica es que se puede trabajar con diferentes problemáticas atacando directamente los síntomas, sin embargo considero que es necesario abordar las dificultades desde un punto de vista más amplio, por supuesto desde la visión sistémica pero también incluyendo la dimensión individual, ya que como se puede observar en ambos casos la comprensión del síntoma no hubiese sido posible sin tomar en cuenta las experiencias, necesidades y participación de los individuos en la dinámica de la familia. Por lo que me parece que las premisas brindadas por la escuela de Milán posibilitan este tipo de entendimiento.

Se ha considerado que la escuela de Milán busca una premisa que es la que parece mantener en su sitio las conductas vinculadas al problema (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Como se pudo observar en el caso de ambas familias la premisa se

encontraba en embrollo familiar que existía entre la pareja de padres y uno de los hijos, el cual sostenía el estatus de la familia; y los síntomas se presentaban como un manifiesto a la inconformidad de esta dinámica por parte del hijo instigado, el cual en ambos casos se trataba del hijo problemático.

Por embrollo (Selvini Palazzoli, et al, 1988) se entiende el proceso interactivo en el que se estructura y se desarrolla una táctica conductual específica, puesta en práctica por uno de los padres. Caracterizada por partir de una relación diádica intergeneracional privilegiada que en realidad no lo es. Este privilegio es inaccesible a la expresión verbal, quedando solo de manifiesto las conductas. En términos estructurales, existe una confusión en cuanto a la jerarquía, subsistemas y roles ejercidos por los miembros de la familia.

Es importante considerar que en el embrollo, el privilegio con el que cuenta el hijo, no es auténtico desde el punto de vista afectivo, sino que es el instrumento de una estrategia que apunta contra alguien, en general el otro cónyuge. Esta dinámica puede permanecer sin tener conflictos manifiestos, sin embargo la aparición de síntomas se relaciona con la puesta en evidencia de la poca autenticidad del privilegio, exponiendo la instrumentalización del hijo y el engaño implícito (Selvini Palazzoli, et al, 1988).

En ambos casos clínicos, la situación privilegiada está centrada en el hijo con el que se tienen las dificultades. En donde el padre o madre se vale de la instigación para crear el embrollo. Dicho embrollo se genera por la insatisfacción entre los cónyuges. El instigado se vuelve el portador de comunicaciones de uno de los padres hacia el otro, en situaciones que generalmente éste no manifiesta de manera personal. Así mismo, hay que considerar que un hijo no se permitiría hablar de un determinado modo a su padre o madre si no hubiese sido autorizado para hacerlo (en este caso por el otro cónyuge).

Lo anterior queda muy claro en el caso de la familia MV, en el que Cecilia mediante la instigación por parte de la madre sirve como la portavoz de demandas de fidelidad y cercanía hacia Arturo, las cuales Alejandra no está dispuesta a hablar abiertamente. El embrollo coloca a Cecilia en una posición de pseudoprivilegio al ser la confidente de la madre y recibir a cambio beneficios de su parte como estatus, jerarquía, reglas flexibles.

No obstante, Cecilia al darse cuenta del engaño, se desilusiona ante la nula petición de demandas y la indecisión de Alejandra de separarse de Arturo. Por lo que despliega una serie de conductas (síntomas) que ponen de manifiesto su inconformidad; las cuales se traducen principalmente en desacato de la autoridad, ruptura de límites, cuestionamiento de las reglas y recriminación acerca del comportamiento de los padres. Esto último presentándose como problemas a resolver en la terapia, ya que esta situación les impide a ambos padres cumplir con el establecimiento de reglas acordes con la etapa del ciclo vital de la familia en la que se encuentran.

Ahora bien, como se especificó en el caso de la Familia MV, el embrollo familiar se presenta cuando la pareja de padres involucra a Cecilia en la diada conyugal, sin embargo, en el caso de la familia M el subsistema conyugal per se no existe, por lo que cabe la interrogante acerca de ¿cómo se manifiesta dicho embrollo si la familia solo cuenta con un miembro de la pareja?

En este sentido, Selvini Palazzoli y colaboradores (1988), afirman que el embrollo también se puede presentar en familias monoparentales, ya sea por viudez o divorcio. En donde la organización relacional ya se encontraba presente antes de la ausencia del padre faltante. Generalmente esto ocurre cuando en la separación o divorcio hay uno de los cónyuges que lo vive como un abandono incomprensible o injusto. Este padre cae en depresión y plantea a los hijos interrogantes, las cuales pueden estar cargadas de enojo o de tristeza.

Es así como a lo largo del proceso de la familia M se observa este tipo de juego familiar, en que existe una constante necesidad afectiva por parte de la madre de reanudar (a veces meramente de forma ilusoria) la relación con José de Jesús, utilizando a Diana como medio. Diana en diversas ocasiones es instigada por la madre y habla con el padre vía telefónica para decirle que lo quiere ver y que necesita de su apoyo. Al estar en el embrollo, Diana cuenta con una relación psudoprivilegiada, en la cual María accedía a todas las demandas y exigencias de Diana.

No obstante lo anterior, Diana se da cuenta que la relación no es auténtica, recordemos que María comentó en una de las sesiones que si no fuera por la situación ella tal vez no le haría ningún caso a Diana. Por lo que los síntomas presentados por ella (TDAH y Enuresis) manifestaban la inconformidad ante el engaño de la madre, no obstante esto también colocó a Diana en una situación de doble vínculo, ya que los síntomas además de manifestar su malestar al estar involucrada en el embrollo, también servían a María para justificarse y buscar mayores acercamientos con José de Jesús. De tal forma que éstos no eran percibidos por la madre como protesta, sino como medios. Poniendo a Diana en un dilema, ya que para la madre los síntomas eran propicios para la instigación y para Diana abandonarlos sería mostrar conformidad hacia el embrollo. Cuando llegan al proceso terapéutico parece que Diana estaba dispuesta a hacer escuchar su protesta, tal vez de esta situación partía la cronicidad de los síntomas. Así mismo, el diagnóstico de TDAH, permitía a María excusar el estilo permisivo con el que criaba a Diana, aumentando la dificultad de la madre para llevar a cabo las tareas impuestas por la fase del ciclo vital familiar en la que se encontraban.

Para Selvini Palazzoli y colaboradores (1988), el juego familiar (interacción particular), es un modo de representar una organización interactiva que evoluciona con el tiempo. Comentan que no jugar es imposible, ya que todo grupo con historia, no puede no organizar su propia interacción. Y dependerá en gran parte de la modalidad de esa organización interactiva que cada miembro de ese grupo se sienta cómodo o, en cambio alguno de ellos revele por medio del síntoma el hecho de haber sentido una contrariedad

relacional insostenible. En ambos casos, los síntomas revelaban el juego familiar y ponían en manifiesto el embrollo y la instigación de la que se estaba siendo objeto.

Según el análisis multidimensional (Cirillo et al, 1999) existen dos tipos de pautas a considerar en los casos presentados, una diacrónica (que representa el proceso en sus diferentes etapas a través del tiempo) y una sincrónica (que conecta los diferentes eventos secuenciales del ciclo vital con los acontecimientos y características familiares en el presente).

De ahí que es importante considerar tanto las relaciones trigeracionales como la dimensión individual de los miembros de las familias. Sin embargo, como lo comenté al inicio, en estos casos no hubo una exploración profunda de la familia de origen de la pareja, por lo que únicamente se retomó la información general que brindaron acerca de ello, así como las características de los miembros de la pareja como los indicios para comprender la interacción que forman.

Según Selvinni Palazzoli y colaboradores (1999) plantean que las madres generalmente están insatisfechas en su vida afectiva, son portadoras de importantes núcleos de depresión por lo que no están en condiciones de relacionarse con sus hijos en una unión auténtica de maternaje; son madres ligadas a su pareja como último recurso. Por otra parte, los padres enmascaran sus necesidades en una reivindicación machista, lo que los incapacita de ser empáticos con su pareja ante sus necesidades y sufrimientos, lo que los instala en la irritación y amargura; son padres con grandes carencias afectivas, no obstante son personas independientes y eficientes, que niegan la intensidad de sus necesidades.

En ambos casos se pudo observar que las madres contaban con necesidades afectivas importantes que demandaban ser satisfechas por el otro miembro de la pareja; de ahí la insistencia de conservar el vínculo conyugal a pesar de los hechos. Ambas madres eran independientes económicamente, lo que también apoya la necesidad de la pareja no solo a nivel económico sino afectivo. Así mismo se observó una falta de vinculación importante con sus hijos, ya que la relación que parecía ser más afectuosa era con el hijo instigado, que como vimos no era un lazo auténtico.

En cuanto a los padres solo me puedo referir a Arturo de la familia MV, ya que aunque las referencias a José de Jesús podrían afirmar algunas de las pautas mencionadas debido a la historia de la pareja, no es algo que se haya podido verificar. En este caso Arturo se presenta como permanentemente enojado y con dificultad para ser empático con los otros, se presenta con carencias afectivas las cuales llevo a manifestar hacia Alejandra, las cuales posteriormente negó. Así mismo, mostró conductas y descalificaciones machistas. Se presenta como alguien independiente y con reconocimiento de su familia de origen. De quienes aun no se la desligado.

Lo anterior, es fundamental para comprender el por qué de la necesidad de la pareja de incluir a un tercero en la diada conyugal. Así como también la dificultad que existe en el rompimiento del vínculo, ya sea en la realidad (Alejandra) o en la fantasía (María). Se plantea que estas formas de relación son aquellas que se han venido gestando a lo largo de las relaciones de la familia y que también son transmitidas a las nuevas generaciones (pauta diacrónica), por lo que de ahí parte la importancia de tomarlas en cuenta con la finalidad resolver las problemáticas presentadas en la práctica clínica.

Por otra parte considero que otra manera de observar la presencia de pautas diacrónicas es en el notable papel que juegan las creencias acerca de los roles tradicionales en ambas familias. Ya que Alejandra comenta que además del tipo de relación presentado con su pareja, también existe una fuerte carga social y económica acerca de ser una mujer divorciada y perder a su familia tradicional. María, tiene la ilusión arraigada de formar una familia tradicional en la que esté presente un padre. Lo anterior pone de manifiesto las creencias arraigadas en el pasado y transmitidas a través de las familias y las generaciones. De ahí que existieran sugerencias acerca de procesos individuales en el futuro.

También es necesario considerar la pauta sincrónica (Cirillo et al, 1999) que es aquella que habla de la conexión entre las fases del ciclo vital y las características familiares en el presente. Un ejemplo de ello es que Cecilia estuvo siendo instigada durante mucho tiempo, inclusive en una sesión relata cómo es que llegó a intervenir en el pasado para defender a su mamá de la violencia física ejercida por su padre en ese entonces. No obstante, el problema por el que se presentan a terapia se da en el momento en el que Cecilia está en la posibilidad de mantener una postura diferente y además cuenta con otros recursos y otras creencias. Cecilia introduce en su contexto familiar, una manera diferente de relacionarse al plantear el divorcio de la pareja, concepto que en la actualidad se sigue transformando socialmente desde una algo indeseable hasta algo recomendable.

Además de lo anterior, es importante considerar los diferentes sistemas en los que las familias se encuentran interrelacionadas y que están teniendo una influencia en su dinámica (Bronfenbrenner, 1987). Es decir, el impacto sociohistórico relacionado con la presencia del problema en la familia y los sistemas con que se relaciona. En estos casos la escuela, los amigos, los compañeros de trabajo, por citar algunos, tienen una especial participación en el desarrollo de las creencias y necesidades actuales. Por ejemplo, en el caso de la familia M, la canalización de la escuela para la atención fue crucial ya que los maestros fueron quienes pusieron en evidencia lo inusual de la cronicidad de los síntomas en Diana. Así como también los compañeros de escuela tuvieron un papel preponderante en la resolución de los conflictos, ya que para Diana fue fundamental su relación con ellos. De aquí obtuvo mucha motivación y reconocimiento para controlar la enuresis.

A manera de conclusión, podemos observar como en el caso de la familia M, la modificación de la premisa del embrollo, mediante la reducción de la instigación, el establecimiento de una alianza madre e hija auténtica, el cambio de creencias, el entrenamiento en habilidades de control benefició el cambio de la familia.

Por otra parte en el caso de la familia MV, la relación de la pareja no se modificó, es decir continúa el estancamiento. Sin embargo, el que Cecilia haya decidido salir de las disputas de la pareja, resolvió el síntoma. En esta situación se consideró que era la única manera posible de resolver dichos conflictos, ya que la pareja aun en la actualidad continua con sus dificultades y la madre ha seguido buscando otros recursos de instigación externos (abogado, grupo de autoayuda) y perpetuando su relación irrompible.

1.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE UN TEMA QUE SEA PERTINENTE A LOS CASOS DE LAS FAMILIAS CONSULTANTES ELEGIDAS PARA EL ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO.

LAS DIFICULTADES DE LOS HIJOS COMO PROTAGONISTAS DEL DRAMA FAMILIAR

Según lo observado en las diferentes sedes de atención psicológica en las que participé, dentro de las principales problemáticas por las que las familias se presentan a solicitar apoyo se encuentran las dificultades con los hijos, ya sea que se trate de un problema relacional (dificultad en el establecimiento de límites, control de conducta, estilos de crianza, etc.) o de un problema directamente atribuido a su persona (TDAH, enuresis, intento de suicidio, anorexia, bulimia, ansiedad, crisis de pánico, adicciones, etc.).

Por lo anterior, decidí mostrar el trabajo realizado con estas dos familias, ya que en ambos casos es significativa la relación triangulada con el hijo que presenta la conducta sintomática, la cual motiva el inicio del proceso terapéutico.

En este sentido, es necesario resaltar la importancia del abordaje multidimensional cuando los hijos son presentados como protagonistas en la demanda de atención psicológica, ya que es importante que a la par de iniciar el trabajo directo a resolver los síntomas; estos también tienen que ser apreciados dentro de las pautas diacrónica y sincrónica (Cirillo et al, 1999). Así como también es necesario tomar en cuenta los sistemas interrelacionados que pudieran tener una influencia en la situación presente.

La pauta diacrónica implica la evolución a lo largo de las relaciones de la familia, transmitidas de generación en generación; mientras que la pauta sincrónica se refiere a la conexión de los eventos dentro del ciclo vital y características familiares presentes.

Como terapeutas familiares necesitamos tener una comprensión del problema en términos relacionales, incluyendo a los individuos que conforman el sistema familiar. Los elementos individuales pasados y presentes, nos brindan la oportunidad de saber las motivaciones, creencias, actitudes, experiencias y necesidades de los individuos que se involucran y participan en la problemática. Así como también nos brindan indicios de posibles soluciones.

Cuando el terapeuta inicia su participación en un sistema terapéutico, podrá ser partícipe del proceso de la familia, aportando nuevos elementos que ayuden a modificar la situación familiar en este momento histórico, brindando a los miembros de las familias nuevas circunstancias y nuevas perspectivas frente al problema.

Generalmente cuando en las familias se encuentran presentes los conflictos con alguno de los hijos, se plantea que estos se relacionan con la interacción que hay entre sus miembros. En los casos presentados y en otras problemáticas presentadas por los hijos, se observa que hay un involucramiento de éstos en las disputas de la pareja conyugal. Desde el punto de vista estructural, se dice que la pareja involucra a los hijos en niveles jerárquicos confusos, que derivan en interacciones trianguladas de difícil afrontamiento. Todo lo anterior, genera dificultades en la familia ya que obstaculizan su desarrollo y cumplimiento de tareas dentro del ciclo vital de la familia.

Este último punto es fundamental, ya que las familias en su desarrollo evolutivo atraviesan por una serie de fases críticas que demandan una resolución para su crecimiento saludable (Rolland, 2000). Es común que en estas etapas se encuentren problemas a resolver, ya que el desarrollo en sí mismo exige una reestructuración constante y se considera que todos estos momentos son similares en las familias. Rolland (2000) ha diferenciado 6 etapas: 1) Adultos Libres, 2) Recién Casados, 3) Niños Pequeños, 4) Hijos Adolescentes, 5) Nido Vacío, y 6) La Vejez.

Si es que en la familia existe la triangulación de alguno de los hijos por parte de la pareja parental, es probable que además de enfrentarse a la resolución de las dificultades pertenecientes a la fase del ciclo vital familiar en la que se encuentran, se presente la agudización de los mismos relacionada con la existencia de una relación pseudoprivilegiada hacia el hijo (por ejemplo un hijo pequeño con actitud desafiante, que tenga problemas para seguir instrucciones); o bien se presenten otros problemas considerados personales (depresión, anorexia, bulimia, abuso de sustancias, enuresis, etc.) que pondrán a prueba la flexibilidad de la familia hacia el cambio.

En ambos casos será necesario abordar los síntomas presentados, pero también la condición familiar que los está sosteniendo, es decir encontrar la premisa (Boscolo et al, 1987). Según lo que plantea Minuchin (1979) las familias organizan sus interacciones mediante demandas invisibles; esta particular interacción es un juego familiar que se develará mediante los síntomas de los hijos en protesta por el rol asignado (Selvini Palazzoli et al, 1988).

Es así, como algunas de las familias se presentan a demandar apoyo terapéutico, planteando el acercamiento a la terapia como algo a resolver en otra persona, en este caso en el hijo sintomático. En este sentido, las familias presentan la problemática de manera lineal, en la que identifican que alguien tiene que cambiar, generalmente el que presenta las dificultades. Por lo que el reto consiste en movilizar a toda la familia para que pueda acceder a los recursos que le permitirá afrontar dichas situaciones.

Es así como a través del acompañamiento terapéutico, se espera que las familias inicien cambios en pro de generar interacciones con papeles diferenciados (romper el triángulo), en donde la problemática presentada figure como una oportunidad de mejora y en la que los individuos que componen a la familia logren el crecimiento psicosocial deseado.

Para hacer lo anterior es necesario incluir intervenciones que posibiliten no solo los movimientos en las interacciones de la familia, sino que también estos se dirijan al ámbito de lo individual. El uso de modelos que involucren a terceras generaciones (Milán) o a otros sistemas interrelacionados (terapia de red); permite la posibilidad de enfrentar las crisis en un grupo e individuos con historia.

Con la visión diacrónica y sincrónica, podemos entender de una manera más clara la historia y las motivaciones que se presentan en las interacciones en las que la triangulación presentada en los casos de dificultades con los hijos, lleva a la existencia de embrollo familiar.

En todos estos casos se considera que el involucramiento de un hijo en las disputas de la pareja, conlleva una interacción particular que puede llegar a generar síntomas de difícil resolución. No obstante, considero necesario también incluir otro tipo particular de interacción en el que la pareja parental también hace partícipe del embrollo a un hijo, pero lo hace a través de sus mismos síntomas, es decir utiliza la protesta del papel asignado como medio de instigación (como en el caso de la familia M). Lo anterior, plantea la necesidad de incluir las herramientas individuales que permitan salir de la trampa del doble vínculo.

De cualquier manera, en el espacio terapéutico es necesario hacer uso de estrategias dirigidas a generar, los medios necesarios para la resolución de los conflictos de la pareja de padres, con la finalidad de no instrumentalizar a uno de los hijos; y los medios y recursos necesarios para que los hijos decidan su no involucramiento.

1.4. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL.

CASO 1. FAMILIA MV

En los apartados anteriores hablé desde el punto de vista profesional del por qué había elegido trabajar con los dos casos que presenté, en virtud de las aportaciones teórico metodológicas brindadas; sin embargo aquí voy a comentar algunas otras cosas que me motivaron para elegir este caso.

Para mí el proceso de esta familia fue difícil, ya que en su momento lo consideré como lleno de frustraciones, ya que me parece que yo tenía una expectativa muy alta respecto a los logros que se podían tener y la familia al parecer al egreso no había tenido todos. En mis primeros encuentros con ellos existía una sensación de extrañeza debido a la poca disponibilidad del padre de la familia, y a sus constantes descalificaciones acerca del espacio y de mi persona; y a mi dificultad para conectarme emocionalmente con la madre. Además de que también tenía cierta presión autoasignada respecto a la supervisión, ya que ésta era por mi tutora, por lo que pensaba que tenía que hacer un muy buen desempeño, el cual pensaba que no había realizado.

Precisamente por todos estos elementos que se conjuntaron es que elegí este caso, ya que me hizo tener un cúmulo de emociones y pensamientos que creía que podría ordenar. Y así lo hice, una vez que empecé a trabajar con él me di cuenta del por qué se me había hecho tan complejo. Y es que en sí la relación familiar que se presentó lo era, tenía presentes demandas, descalificaciones, triangulaciones, coaliciones, traiciones, entre otras cosas.

Al inicio del proceso, me parece que tuve dificultades en asimilar la resistencia a la misma terapia por parte de la familia. A la primera sesión llegaron con el tiempo por concluir y la segunda no asistió. El inicio formal de la terapia inició en la tercera sesión. Usualmente yo no hubiera contado esas sesiones, sin embargo ahora me doy cuenta que lo hice con un propósito, que era el que para mi si contaban y lo hacían como sesiones en blanco. Considero que para mi fueron muy significativas las inasistencias en esta familia, ya que de 19 sesiones, no acudieron a 6. Desde el punto de vista terapéutico al analizarlas, se observa que estas se dieron en momentos cruciales de la terapia, ya que tuvieron lugar posteriormente a empezar a abordar las dificultades de la pareja.

No obstante, había algo más que estaba presente y era mi sensación al respecto, ya que las inasistencias, para mí también significaban algo más; un posible abandono del proceso, en mi formación como terapeuta y con mi tutora de la residencia. Lo que también me generaba cierto estrés personal.

Cuando mencioné que este proceso estuvo lleno de experiencias, una de las que me resultó más significativa fue que las sesiones en general eran tensas, ya que Arturo se

mostraba renuente a colaborar; así mismo tomaba actitudes descalificadoras hacia mi persona, el espacio, y el equipo terapéutico. Lo que a mí en lo particular me generaba malestar e incomodidad. En algunas ocasiones esto me hacía pensar que tal vez no era necesaria su presencia, lo que en la actualidad me pregunto si se haya percibido, ya que al finalizar el proceso efectivamente consideró que no era necesaria su presencia.

Cuando llevé a cabo el análisis de este caso me di cuenta que las características que él mostraba (descalificadoras y machistas) justamente tenían el mismo impacto no solo en mí, sino en los miembros de su familia e inclusive en algunos miembros del equipo terapéutico.

En donde, el termino de la terapia funcionó como una analogía de la relación de casa, lugar del que se ausenta de la dinámica familiar, tal vez como una protección a su poca voz dentro de la misma. En esta ocasión, en el cierre de la terapia ocurrió lo mismo, al no haber sido tomado en cuenta para el término del proceso terapéutico, en el que ante su ausencia se tienen que tomar las decisiones sin él.

Con respecto a lo anterior, también ocurrió algo importante a este respecto, pareciera ser que una vez que en una de las sesiones Arturo muestra su lado vulnerable, al hablar del abandono que ha sentido por parte de Alejandra. Es que empiezo a mirarlo de otra manera, la cual me permite cuestionarlo más abiertamente, a diferencia de las sesiones previas. No obstante, él niega toda posibilidad de acercamiento, poniendo sus defensas y dificultándome aun más las intervenciones.

Por otra parte, el acercamiento con Alejandra también fue difícil para mí, ya que me costó mucho trabajo lograr un contacto más emotivo. No obstante, creo esta dificultad se relacionó principalmente con su propio conflicto para relacionarse con otros, ya que al parecer esto también le ocurría con su propia familia.

En mi caso, Alejandra había acudido a mí para resolver un problema, por lo cual por momentos, también yo era parte de la instigación dentro del embrollo de la familia. Lo anterior, en gran parte considero que se relacionó con mi malestar en el proceso. Ya que mientras más insistía yo en abordar el tema de pareja en la terapia, me involucraba en la petición de demandas hacia Arturo, saliendo Cecilia por momentos de la instigación, ya que fue en ese periodo en el que la pareja reportaba tener momentos de tranquilidad. En este sentido me parece que los señalamientos constantes de equipo terapéutico me ayudaron a sensibilizarme en este punto.

Cuando mencionaba que me sentía frustrada con el caso, me parece que en gran parte se debió a las altas expectativas que tenía yo de ellos al inicio del proceso. Considero que estas se relacionaron con la idea que genera el mismo estancamiento, ya que por momentos parece que los protagonistas se harán cargo sin incluir a un tercero, lo cual nunca ocurre no ocurre; y en mi caso me costó mucho trabajo introducir comunicación

clara y directa entre ellos. Y al parecer ellos siguen atrapados en lo mismo, ya que siguen pensando que las cosas podrán cambiar.

Otro punto importante en el sistema terapéutico, fue la participación del equipo. Arturo no se mostraba incluyente con el equipo, lo descalificaba. En una de las sesiones en las que por cuestiones de logística el equipo no estuvo presente, Arturo expresa abiertamente que a él le disgusta muchísimo trabajar con ellos. Se observa con posterioridad a esta sesión, que su participación se vuelve inconstante y prácticamente ausente. Por su parte Alejandra, en diferentes sesiones pide la opinión del equipo, dándole un gran peso para decirle que hacer.

Aunque no trabajé en muchas sesiones con los hijos, estas me fueron satisfactorias, pude ser empática tanto con Cecilia como con Daniel. Sentía que se encontraban en una situación muy difícil y que necesitaban apoyo. Lo anterior, lo relaciono con mi experiencia personal acerca de mi propia relación en la pareja de mis padres. En mi análisis personal he reflexionado acerca de mi posición y la manera en que me he liberado de ello y creo que en gran parte es similar a la manera en que Cecilia resolvió por ella misma alejarse de la situación. Logro comprender las diferencias pero también las similitudes y la necesidad de que alguien te diga que no tienes por qué involucrarte en las disputas de tus padres, para mí en su momento fue gran alivio, para ella no estoy segura.

De cualquier manera el que ambos sigan tratando de tomar distancia de la relación de los padres me hace pensar que fue el logro que podía darse bajo estas condiciones del sistema terapéutico.

En cuanto a mi preocupación sobre la supervisión, la fui superando en el transcurso de las sesiones gracias al apoyo de mi tutora.

Este caso lo presenté por el aprendizaje y la experiencia que me brindó; por la reafirmación de la resonancia y la autorreferencia en el sistema terapéutico. Porque al incluirme en la terapia, trabajé sobre lo que era pertinente y aunque tal vez este caso no esté catalogado como altamente exitoso, considero que lo que me aportó fue lo suficientemente valioso.

CASO 2. FAMILIA M

La decisión de incluir este caso, partió básicamente de mi satisfacción al poder realizar intervenciones que no fueran exclusivas de un modelo terapéutico, sino la integración de los mismos. Considero que en este sentido, el marco del hospital psiquiátrico nos brindó la posibilidad, tanto a mi coterapeuta como a mí, de tener un proceso sin prisa, con el tiempo que fuera necesario.

El proceso fue extenso, duró un total de 32 sesiones, de las cuales 8 fueron inasistencias. En este caso a diferencia del anterior, existía una relación de la familia de mucho apego a la institución por lo que las inasistencias, solo las tomaba en cuenta dentro del momento terapéutico en el que se daban. De estas las que resultaron más significativas son las que ocurrieron hacia el final el proceso, ya que se relacionaron con la poca disposición de María a egresar del hospital.

Como terapeuta, en este acompañamiento me sentí muy cómoda, ya que María siempre se mostraba con mucha disposición tanto a participar como a escuchar lo que se le señalaba. Debido a que la supervisión de este caso fue narrada y solo en algunas ocasiones en vivo, el trabajar en coterapia fue una gran experiencia, ya que me brindó la posibilidad de realizar intervenciones a partir de una visión conjunta.

Considero que la coterapia nos ayudó a trabajar aspectos que a veces son más enriquecedores al llevarlos a cabo solos, como dar una opinión divergente, plantear dilemas, lograr una escucha activa, trabajar en la misma sesión con ambas asistentes de forma separada, entre otros. Eso me agradó mucho y me hizo sentir bien, ya que además logramos una buena integración como colaboradoras, tanto para fines prácticos como administrativos.

Las situaciones que algunas veces me llegaron a desesperar fueron aquellas en las que María se mostraba insistente con la ilusión de la relación con José de Jesús. Pienso que eso se debía primordialmente a que eso definitivamente iba a en contra de mis creencias acerca de la pareja, ya que yo pienso que si tuvieron esa historia en la que él no le habló con la verdad es algo que no toleraría. Por lo que tal vez eso guió en gran parte la insistencia de las terapeutas ante el cambio de visión de María en este punto.

De mi parte, pienso que logre una relación empática y de escucha con María, sobre todo cuando pudo reconocer sus necesidades personales y dejar a Diana iniciar con sus cambios. Ya que a partir de este momento pude ver a María como la persona necesitada de afecto, de ahí la recomendación para hacer un trabajo psicoterapéutico propio.

Por otra parte, Diana fue para mí todo un proceso de aprendizaje, ya que al inicio me costaba mucho relacionarme con ella, ya que su actitud desorganizada y desobediente no me agradaba mucho. No obstante, como fue avanzando el proceso se empezó a mostrar más abierta y también mostró la manera en que se sentía al ser señalada en la escuela por otros niños acerca de sus síntomas. Esta situación me brindó la posibilidad de verla desde otro punto de vista y empecé a empatizar mejor con ella. Posteriormente, con los avances que mostraba empecé a ver como si inclusive hubiera crecido hablaba y se comportaba diferente, aunque seguía siendo risueña, por lo que me agradó más como persona. Me pregunto si algo similar les habrá ocurrido en la escuela, ya que también en ese espacio empezó a ser incluida de forma positiva.

En general, el proceso me satisfizo como terapeuta, sin embargo me hubiera gustado que la conclusión del mismo fuera diferente, tengo que aceptar que me decepcionó un poco la actitud de María al no acudir a las sesiones de egreso del servicio. Aunque al reflexionar acerca del por qué de mi decepción, me parece que se refería más a que no hubiera podido terminar el proceso con total éxito. No obstante, después de haber hecho todo el análisis del caso puedo ver que posiblemente María también estaba decepcionada

El egreso se planteó a la luz de los cambios generados y por considerar que para María era necesario continuar por su parte, ya que se le había percibido muy ligada a la institución. Tenían una buena socialización con otros pacientes y momentos de convivencia, con los que no contaban en otros espacios. Es importante considerar lo anterior dentro del contexto institucional, ya que generalmente en estos servicios es común que las familias muestren cierta dependencia a la ayuda que la institución les proporciona. En el caso de María esto se observó al querer que Diana siguiera en tratamiento a pesar de las evidencias de cambio.

Considero que a pesar de la molestia de María, se tomó la decisión correcta al realizar el egreso. Me hubiera gustado que tanto Ximena como Laura hubieran tenido una participación presencial, pero el horario les exigía estar en otras actividades. Lo que también contribuía a la rigidez de la diada María-Diana.

Este caso lo elegí para presentarlo, porque me sentí muy bien por los logros obtenidos, el aprendizaje y la experiencia que me dejó. Me dio la posibilidad de ejercer las habilidades desarrolladas en la residencia de una manera integradora.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado se presentan las dos investigaciones que llevé a cabo en mi estancia en la residencia. Dichas investigaciones se encuentran relacionadas, ya que ambas se llevaron a cabo con poblaciones similares: familiares de pacientes con enfermedad crónica.

2.1. REPORTE DE INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA.

Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.

Introducción

La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio (Andolfi, 1985). La estructura familiar se define como la organización de las interacciones

familiares; debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian (Minuchin, 1979).

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; alterando las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Rolland (2000) propone un modelo sistémico de la enfermedad, bajo el supuesto de que se crea un sistema complejo a partir de la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y los sistemas biopsicosociales; aborda áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica.

La confrontación de un diagnóstico de cáncer, o su reaparición, crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento, con la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a problemas no conocidos hasta entonces por la familia (Baider, 2003).

Estas demandas variarán dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, del grado y tipo de incapacidad, del pronóstico de vida, del curso de la enfermedad, de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, del dolor y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad (Rolland, 2000).

Mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad crónica (Velasco y Sinibaldi, 2001). Cuando se padece una enfermedad crónica y/o degenerativa, como el cáncer, se afectan los dominios del funcionamiento emocional, instrumental y social de la familia (Baider, 2003); lo que pondrá a prueba la efectividad de la familia para reorganizarse, adaptarse y utilizar los recursos que estén a su disposición.

En la actualidad existe una alta incidencia en las enfermedades crónico-degenerativas. Dichos padecimientos ocupan en la población general, los primeros lugares de causa de muerte en México (Kuri, 2006, INEGI, 2007).

Dentro de las enfermedades crónicas, la muerte por cáncer es una de las más prematuras. Se presenta en etapas de vida productivas, por lo que implica altos costos de atención, invalidez y discapacidad; así como otros como en la calidad de vida individual y familiar (Kuri, 2006).

Los servicios de salud realizan diversas intervenciones frente a la enfermedad. Debido a la falta de prevención y diagnóstico oportuno los retos para brindar atención tanto individual como familiar son mayores.

Las principales intervenciones están enfocadas a dar tratamiento médico oncológico, mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionar cuidados paliativos y controlar el dolor; sin embargo, pocas veces se involucra directamente a la familia (SSA, 2001; Zinser, 2007).

Método

Planteamiento Del Problema

Es importante señalar que la familia juega un rol central, trabajar psicoeducativa y terapéuticamente con ella mejora en mucho la atención del enfermo mitigando el dolor de ambos (Almaza, 2007, García, 2007 y Romero, 2007). Es necesario realizar intervenciones psicoterapéuticas orientadas a conseguir que las familias encuentren los recursos necesarios para enfrentar los retos que impone la enfermedad, con la finalidad de facilitarles la adquisición de las habilidades necesarias para enfrentarlos y resolverlos.

El disponer de instrumentos que permitan identificar desde un inicio las áreas de dificultad en las familias con un miembro que padece una enfermedad crónica, como el cáncer, brindan la posibilidad de intervenir oportunamente en las áreas donde se requiere apoyo terapéutico.

Ante este panorama la presente investigación tuvo como objetivo desarrollar y validar una escala de funcionamiento familiar que permitiera conocer cuáles son las principales áreas del funcionamiento familiar que se ven involucradas cuando un miembro de la familia presenta una enfermedad crónica o transitoria, así como los indicadores de disfuncionalidad.

Al dar respuesta a estos planteamientos se podrá verificar la información teórica que existe respecto al tema, contar con datos empíricos que amplíen el cuerpo de conocimiento para la población mexicana, así como guiar las intervenciones para las familias que tienen un miembro que padece algún tipo de enfermedad, y en especial un padecimiento crónico.

Participantes

La muestra fue de tipo no aleatoria intencional. Conformada por 200 participantes, 100 fueron familiares de pacientes con enfermedad crónica (cáncer) y los otros 100 tenían familiares que padecían en el momento de la aplicación una enfermedad transitoria no discapacitante. Los familiares de los pacientes con enfermedad crónica provenían de instituciones de asistencia social, que brindan apoyo a familias que tienen un enfermo con algún tipo de cáncer. Mientras que el grupo control, de familiares de enfermos transitorios, se obtuvo de clínicas familiares del sector salud y consultorios particulares. Las muestras fueron equiparables en cuanto a edad y sexo.

Instrumento

Para esta investigación se desarrolló una Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad (Ver Anexo 1). Se propuso como un instrumento de evaluación del funcionamiento familiar a partir de que un familiar enfermó de un padecimiento crónico.

Es un instrumento de tamizaje, útil para evaluar el funcionamiento familiar en 6 dimensiones: afectos, apoyo, comunicación, roles, desunión familiar y aislamiento social. Está conformado por 38 reactivos; con opciones de respuesta tipo likert, donde 1 es nunca; 2 casi nunca; 3 algunas veces; 4 siempre, y 5 casi siempre. El cual presenta validez de fase, validez factorial y confiabilidad en los factores y la prueba total.

Así mismo, el instrumento se puede utilizar en una versión abreviada que evalúa las dimensiones de apoyo y roles. La cual cuenta con 13 reactivos y presenta validez de fase, validez factorial, validez de criterio y confiabilidad en los factores y la prueba total.

Procedimiento

Para su desarrollo se siguieron varios procedimientos. Primero, se elaboraron reactivos que pretendían evaluar el funcionamiento familiar. Éstos se sometieron a una prueba de comprensión y claridad. Posteriormente para someter a prueba la validez de fase, se utilizó el método de interjueces para evaluar la validez teórica. Se eliminaron los reactivos que no cubrieron el criterio del 70 % de acuerdo entre los jueces.

Con los ítemes que superaron las pruebas de comprensión, claridad y validez de fase, se elaboró un instrumento que se aplicó a una muestra de 200 participantes.

Resultados

Se evaluó la calidad discriminatoria de los reactivos comparando los extremos de la muestra total mediante la prueba t de student para muestras independientes. Se eliminaron los reactivos que no diferenciaron significativamente entre los extremos.

Con el fin de conocer la estructura factorial de la prueba se sometieron al Análisis Factorial con rotación varimax que se detuvo a las 29 iteraciones.

La estructura factorial arrojó 6 factores que explican el 38.435% de la varianza. El factor uno se denominó *Afectos*, explica el 10.566% de la varianza. El factor dos llamado *Apoyo*, explica el 8.216% de la varianza. El factor tres se llamó *Comunicación*, explica el 6.126% de la varianza. Al factor cuatro se le designó el nombre de *Roles*, con una varianza explicada del 5.378%. El factor cinco fue *Desunión familiar*, la varianza que explica es de 4.100%. Finalmente al factor seis se le llamó *Aislamiento social*, explica una varianza de 4.049%. Los factores obtuvieron cargas factoriales en un rango de .302 a .806.

Se calculó el nivel de confiabilidad, para cada factor y para la prueba total, mediante el Alpha de Cronbach, se obtuvieron coeficientes de confiabilidad que oscilaron entre .865 y .693 para los factores, y para la prueba total fue de .917.

Para someter a prueba validez de criterio se comparó los resultados de las dos muestras en cada uno de los factores y en la calificación total mediante la prueba t de student para muestras independientes. Este análisis arrojó diferencias significativas en los factores, Apoyo $t = -2.637$ $p = .009$ y Roles $t = -2.215$ $p = .028$. Lo anterior, nos demuestra que cuando una persona presenta una enfermedad crónica degenerativa, las áreas más afectadas en sus familias son la capacidad de brindar apoyo y el cambio en los roles preestablecidos.

Posteriormente, se recalculó el Alpha de Cronbach total considerando únicamente los factores de Roles y Apoyo. Se conformó una prueba total, conformada por 13 reactivos, que tuvo un índice de confiabilidad de .856, mientras que para el factor de Apoyo fue de .864 y para Roles de .773. La anterior puede ser utilizada como una prueba de evaluación rápida.

La prueba formada por 38 reactivos y seis factores ha demostrado que sus reactivos tienen capacidad discriminatoria, validez de fase y factorial, así como estimaciones de Alfa de Cronbach apropiados y que le resta establecer la validez de criterio en las dimensiones de afectos, comunicación, desunión familiar y aislamiento social.

Finalmente, se calcularon puntos de corte de acuerdo con la normalidad estadística que indicaran la posibilidad de una deficiencia. De acuerdo con el criterio estadístico la media más o menos una desviación estándar se considera fuera de la "normalidad". Se calculó para los seis factores originales.

Se consideró una desviación estándar debajo de la media para los primeros cuatro factores (Afectos, Apoyo, Comunicación y Roles) y una desviación estándar arriba de la media para los dos últimos (Desunión Familiar y Aislamiento Social). Los cuales indican que las familias que se ubiquen por debajo o por arriba del punto de corte cuentan con una posible disfuncionalidad en ese factor.

Discusión

Se observó en este estudio que cuando una persona presenta una enfermedad crónica degenerativa como el cáncer, las áreas más afectadas en sus familias son la capacidad de brindar apoyo y el cambio en los roles preestablecidos. Esto puede generar tensiones adicionales a las provocadas por la enfermedad, de manera que será importante que el personal que trabaje con estas familias considere que son indicadores importantes de tensión familiar.

En la muestra se observó, que a partir de que un familiar padece una enfermedad crónica los roles en la familia se modificaron, lo cual habla de la flexibilidad que se requiere para enfrentar y adaptarse a las nuevas necesidades instrumentales (Minuchin, 1979), que en estas familias son ocasionadas por la enfermedad. Lo cual coincide con lo reportado por Rolland (2000), en el sentido del impacto que la enfermedad crónica tiene en las pautas multigeneracionales, que incluyen las reglas que posibilitan la diferenciación de los roles.

Se ha observado, que las necesidades de apoyo de la familia aumentan cuando hay un miembro enfermo, requiriendo mayor participación de la familia nuclear, extensa y de las redes sociales (Rolland, 2000). Sin embargo, la percepción de apoyo está sujeta a la capacidad de respuesta de la familia, al tiempo del diagnóstico y a si el entrevistado es el cuidador primario.

La importancia de evaluar esta dimensión radica en que una de las principales funciones de la familia es brindar apoyo a sus miembros cuando están en dificultades, lo que le exige acomodarse a nuevas circunstancias, de tal modo que el estresor sea contenido por toda la familia (Minuchin, 1979).

La evaluación en terapia familiar se ha enfrentado a la complejidad que conlleva tener múltiples datos cuando se presenta la familia a un tratamiento psicológico. En una entrevista existen multitud de variables, que son evaluadas de manera constante por el terapeuta, sin que cuente con algún tipo de registro y método de medición (Arellano, Velasco y Luna, 2006).

En casos como los presentados por pacientes crónicos que acuden a un servicio de salud público, en dónde el tiempo de atención es acotado por la alta demanda, el terapeuta se enfrenta a una limitación extra: el tiempo de atención, por lo que contar con este instrumento para su aplicación en las sesiones iniciales daría elementos para enriquecer la evaluación inicial, acortaría el tiempo de ésta, ya que en tratamientos normales, por lo general el terapeuta ocupa de dos a tres sesiones para obtener los datos sobre la funcionalidad familiar, y en muchos casos incluso a lo largo del tratamiento se siguen recolectando datos.

El trabajar sobre instrumentos de evaluación familiar confiables y válidos permite corroborar, ampliar o refutar los conocimientos sobre los objetos de estudio. Por otro lado, permite tener herramientas valiosas que se sumen a otras técnicas de terapia familiar, lo que permitirá reconocer o identificar cuáles dimensiones son afectadas desde la aparición de la enfermedad.

2.2. REPORTE DE INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUALITATIVA.

El Funcionamiento Familiar en Familias Desplazadas con Niño con Enfermedad Crónico-Degenerativa.

Introducción

En la actualidad, en México se ha incrementado la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas, hasta constituirse como principales causas de muerte o discapacidad (Kuri, 2006), lo cual representa un problema de salud pública.

La situación de enfermedad genera una dinámica específica en la familia, en la que interaccionan elementos como las creencias, la comunicación, la etapa del ciclo vital familiar, el tipo de enfermedad, el pronóstico de la enfermedad, entre otras variantes (Rolland, 2000).

En algunos estados de la República Mexicana no se cuenta con los servicios de salud para diagnosticar y dar tratamiento a las enfermedades, lo que ha provocado que el Distrito Federal se convierta en uno de los principales receptores de pacientes foráneos (Laurell y Vences, 2004; INC, 2007; Arnoldo, Hernández-Peña, Ruiz, Ávila, Marín, y Lazcano, 2003).

Para las familias tener que salir de su comunidad representa una fuente de estrés adicional a la situación de enfermedad; la familia se sobrecarga por la dificultad que los involucra y sus recursos se ven amenazados (Minuchin, 1979).

Método

Planteamiento Del Problema

La pregunta que guió la presente investigación fue ¿Cuáles son las condiciones del funcionamiento familiar de las familias que tienen un miembro con enfermedad crónico-degenerativa y que tienen que desplazarse de su lugar de origen a una ciudad para ser atendidos, en donde no tienen un lugar para habitar ni tienen redes de apoyo sólidas, por lo que tienen que hacer uso de los servicios de instituciones de asistencia pública o privada?

Entre los objetivos principales estuvieron el conocer las demandas, formas de adaptación y funcionamiento familiar de las familias que tienen un paciente infantil con enfermedad crónico-degenerativa, y que tienen que desplazarse de su lugar de origen, para llegar a albergarse de manera temporal en un refugio de asistencia social.

Se planteó a manera de hipótesis que las familias con estas características tendrán cambios drásticos en su funcionamiento familiar, los cuales complicarán el proceso de acomodación a las nuevas situaciones de estrés familiar provocado por la enfermedad, por lo que estas familias estarán obligadas a utilizar y generar otros recursos (familiares y/o extrafamiliares) para su adaptación.

Se siguieron tres dimensiones principales: 1) La presencia de un enfermo crónico en la familia; 2) El desplazamiento y condición de enfermo foráneo, y 3) La dinámica de la institución receptora que brinda albergue y alimentación.

Escenario

La investigación es de campo por lo que se llevó a cabo en un escenario natural en el que las familias se encuentran refugiadas temporalmente. Se realizó en las instalaciones de Hogares Providencia, I.A.P. La cual es una institución de asistencia privada que está dedicada a albergar temporalmente y de manera gratuita a niños con enfermedad crónica y sus familiares.

Participantes

La investigación se llevó a cabo, con familias que cuentan con un paciente foráneo con enfermedad crónica, atendido en algún hospital de la ciudad de México; es decir familias desplazadas de su lugar de origen, las cuales se encontraban en el albergue temporal de Hogares Providencia, IAP. En este estudio también participaron miembros pertenecientes a la plantilla laboral de dicho albergue.

Instrumentos

Se usaron dos instrumentos en esta investigación con los que se exploraron las tres dimensiones principales, uno fue un grupo focal con familiares de los pacientes con enfermedad crónica que habitan en el albergue, y otro fue la entrevista a profundidad, dirigida a tres trabajadoras de la institución y a dos familias. Además se realizó una sesión de observación en el albergue.

Procedimiento

El procedimiento se dividió en dos partes, una de ellas constituyó el trabajo de campo con los familiares y la segunda parte lo conformó el análisis de los resultados.

Una vez teniendo el acuerdo de la investigación en el albergue. Primeramente se hizo el contacto con los familiares susceptibles de participar y se les pidió su colaboración. Posteriormente se conformó un grupo focal a manera de entrevista grupal, en el que se identificaron los temas relevantes y se hicieron las modificaciones correspondientes a la entrevista a profundidad previamente diseñada. Se identificaron a las personas susceptibles de participar en las entrevistas a profundidad. Después éstas se llevaron a

cabo, ajustando los tiempos de duración y el número de sesiones a la disponibilidad de los participantes, considerando que estos se encontraban de manera flotante en el albergue.

Posteriormente, se llevaron a cabo las transcripciones de las entrevistas y se procedió a realizar el análisis de contenido de las entrevistas tanto la grupal como de las de profundidad. Se evaluaron los resultados y se obtuvieron las conclusiones.

Resultados

A. Presencia De Un Enfermo Crónico En La Familia

A.1 Reacción de las familias frente al diagnóstico

De población en estudio se observó que el diagnóstico principal es algún tipo de cáncer pediátrico. La forma en que los niños enfermos de cáncer experimentan la enfermedad, tiene que ver con la complejidad de la misma, la edad del niño, la presentación de signos o síntomas, aspectos específicos de la enfermedad, la gravedad de la enfermedad, el grado de dependencia secundaria a los tratamientos médicos, el miedo al dolor físico, la inasistencia a la escuela, las restricciones, los cambios inherentes a la necesidad de recibir atención médica adecuada, o bien la sobreprotección hacia su persona (Orbuch, Parry, Chesler, Fritz, y Repetto, 2005).

En cuanto al tipo psicosocial de la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001) se observó que el tiempo de padecimiento fluctuó entre 1 y 7 años. En un caso la enfermedad, comenzó desde el nacimiento del niño, y en otros se presentó durante la infancia y la pubertad. Coincidió que de las familias entrevistadas ninguna tenía experiencia en el trato de pacientes crónicos, ya que ni en su pueblo ni en su familia se había presentado enfermedad grave. Se presentaron secuelas e incapacidad severas, tanto física, motora, cognitiva y en la imagen corporal.

Al presentarse los primeros síntomas de la enfermedad las familias acudieron a consultorios privados o centros de salud locales, donde el diagnóstico fue incierto o erróneo y el tratamiento no tuvo resultados positivos. Algunos médicos de la localidad, no habían tenido experiencia con el cáncer; se observó que cuando el doctor había atendido algún caso similar esto agilizó la canalización a la ciudad, otro factor que aceleró el desplazamiento al D.F., fue la desconfianza de la familia frente al diagnóstico y que ellos tuvieran contactos en la ciudad.

En esta primera fase de la enfermedad, lo que predominó fue la incertidumbre, el desgaste económico sin resultados favorables en la evolución del paciente, la desinformación, la desconfianza hacia los tratamientos y la necesidad de tener que tomar decisiones de manera urgente, lo que representó un reto o tarea que cumplir tanto emocional como instrumental que no estaba contemplado para el ciclo vital de la familia (Velasco y Sinibaldi, 2001).

En la dinámica familiar a nivel afectivo, reportaron negación para aceptar el diagnóstico, sentimientos de tristeza, desesperanza, apatía, cansancio, depresión, dolor emocional y falta de motivación. Sin embargo, hay familias que su respuesta es de esperanza, y motivación a darle batalla a la enfermedad, al parecer estas familias se caracterizan por que en su sistema de creencias existe de manera muy arraigada la idea de que existe un dios que lo puede resolver, y además hay unión y solidaridad familiar.

A.2 Organización familiar ante el diagnóstico y la primera fase de la enfermedad

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se experimenta un cambio en la dinámica, modificándose las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación; quedando vacíos en las funciones familiares, que generan un desequilibrio en la estructura familiar y un estado temporal de desorganización caracterizado por la incapacidad de utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Por otro lado, la historia transgeneracional de enfermedades, el nivel de desarrollo, el sistemas de creencias, el grado de cohesión, la adaptabilidad y la comunicación son claves del sistema familiar, que aminoran o aumentan el impacto de la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001). La flexibilidad es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves suelen requerir.

Las áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica son: Los Procesos de Comunicación, las Pautas Multigeneracionales, los Sistemas de Creencias de la Familia y Visión del Mundo, las Pautas Estructurales u Organizativas de la Familia.

En este estudio se observó que los roles parentales ante la enfermedad están diferenciados por género, en muchos casos el padre solo participa en el rol de proveedor o fuerza física. Los cuidadores primarios en su mayoría son mujeres, las mamás, que ejercen su tarea bajo la influencia de los patrones culturales de su región. Hay pocos cuidadores primarios hombres, esta situación se asocia a que tienen que trabajar, algunas veces emigran a Estados Unidos para tener dinero y solventar los gastos de la enfermedad, otra razón es que en el momento de la enfermedad y ante las presiones, terminan por abandonar a su familia.

Según lo reportado por las familias y el personal de la institución, existen papás que se involucran en el cuidado de los hijos enfermos, esto parece estar relacionado con que previamente el padre estaba involucrado con los hijos, y otra razón puede ser que como esposo no quiere dejar sola a su esposa en la ciudad ya sea porque considera que tiene pocas habilidades o por celos.

A.3 Apoyo y comunicación en las familias frente a la enfermedad

La expresión de apoyo y una adecuada comunicación son consideradas fortalezas familiares que promueven actitudes positivas en los momentos adversos o circunstancias estresantes (Orbuch et al., 2005). Por otro lado se pueden recibir apoyos extrafamiliares, de instituciones o grupos sociales lo que aligera la enfermedad.

En cuanto al apoyo la familia extensa juega un papel importante en el momento de tomar decisiones, ayuda en las tareas de cuidado, acompaña a la familia y al enfermo o apoya con dinero para el viaje.

Las familias que funciona bien se caracterizan por tener una clara conciencia de la unidad familiar y límites permeables que conectan a la familia con la comunidad, sin embargo en estas situaciones en las familias que se enfrentan con problemas de salud graves prolongados, la comunicación se deja sin aclarar o resolver y esto tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares.

A.4 Otros problemas en la familia

Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia. Se puede describir el proceso de ajuste familiar frente al cáncer como un proceso continuo, multi complejo de un ciclo de cambios inesperados e incontrolados. La enfermedad puede percibirse entonces como potencial de peligro de desintegración o por el contrario como oportunidad de fortalecimiento de la familia (Baider, 2003).

Algunos de los problemas encontrados en las familias y que generan mayor tensión fueron la violencia hacia la mujer y los hijos, el machismo, alcoholismo del padre, separación y abandono del padre y migración a E.U. La enfermedad desplaza otros problemas que ya existían previamente y pasan a segundo término, ya que se necesita invertir todos los recursos para superar la crisis de la enfermedad. Otro de los problemas graves es la dificultad económica y los altos costos de los tratamientos médicos en clínicas particulares, lo cual representó una dificultad para tener un tratamiento oportuno.

B. Desplazamiento Y Condición De Enfermo Foráneo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) en su Reporte de Salud mundial 2000, el sistema de salud de México ocupa la posición 61 de un total de 191 países. La cobertura legal del sistema es 89% según la Secretaría de Salud; sin embargo, se estima que el sistema de salud pública deja sin atención hasta a un tercio de la población y sólo atiende a 40% de la demanda total de servicios de salud. La zona sur presenta más problemas por los rezagos en la cobertura.

Debido a la falta de servicios de salud en los estados, muchas personas tienen que salir de sus lugares de origen para ser atendidos, ya sea al interior de su estado, o bien, a la capital de la república donde se cuenta con mayor infraestructura hospitalaria (SSA, 2001).

Al salir de sus lugares de origen, estas personas viven una especie de migración temporal. Se les denomina pacientes foráneo, el cual se define como el individuo receptor de un servicio sanitario (hospitalario o en consulta externa) que proviene de una población externa a la del lugar en que se da el servicio.

De acuerdo a lo que se ha observado, en estas personas se presenta un duelo originado por dejar el lugar de origen. El desplazarse a la capital de la República en busca de servicios de salud, conlleva varias pérdidas. En este duelo se dejan ver dificultades de adaptación, de integración de lo nuevo y de la pérdida de lo que se dejó atrás.

Para enfrentar las circunstancias en las que se encuentran, estas familias tienen que tener flexibilidad y adaptarse a las situaciones nuevas. Debe tomarse en cuenta que además de las dificultades que tienen que enfrentar acerca de la enfermedad, es necesario reacomodar su organización familiar ante vivir fuera de su lugar de origen; además de desenvolverse en una ciudad como el Distrito Federal.

B.1 Insuficiencia de los servicios de salud en el lugar de origen

En el Distrito Federal existe una mayor concentración de recursos destinados a la atención de la salud, lo que provoca un desplazamiento de las personas en busca de atención médica (SSA, 2001). En la presente investigación se encontró que existe insatisfacción de los servicios de salud estatales y municipales.

Se observó que las familias entrevistadas salieron de sus lugares de origen para ser atendidos porque en sus localidades no se contaba con los recursos médicos necesarios, se les canaliza en ocasiones en un inicio al interior de su estado, o bien directa o posteriormente a la capital de la República.

B.2 Organización familiar frente al desplazamiento

Para estas familias es fundamental que exista la flexibilidad familiar, que posibilitará el que la familia se adapte a los cambios internos y externos. Ésta les permitirá reacomodarse para brindar apoyo. Cuando esta no se presenta se dan situaciones como lo son el abandono o la falta de apoyo del esposo.

En estas circunstancias, la mayoría de las familias se presentan con madres solas, en el presente estudio se observó que dificultad de adaptación es frecuente en los padres (hombres) de estas familias.

No obstante lo anterior, existen algunas familias en las que si están presentes ambos padres y se ajustan a las nuevas demandas de la familia. En estos casos el apoyo de la familia extensa permite que ambos padres se desplacen y que se puedan organizar para el cuidado del hijo.

En estos casos se observa un claro cambio de configuración de los roles en la familia con la finalidad de adaptarse a las nuevas circunstancias, como cambios en los proveedores de recursos económicos del hogar.

B.3. Dificultades encontradas en el desplazamiento

El desplazamiento exige para estas familias el enfrentarse a diversos problemas nuevos al vivir de manera temporal en el Distrito Federal. Algunos de estos son que son presas de la inseguridad, robos y estafas. Antes de ingresar a un albergue se enfrentan a vivir en el hospital y dificultad para desplazarse en la ciudad.

B.4. Problemas al llegar al albergue

Al llegar al albergue, en estas familias se han detectado diversos problemas como la falta de adaptación a las nuevas costumbres y reglas del albergue, lo cual corrobora lo que plantean los estudios sobre duelo.

C. Institución

C.1. Perfil Socio-demográfico de la población atendida en la institución

Como lo menciona la Secretaría de Salud (2001), son familias provenientes de estados de la República en los que faltan servicios de salud acordes con sus necesidades. Según lo observado son familias que viven en pobreza extrema, con un nivel socioeconómico bajo. Provenientes principalmente del sur del país, de zonas rurales o lugares muy apartados de la ciudad. No cuentan con seguridad social, se atienden en el sector salud. En el Hospital Infantil de México, la población objetivo está formada por pacientes que provienen de los estratos socioeconómicos más desprotegidos, la mayor parte de estos niños provienen de las diversas comunidades indígenas que pueblan esas localidades. Dentro del albergue son considerados como población flotante, ya que su estancia varía dependiendo del tratamiento de la enfermedad, lo que a veces dificulta un trabajo por parte de la institución.

C.2. Proceso de acercamiento al albergue

Algo que es importante resaltar es que las familias que llegan a habitar estos albergues, generalmente tienen un acercamiento paulatino a estos, es decir, es poco común que de primera instancia las personas lleguen a vivir ahí. Generalmente el acercamiento es proporcional al tiempo que los cuidadores primarios de las familias tienen que permanecer en el hospital al pendiente de sus hijos. Las familias se integran a estos servicios por una sugerencia de una trabajadora social del hospital o del albergue que les hacen de su conocimiento los beneficios que da la institución. En estos primeros acercamientos las familias solo utilizan los servicios de comida y baños.

C.3. Dinámica en el albergue

Una vez que las personas están en el albergue, se ha observado que existe una dinámica específica, entre estas familias. Se ha visto que existe una gran participación y solidaridad entre ellos. En algunas ocasiones, esta solidaridad se da en momentos críticos de la enfermedad de los niños. Parte de la dinámica en el albergue corresponde a que las personas que se encuentran en él tienen que realizar actividades son asignadas por la coordinación del albergue. Hay en ciertas ocasiones en las que la dinámica que se lleva en este lugar ha generado conflictos entre las personas que se encuentran albergadas, estos se relacionan con diferencias en puntos de vista de las personas, hasta dificultades por las actividades que hay que realizar en el albergue. No obstante lo anterior, así como hay problemas también hay ocasiones en las que las personas se van adaptando y es más fácil para ellas la convivencia.

C.4. Apoyo

Un tema importante en estas familias, es el que cuando vienen de su lugar de origen, hay otra parte de las familias, ya sea nuclear o extensa que se queda allá. Por lo que ellos solicitan que en ciertas ocasiones algunos otros familiares los acompañen en su estancia en el albergue, esto es algo que es complicado en algunas ocasiones, sin embargo se intenta que este apoyo se dé, en la medida de lo posible. Para esto es necesario considerar la capacidad del mismo albergue, así como cual es el motivo principal que los motiva a solicitarlo. No obstante lo anterior, es importante que aunque la institución les brinde un gran apoyo, marcar una diferenciación, en lo que respecta a la responsabilidad de cada familia para con su paciente.

C.5. Otras Instituciones

Se observó que para que el albergue funcione adecuadamente, es importante contar con una red de instituciones que los apoye y los respalde. Parece que el que exista una red institucional que apoye al albergue le da la posibilidad de cumplir sus objetivos, al beneficiar en muchos sentidos a la población que atiende. Por lo anterior, es necesario tomar en cuenta el papel de otras instituciones, en la dinámica de los albergues.

Discusión

A partir de la presente investigación se pudo conocer de manera sistemática el fenómeno del funcionamiento familiar ante una enfermedad crónica en familias que tienen que desplazarse a la ciudad de México en busca de atención médica y que adquieren la categoría de pacientes foráneos. De los hallazgos más importantes son que las familias entrevistadas no tienen experiencia en el trato de pacientes crónicos, lo que representó para ellos un impacto mayor, más estrés y la necesidad de desarrollar nuevas habilidades para la atención.

Existen elementos que facilitan a las familias el desarrollo de nuevas destrezas para hacer frente a la enfermedad, estos son las creencias, confianza en que Dios les ayudará, el apoyo de la familia extensa, de instituciones gubernamentales y de la comunidad en general.

Estos apoyos son, en muchos casos, solicitados por la familia, sin embargo, no todas contaron con las destrezas para solicitarlos; lo cual se relacionó con el grado de individualismo en las familias: los que piensan que por sí solos tienen que buscar los recursos, se les dificultó buscar otros apoyos.

La enfermedad representó una crisis en la familia que provocó, al principio desunión y separación del esposo, sin embargo en el momento de viajar a la ciudad, la familia extensa apoyó de manera importante. Esta situación quizá tiene que ver con la etapa del ciclo vital (familia con hijos menores) en el que se presenta la enfermedad. La literatura al respecto indica que para hacer frente a una enfermedad es necesario tener un adecuado funcionamiento familiar y en las etapas tempranas del ciclo vital la dinámica familiar está en proceso de equilibrio.

Aunque el permanecer en la ciudad representó un cambio cultural importante, las familias aprenden a vivir en el D.F. Una vez en el albergue, aunque el acercamiento para las familias es difícil, se observa que existe un sentido de apoyo y comprensión importante entre ellas. Se brindan apoyo económico y material, que en estos casos es fundamental, ya que las personas que se encuentran aquí son de muy bajos recursos. Este tipo de albergues se caracterizan porque se fomenta el que las familias entablen nuevas relaciones de confianza que puedan servir como el soporte de una familia.

Por lo anterior, es importante que la institución receptora tome en cuenta esta situación para la elaboración de los programas de atención futuros.

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

3.1. PRESENTACIÓN DE DOS PRODUCTOS TECNOLÓGICOS.

Curso de Inducción a la Residencia de Terapia Familiar.

Tiene como justificación la necesidad de que los alumnos de nuevo ingreso a la residencia conozcan las generalidades del programa a manera de introducción. Así mismo pretende tender redes de apoyo entre los participantes al taller y los que lo imparten como una forma de apoyo durante su estancia.

Se dirigió a los alumnos de nuevo ingreso de la Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Facultad de Psicología. Lugar en donde también se impartió dicho taller.

El objetivo general del taller fue integrar a los alumnos de primer semestre, que ingresan al programa de Residencia en Terapia Familiar. Como objetivos específicos, tuvo conocer la U.N.A.M., su surgimiento y principales símbolos; conocer los servicios que brinda la U.N.A.M. y la Residencia en Terapia Familiar a sus alumnos; conocer la Facultad de Psicología; y conocer el programa de Residencia en Terapia Familiar.

Las temáticas y contenidos abordados fueron: *Introducción a la UNAM* (Proyecto el “Elefante Blanco”, símbolos, mapa general de C.U., centro cultural, biblioteca central, centro médico, transporte interno, RIU); *Introducción a la Facultad de Psicología* (Localización, historia, descripción de edificios y oficinas que la componen); *Programa de Residencia en Terapia Familiar* (UAP, objetivo general, perfil del egresado, mapa curricular, materias de tronco común, materias de la residencia, sedes de entrenamiento, responsable académico, tutores, supervisores y docentes); *Servicios a estudiantes* (Centro de cómputo, préstamo de recursos, apoyos económicos y becas), *Información Administrativa y Académica* (Trámites, formatos, reporte semestral de actividades, titulación).

La elaboración de la carta descriptiva del taller estuvo bajo mi cargo, así como la logística y organización de las personas que colaboraron en él.

El taller se diseñó para llevarse a cabo 4 sesiones, las tres primeras de 1.5 horas y la última de 3 horas, esta última es más larga, ya que incluye un recorrido (Ver Anexo 2). Se llevó a cabo dos semanas antes del ingreso a las actividades escolares. Al taller asistieron los 10 miembros de la generación que estaba ingresando, con su mayoría de mujeres (8 asistentes) y 2 hombres.

Se elaboraron dos manuales, uno correspondiente al instructor en donde se detallan las actividades a realizar y los objetivos. El otro corresponde al del participante, el cual está conformado por la información necesaria para consulta durante su estancia en la residencia.

Las actividades realizadas incluyeron exposiciones sobre los temas abordados, así como dinámicas de presentación de reforzamiento de la información y de compartir experiencias con los demás.

Es importante mencionar que, debido a que algunos participantes habían tenido un contacto académico previo con la institución, conocían los antecedentes relacionados con la Universidad, por lo que resultó enriquecedora su participación en este tema.

Considero que el curso cumplió su objetivo, ya que de acuerdo a las evaluaciones realizadas al final, los asistentes opinaron que el curso tiene en su contenido información útil, completa y de interés para ellos. Alguien comentó que es una buena manera de empezar el año, entrar en contacto y conocer a los compañeros del grupo y de la generación que les antecede. Además de que fue dinámico.

Los participantes reportaron que se sintieron contentos, entusiasmados, seguros, con menos incertidumbre, y con una visión más amplia de lo que es la residencia. También comentaron que el curso fue una oportunidad para conocer a los alumnos de su mismo grupo y de semestres avanzados. Refirieron que el que el curso sea impartido por alumnos de la maestría, fue fundamental, ya que hay información y tips que sólo ellos pueden dar.

Taller de Orientación Breve para Padres con un Hijo con Enfermedad Discapacitante.

El taller que se presenta a continuación parte de la necesidad de orientación, que la autora identificó en los familiares que acuden a servicios de atención de un niño con una enfermedad discapacitante. A partir de haber observado que generalmente estos padres cuentan con pocas herramientas de información y acción se creó este taller que tiene como principal propósito la psicoeducación a los familiares.

Para su desarrollo, primeramente se detectaron las problemáticas recurrentes, que expresaban tanto los familiares como las personas pertenecientes a las instituciones. El formato del taller, contempla el que en ocasiones la demanda de cuidadores exige mucho tiempo, por lo que cada sesión está diseñada para cubrir una necesidad específica. De tal forma, que si los familiares no pueden acudir a todas las sesiones, las

que tomen les serán de utilidad de principio a fin. Así mismo, si acuden a todas verán el hilo conductor de las mismas, que están orientadas a mejorar la calidad de vida de las familias y de los menores.

El taller está dirigido a familiares (padres, hermanos, abuelos, tíos, hermanos mayores de edad) de un niño que tenga alguna enfermedad que disminuya las capacidades, ya sean motoras, intelectuales o ambas. Está diseñado para llevarse a cabo en 5 sesiones de 1.5 horas. El grupo tendrá de 5 a 7 asistentes, debido a intimidad que requieren éstos para compartir la experiencia propia.

El objetivo general del taller es brindar información y estrategias breves de afrontamiento de las capacidades diferentes en la familia.

Como objetivos específicos tiene:

- Que los participantes identifiquen los elementos que definen a la familia como recurso principal en el proceso de rehabilitación.
- Que los participantes conozcan las características propias de la “parentalidad” y su reacción ante acontecimientos críticos, como la discapacidad.
- Fomentar en los padres la disminución de la sobreprotección y el establecimiento de límites para una educación congruente de los hijos.
- Que los padres externalicen el concepto de discapacidad.
- Que los padres identifiquen y externalicen las emociones asociadas a la discapacidad.
- Que los participantes logren la integración de la discapacidad en la familia.
- Que los padres conozcan las características de la comunicación al nivel interaccional.
- Que los padres conozcan las peculiaridades de un estilo de comunicación asertiva diferenciada de un estilo pasivo y agresivo.
- Que los padres reconozcan y compartan sus pensamientos y sentimientos con respecto a la experiencia del grupo de padres.
- Que los participantes identifiquen los elementos que puedan ser integrados a su vida diaria.

Las temáticas y contenidos a abordar son (Ver Anexo 3): *Ciclo Vital de la Familia* (Fases críticas, acontecimientos vitales, la familia como recurso y parentalidad); *Sobreprotección y Límites* (Sobreprotección, protección, apoyo, establecimiento de límites, consecuencias); *Autoestima y Autocuidado* (Autoestima positiva, como fomentarla, autoestima negativa, modelos de autoestima, acciones de autocuidado y formas de llevarlo a la vida cotidiana); *Comunicación y Asertividad* (Axiomas de comunicación humana, metacomunicación, estilos de comunicación, estrategias para mejorar la comunicación; *Importancia de red social y apoyo*).

Las dinámicas incluyen actividades que contemplan el aspecto narrativo y testimonial, por lo que invitan a la reflexión. Se hace uso de cuentos, pensamientos, elaboración de documentos y figuras, como generadores de opiniones; así como se invita a que incluyan las sugerencias como parte de la vida cotidiana, por ejemplo, en la mejora de la comunicación, la disminución de la sobreprotección, la necesidad de tener una red de apoyo.

3.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Taller: “Familia Ante La Enfermedad Crónica”

Tiene como antecedentes las dos investigaciones presentadas en este mismo apartado: 1) Investigación cuantitativa sobre la escala de funcionamiento familiar ante la enfermedad, y 2) Investigación cualitativa sobre el Funcionamiento Familiar en Familias Desplazadas con Niño con Enfermedad Crónico-Degenerativa. En estas se observó la necesidad de crear un taller de intervención, en el que las familias que se encuentran atravesando por esta situación pudieran hablar y aprender nuevas herramientas que las apoyen.

Se dirigió a familiares de pacientes infantiles con una enfermedad crónica provenientes del interior de la República, y que se encontraban en el Albergue San Judas Tadeo. Lugar en donde también se impartió dicho taller.

El objetivo general del taller fue que los participantes identificaran aspectos relevantes acerca de las características de sus familias al tener presente una enfermedad crónica en alguno de sus miembros y usar estos elementos en beneficio de sí mismas.

Las temáticas y contenidos abordados fueron (Ver Anexo 4): La *enfermedad crónica* (generalidades, concepto de cronicidad, características y tipología de las enfermedades crónicas); la *familia y la enfermedad crónica* (Concepto de familia, ciclo vital de la familia, acontecimientos vitales, concepto de la salud y enfermedad en la familia, presencia de la enfermedad o discapacidad en la familia, cambios importantes en la familia, adaptabilidad y flexibilidad familiar); *aspectos psicosociales de la enfermedad crónica* (Vivencia de la enfermedad, pérdidas asociadas a la enfermedad crónica, sistemas de apoyo social, tipos de sistemas de apoyo); y *situaciones especiales asociadas* (Desplazamiento de ciudad, economía familiar y recursos familiares).

El taller se diseñó para llevarse a cabo 2 sesiones de 3.5 horas, debido a las características de población, ya que su estancia en el albergue es flotante y esto permite que puedan asistir a todas las sesiones. El taller se llevó a cabo con 6 asistentes en promedio. De los cuales el número de mujeres es mayor, ya que son quienes generalmente acompañan al hijo que requiere la atención médica.

Debido a que la población en su mayoría cuenta con bajo nivel socioeconómico y en ocasiones proviene de zonas rurales o marginadas, el taller fue diseñado para no contemplar aspectos de difícil comprensión o necesidad forzosa de la lecto-escritura.

Se elaboraron dos manuales, uno correspondiente al instructor en donde se detallan las actividades a realizar y los objetivos. El otro corresponde al del participante el cual está conformado por imágenes y figuras que representan lo que se va haciendo en el taller. De igual manera las actividades y dinámicas consisten básicamente en hacer grupos para comentar ciertos temas o a partir de una actividad en plenaria hablar de ciertas situaciones.

Se observó que es necesario que esta población cuente con espacios como los que brindó este taller, ya que les da la posibilidad de hablar abiertamente de los temas que les preocupan. Se pudo constatar que es muy importante que compartan con otros albergados sus experiencias, ya que los aprendizajes de unos, les eran muy funcionales a otros. Finalmente, con los comentarios que hicieron al terminar las sesiones se pudo concluir el taller les fue benéfico, ya que los participantes refirieron que en general se sentían bien de compartir estos temas con sus compañeros, sobretodo porque no sabían mucho de ellos y piensan que son como una familia.

3.3. REPORTE DE FOROS ACADÉMICOS.

3.3.1. Asistencia a Foros Académicos.

Curso-Taller: Humillación, Vergüenza y Perdón: Emociones Clave y Dinámica Familiar.

Este taller fue organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, del 27 al 28 de Octubre de 2007 y fue impartido por el Dr. Carlos Sluzki.

El taller contempló una parte teórica y otra de observación de la práctica. En esta última se trabajó sobre el caso de una familia con historia de humillación, en la que intervino el Dr. Sluzki.

La parte teórica contempló el abordaje de situaciones de vergüenza y humillación (a veces también violencia) en las familias. Contemplando la necesidad de establecer procesos terapéuticos que las lleven a develar y recuperar verdades, facilitando el duelo, reconstituyendo la autoría y experiencia de iniciativa a través de la acción y la reivindicación. Lo que conllevaría a ayudar a cambiar narrativas acerca de victimización por aquellas de recuperación.

Planteó la constitución de las narrativas (personajes, acciones, escenario y trama), y como es necesario trabajar sobre todos los aspectos. Considerando el que el proceso de transformación de historias traumáticas en historias de responsabilidad y autoría es frecuentemente trabajoso y en efectivo.

El taller me pareció muy enriquecedor, ya que brindó alternativas de trabajo y herramientas para las situaciones en las que en ocasiones hay difícil abordaje, debido al sufrimiento que han generado los acontecimientos de humillación y vergüenza en los miembros de las familias.

X Congreso Nacional y I Congreso Iberoamericano de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar 2006.

Este congreso fue organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, del 23 al 26 de Noviembre de 2006.

El congreso tuvo como eje la terapia familiar, considerando la ciencia, el arte y la espiritualidad. El cual tuvo como objetivo principal: 1) El intercambio de la práctica cotidiana en las aulas, las instituciones de salud y otros espacios de intervención públicos y privados. Contribuyendo al desarrollo de la disciplina de la terapia familiar intercambiando los aspectos profesional y científico. Dentro del eje del congreso, la ciencia tuvo como línea la terapia médica familiar, el arte tuvo ponentes con fototerapia y la narrativa, y finalmente la espiritualidad tuvo como línea el abordaje de ésta desde el contexto de la familia y la religiosidad. Así mismo se presentaron muchos trabajos relacionados con diferentes temáticas, todas dentro del marco de la terapia familiar y de pareja.

3.3.2. Presentación de Trabajos en Foros Académicos.

Estudio preliminar para la Construcción de la Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.

Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Psico-oncología 2007. Organizado por el Instituto de Cancerología, la Sociedad Mexicana de psico-oncología y la Facultad de Psicología, U.N.A.M. Celebrado del 22 al 24 de Agosto de 2007.

El congreso tuvo como eje las estrategias de evaluación e intervención en Psicooncología, lo que contempla cáncer y sus tratamientos, lo relacionado al paciente, a la familia, y a la sexualidad y pareja en el paciente con cáncer. Tuvo como principales objetivos: 1) Compartir y conocer técnicas de evaluación útiles en el área de la Psicooncología, 2) Conocer resultados de las estrategias de intervención en pacientes oncológicos, 3) Fortalecer el intercambio para la realización de

investigaciones interinstitucionales ante el impacto de la enfermedad y los tratamientos en el paciente, la familia y sus repercusiones en la sexualidad y la pareja.

Dado el eje y los objetivos del congreso, el trabajo presentado tuvo como principal aportación el dar a conocer la construcción de la escala de funcionamiento familiar ante una enfermedad, considerando las dimensiones de afectos, apoyo, comunicación, roles, desunión familiar y aislamiento social. Se propuso la utilidad de la escala para el establecimiento de un diagnóstico previo al trabajo terapéutico, que permitiera identificar las áreas de oportunidad de las familias con un paciente enfermo. De tal manera que esto contribuya a orientar las intervenciones psicoterapéuticas hacia la adquisición de habilidades y explotación de recursos para enfrentar los retos que impone esta situación crítica.

Se considera que los objetivos planteados por el foro se cubrieron con la propuesta presentada.

Funcionamiento Familiar Ante Una Enfermedad: Una Propuesta De Evaluación Y Sus Implicaciones En El Tratamiento Psicológico De Familias Con Un Enfermo Crónico

Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Psicología 2007. Organizado por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Celebrado del 7, 8 y 9 de Noviembre de 2007.

El congreso tuvo como eje la Intervención Psicológica, contribuyendo a la calidad de vida y el bienestar psicológico. Tuvo como principales objetivos: 1) El conocer y difundir los diversos tipos de intervención que actualmente se realizan en el área de psicología, 2) Crear un espacio científico que permitiera analizar los principales desafíos y retos de la investigación psicológica, 3) Generar espacios de intercambio académico que favorecieron la creación de redes entre los profesionales de la intervención psicológica.

El trabajo presentado tuvo como principal aportación el dar a conocer la necesidad de identificar las áreas de dificultad que tiene una familia bajo una condición de enfermedad crónica en alguno de sus miembros. Así como proponer el uso de la escala de funcionamiento familiar ante una enfermedad, que considera seis dimensiones: Afectos, Apoyo, Comunicación, Roles, Desunión familiar y Aislamiento Social. Ya que, el poner atención a las necesidades de estas familias, brinda la posibilidad de realizar un diagnóstico oportuno hacia intervenciones psicoterapéuticas que les ayuden a afrontar de una mejor forma su situación demandante.

Por lo anterior, se considera que los objetivos planteados por el foro se cubrieron, ya que la participación en el mismo permitió tener acercamiento con otros profesionales interesados en el uso del instrumento.

Impacto De La Enfermedad Crónica En El Funcionamiento De Las Familias Con Pacientes Foráneos.

Trabajo presentado en el V Congreso de Investigación Formativa 2008. Organizado por la Facultad de Psicología, U.N.A.M. Celebrado del 18 al 22 de Febrero de 2008.

El congreso como principal objetivo, el conocer y difundir las diversas investigaciones que actualmente se realizan en el área de psicología. Este trabajo formó parte de un Simposium, denominado Familia, vida cotidiana y enfermedad.

El trabajo presentado tuvo como principal aportación el dar a conocer el impacto que tiene la enfermedad crónica en familias que se consideran como desplazadas. Las secuelas en el funcionamiento que las enfermedades dejan sobre el paciente y sus familiares son innumerables. Además de lo anterior, existen casos especiales de familias que no encuentran servicios de salud en sus lugares de origen, lo que los lleva a salir de sus comunidades hacia el interior de sus estados o como en el caso de las familias de este estudio, a la capital de la república. Esta situación conlleva una serie de dificultades inherentes a su estatus de pacientes foráneos. En algunos casos estas familias encuentran orientación y apoyo por parte de instituciones de asistencia privada, generalmente de alojamiento en albergues. Dichos albergues generan una red de contención para las familias. Todo lo anterior, genera una nueva dinámica en su funcionamiento lo que es fundamental entender para crear mejores métodos de intervención.

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.

4.1. DISCUSIÓN E INTEGRACIÓN LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

Según el Programa de Residencia en Terapia Familiar de la UNAM (2006), el terapeuta familiar tiene un compromiso ético que involucra los siguientes aspectos, a los cuales me apegó con esta formación:

- a) Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
- b) Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
- c) Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
- d) Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.

- e) Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional.
- f) Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante.
- g) Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si se considera necesario.

Toda práctica profesional incluye normas éticas que los rigen, más aún si el trabajo es una relación interpersonal en la que la persona que solicita la atención, deposita un papel de influencia en el otro, en este caso en el terapeuta. Por lo tanto, se debe evitar el abuso de confianza y del fomento de la dependencia, ya que la terapia está orientada a que los miembros de las familias adquieran habilidades que les ayuden a enfrentar retos presentes y futuros, por lo que una relación de dependencia entorpecería el fin de la misma.

Los terapeutas debemos procurar el bienestar de las familias y de los individuos (ya sea en un contexto terapéutico o bien de investigación), al respetar los derechos de las personas que buscan la ayuda; así como comprometernos a hacer uso adecuado de los servicios y los fines que persigue. De acuerdo a la AMTF (1997), esto incluiría la no discriminación, no buscar en la relación beneficios propios, guardar la confidencialidad de la información, respeto de la toma de decisiones de los pacientes, entre otros.

Así mismo, los terapeutas asumimos responsabilidades junto con la práctica. Tenemos la obligación de auto observarnos y ser sensibles, ante cualquier situación que pudiera deteriorar nuestro trabajo y nuestra toma de decisiones. Como problemas o dificultades de carácter personal, nuestra competencia en el tipo de problemática planteada por los clientes, nuestros alcances y limitaciones en la formación y en las estrategias, nuestra carencia de educación continua, por mencionar algunos.

En este sentido, el terapeuta familiar se enfrenta a diversos retos, que contemplan desde un trabajo personal hasta un compromiso social. Ya que el trabajo individual, contempla el que seamos capaces de observar desde una cibernética de segundo orden, cuáles son nuestras fortalezas y nuestras limitaciones. Incluyendo algunos cuestionamientos como: ¿quién soy yo dentro de este contexto terapéutico? ¿Qué papel juego en esta familia?

Como compromiso social, el terapeuta no solamente presta su servicio para obtener un fin monetario, sino que está interesado en participar en el bienestar de sus clientes (persona o familia).

De igual manera, tenemos que considerar que las problemáticas que se presentan hoy en día, requieren de estar capacitados y entrenados adecuadamente, ya que no solo en el terreno de las sesiones debemos enfrentarnos a circunstancias que a veces son difíciles, sino también (en un nivel más ecológico) a la sociedad a la que pertenecen las familias a

las que se está atendiendo. Lo que involucra estar al día en cuanto a estrategias, abordajes e investigaciones se refiere.

Tomando en cuenta, que dentro de la relación terapéutica, como lo plantea Haley (1988) hay que considerar la importancia del intercambio justo. Es decir, el equilibrio entre lo que recibimos y damos; desde este punto de vista, no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado, como tampoco lo es obtener algún provecho personal sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente.

Relacionado con lo anterior, considero fundamental la responsabilidad de los terapeutas acerca de tener satisfechas nuestras necesidades, de manera que no repercutan en los pacientes atendidos. Esto se relaciona con el hecho de que los individuos, las familias, que acuden a terapia están pasando por una situación que se les escapa de las manos, y requieren resolverla, por lo que el tiempo que dure el proceso terapéutico tiene que estar en base a los beneficios que obtiene el paciente y no al que posiblemente estemos obteniendo nosotros.

Por todo lo anterior, se puede asumir que los terapeutas tenemos que estar apegados a los planteamientos éticos en todo momento de nuestra práctica clínica, por lo que no hay que perder de vista los marcos en los que se rige y la manera en que también nos sirve de apoyo, en un proceso circular.

Lo anterior, siempre tomando en cuenta que día a día nos relacionamos con individuos que merecen una atención dentro del trato digno y el respeto; al validar sus visiones de mundo y su legítimo derecho a cambiar y tener una mejor calidad de vida en acompañamiento de otro, el terapeuta, quien también corre el riesgo de cambiar y aprender en el camino.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

*“La vida no es la que uno vivió,
sino la que uno recuerda
y cómo la recuerda para contarla”
Gabriel García Márquez, 2002.*

1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

A lo largo de mi formación como psicóloga y terapeuta familiar, he aprendido la importancia del compromiso inherente a la profesión, respecto a la resolución de problemas que presenta nuestra sociedad contemporánea. Como abordé en el Capítulo I, las familias en la actualidad se enfrentan a una serie de retos que requieren de apoyo profesional. Las habilidades y competencias que he adquirido, inciden en la población de diversas formas.

El terapeuta familiar, es un acompañante de los individuos y sus familias en un proceso terapéutico, que se caracteriza por tomar en consideración el contexto y las relaciones que los individuos establecen entre sí. Por lo que para poder brindar atención adecuada a problemáticas psicológicas diversas, es necesario que estemos en constante capacitación.

En este sentido, la Residencia en Terapia Familiar, propone facultar al estudiante en una especialidad que permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (UNAM, 2006). En donde la piedra angular de la formación la constituye la adquisición de habilidades y competencias orientadas a intervenir en diferentes niveles. Lo anterior a través de la adquisición del conocimiento y la aplicación de los diferentes modelos terapéuticos, habilidades de investigación, intervención en grupos, entre otros. Las cuales se encuentran plasmadas en los capítulos anteriores del presente reporte de experiencia profesional.

Es así como al egresar de la residencia, las habilidades y competencias que adquirí, se encuentran acordes con las líneas generales que establece el plan de estudios (UNAM, 2006), y que en cuanto a mi aprendizaje particular se encuentran detalladas a continuación:

A. *Habilidades Teórico Conceptuales.*

- Aprendí el marco teórico epistemológico de la terapia familiar sistémica y posmoderna, a través del conocimiento de sus orígenes, antecedentes,

fundamentos, modelos explicativos, principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención, principales estrategias, alcances, limitaciones y aplicación clínica de los mismos.

- Aprendí el contexto en el que se desenvuelve la terapia familiar, de la forma que se presenta como alternativa de tratamiento, el campo psicosocial que involucra, las principales problemáticas con las que las familias se presentan en el contexto terapéutico y la incidencia de la profesión en las intervenciones oportunas.

B. Habilidades Clínicas: Detección, Evaluación y Tratamiento.

- Junto con la adquisición de herramientas teórico conceptuales, aprendí la importancia de la observación del proceso terapéutico, desde un punto de vista sistémico y constructorista. Tanto en la participación directa (como terapeuta o coterapeuta) y en la indirecta (como parte del equipo terapéutico). Así como también tomando en cuenta el escenario clínico en el que participaba.
- Desarrollé las habilidades generadas como parte del acercamiento con los pacientes, que incluyen el crear una relación de colaboración, el uso de estrategias de enganche y alianza terapéutica.
- Aprendí las habilidades necesarias para el establecimiento de lo anterior en espacios terapéuticos que involucran la participación de más de una persona en el consultorio.
- El desarrollo de estrategias y técnicas de entrevista, me permitió la detección y evaluación de problemáticas con necesidades de intervención, así como el conocimiento sobre la estructura y dinámica de las familias.
- Aprendí a definir motivos de consulta, objetivos terapéuticos acordes con el usuario, evaluar el tipo de problema y opciones de solución.
- Dentro del proceso terapéutico, llevé a cabo la aplicación de las estrategias propuestas por los diferentes modelos clínicos, generé hipótesis e intervenciones como terapeuta, coterapeuta y parte del equipo terapéutico, para promover el cambio e incidir de manera eficaz en la problemática presentada.
- Comprendí la importancia de tomar en consideración el modelo ecológico para realizar las intervenciones, al incluir según fuera pertinente a los diferentes sistemas: individual, conyugal, familiar y contexto en el que se desenvuelven los pacientes.
- Aprendí a analizar y discutir el marco teórico metodológico de la intervención clínica.
- Utilicé la evaluación de los resultados y comprendí su importancia. Así como también la de llevar a término los procesos, habiendo alcanzado o no los objetivos fijados.
- Obtuve el conocimiento acerca de la elaboración de expedientes clínicos: Notas iniciales y de evaluación, realización de genogramas, notas subsecuentes, notas de egreso y otros reportes sobre tratamientos.

C. Habilidades de Investigación y Enseñanza:

- Aprendí sobre el diseño, la aplicación e implementación de proyectos de investigación acordes con los problemas y necesidades de los usuarios. Así como la importancia de seguir la metodología cuantitativa o cualitativa, dependiendo del objeto de estudio.
- Comprendí la importancia de saber que las metodologías cuantitativas y cualitativas no son excluyentes, sino complementarias, ya que ofrecen diferentes visiones del objeto de estudio.
- Mediante la conducción de los proyectos de investigación, desarrollé habilidades acerca de la gestión y sensibilización sobre la importancia del estudio y los resultados arrojados en los diferentes escenarios.
- Con el desarrollo de las investigaciones, obtuve información relevante acerca de las familias con las que trabajé. Con lo cual pude acercarme de manera ecológica sistémica y de significado a las problemáticas psicosociales en las que se encuentran inmersos los individuos y propuse formas de trabajo que posibilitaran el afrontamiento de las mismas.
- También adquirí las herramientas para difundir los resultados de las investigaciones, mediante la elaboración de resúmenes y presentación de los mismos en foros académicos.

D. Habilidades de Prevención.

- Me hice sensible a la importancia del trabajo preventivo y comunitario.
- Identifiqué la importancia y la necesidad de intervenciones en grupo, sobretodo en sectores de la población que se encuentran con pocas posibilidades de asistir a procesos terapéuticos.
- Elaboré talleres orientados a resolver problemáticas específicas de la población, derivados de la identificación de necesidades dentro del quehacer clínico y psicoeducativo.
- Trabajé los talleres en colaboración con los diferentes actores a los que estaba dirigida la intervención: individuos, familias e instituciones.

E. Ética y Compromiso Social.

- Reforcé la presencia de valores y actitudes en mi persona acerca del compromiso personal y social inherente a mi profesión.
- Fortalecí mi actitud de respeto y tolerancia hacia diferentes visiones de la realidad, enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
- Afiancé mi compromiso con las necesidades de la población con la que laboro para ofrecer una respuesta ética y profesional.
- Consolidé mi apego al código de ética del psicólogo y terapeuta familiar.
- Me confirmé en la necesidad del profesional de encontrarse en constante capacitación para poder ofrecer servicios innovadores.

2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL.

Como mencioné anteriormente, es fundamental que consideremos que el individuo se encuentra inmerso en una serie de cambios familiares y sociales constantes, en los cuales es imprescindible la intervención para posibilitar la resolución exitosa de las problemáticas presentadas.

Por ello surge la necesidad inminente de la formación de personal capacitado que haga frente a las demandas de la población. En el caso del profesional en psicología, es necesario formar personas competentes en habilidades específicas y eficaces.

La terapia familiar, se ofrece como una alternativa viable para el acompañamiento en la solución de dichos conflictos. En este sentido, pienso que mi compromiso como terapeuta familiar involucra el utilizar los conocimientos y habilidades adquiridas en mi formación dentro de la Residencia en Terapia familiar al servicio de la población.

Tener en cuenta el marco ecológico en el que se desenvuelven las familias, ayuda tanto a entender como a intervenir en las dificultades que se presentan. Como se pudo observar en la revisión de las problemáticas, las familias se van modificando tanto en estructura como en dinámica, en estrecha relación con los cambios demográficos, sociales, socioeconómicos.

Anderson (1997) menciona que el discurso de la terapia y el sistema formado por ese discurso se circunscriben a contextos culturales, sociales, políticos, económicos universales y locales, lo que es inherente al ámbito de la práctica clínica. Por ello no podemos considerar los procesos terapéuticos aislados del entorno sociocultural en el que se desenvuelven.

Con la aplicación de las premisas sistémicas, cibernéticas y posmodernas en la psicoterapia, se abrieron nuevas puertas para el abordaje de los problemas que las familias presentan en el contexto clínico. Sentando así las bases para el desarrollo de la Terapia Familiar. Es así como al considerar las bases para la terapia se pueden crear relaciones de colaboración para resolución de las dificultades, considerando que el cliente es un experto en el contenido y el terapeuta es un experto en el proceso (Anderson, 1997).

Por lo que, al poner en práctica las habilidades y competencias desarrolladas en esta maestría, estoy incidiendo de manera directa en la realización de actividades al servicio de la comunidad en el ámbito clínico, preventivo y de investigación.

3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

Durante el tiempo que participé en la maestría mi experiencia fue muy enriquecedora, ya que pude aprender muchísimo tanto a nivel profesional como personal. Considero que la formación involucra la adquisición de habilidades y competencias académicas a la vez que fomenta un aprendizaje de vida, permitiendo acercarse a la reflexión personal y a la experiencia humana.

El plan de estudios que cursé en la residencia me dio la oportunidad de complementar actividades teóricas y prácticas. Si bien, en mi formación académica previa considero que había contado con conocimientos teóricos sólidos, el haber tenido una experiencia directa de práctica supervisada me brindó la posibilidad de aprender desde un punto de vista práctico. El que las asignaturas se complementaran con la práctica me permitió realizar un trabajo que se reflejó en el desarrollo de las intervenciones de forma muy clara.

Considero que este tipo de supervisión es de las mejores formas de desarrollar las habilidades en la práctica clínica. A través de mi participación en un grupo que observaba la aplicación de cada uno de los modelos terapéuticos, conocí las particularidades y la ejecución específica de cada uno de ellos.

En las supervisiones se generó una dinámica de apoyo, del supervisor y del equipo terapéutico, lo que desde mi punto de vista fue muy enriquecedor para el trabajo tanto para el terapeuta en formación como para los individuos y familias atendidas. Relacionado con lo anterior, considero que es un privilegio trabajar los casos en supervisión en vivo y además contar con equipo terapéutico.

Como terapeuta en formación considero que se fomentó mucho el trabajo en equipo. Para mí, el equipo terapéutico tuvo una gran relevancia, ya que me proporcionó muchas ideas y puntos de vista importantes, lo cual contribuyó a un trabajo clínico más completo. La supervisión me brindó aprendizaje para el futuro. Además, el poder observar a otros compañeros en el trabajo clínico fue fundamental, ya que enriqueció mi conocimiento con una pluralidad de modelajes.

La observación directa contribuyó a apreciar la importancia de las relaciones entre terapeutas y clientes como un proceso fundamental más allá de las estrategias de intervención. En este aspecto concuerdo con Minuchin (1981) que refiere que más allá de la técnica está la sabiduría, que es el conocimiento de la conexión que une las cosas entre sí. Ya que algo que observé a lo largo de presenciar los diferentes procesos que tuvieron lugar dentro de la formación, fue que este aspecto resultó crucial para la conclusión exitosa de las terapias.

Otro aspecto que me parece fundamental, fue aprender sobre la escucha. Bueno, tal vez podría parecer que esto no es relevante, ya que en la formación de todo psicólogo se habla sobre la escucha, sin embargo, creo que no se le ha dado el lugar que merece desde el punto de la conexión en la relación entre terapeuta y cliente. Desde el punto de vista de la experiencia de la relación humana, estar con el otro, estar atenta a lo que dice la persona y desde que lugar lo hace, genera la empatía desde la escucha, posibilitando preguntar sin imponer visiones del mundo ajenas a los pacientes. Considero que privilegiar la escucha, me dio la posibilidad de no sentirme presionada en las intervenciones, sabiéndome observada. Partir de la idea de que el otro es el experto en su vida y en su situación tuvo un impacto importante en mi vida personal.

El participar en diferentes escenarios clínicos, con espacios y modalidades diferentes, representó para mí una gran experiencia, ya que pude observar diferentes problemáticas, diferentes poblaciones y diferentes formas de asistencia, así como formas diferenciadas de contribuir a partir de mi formación al bienestar de las personas.

También me agradó mucho participar en actividades de investigación, ya que en el pasado solo había tenido la posibilidad de trabajar con metodología cuantitativa, y me atrevería a decir que además de una manera algo sencilla. Dentro de la maestría me involucré en la estadística, lo que en parte era desconocido para mí, así como con la logística en la implementación de las investigaciones, el establecimiento de contactos, el seguimiento de los resultados.

De igual manera, aprendí que cuando estamos interesados en conocer un fenómeno y nos acercamos desde el lado de la investigación las metodologías no son excluyentes, sino al contrario ofrecen una visión recursiva del fenómeno. Aprender la metodología cualitativa también fue un aprendizaje importante, ya que yo no conocía nada acerca de esos procedimientos y de los alcances que puede tener.

Quiero poner en relevancia que además del aprendizaje académico en mi formación hubo cambios en mi persona, los cuales se relacionaron con los cambios de los individuos y las familias dentro de los procesos en los que me involucré. Y ya que considero que no se puede hablar de otro sin hablar de uno mismo; no puedo hablar de mi experiencia de formación sin hablar de lo ocurrido con mi persona. Como menciona Elkaïm (1994), hablar del sistema terapéutico no es meramente insistir en la interrelación entre el observador y el sistema observado, sino también interrogarse sobre el proceso por el cual emerge el observador en el sistema que él describe.

Una experiencia que me gustó fue que en el tiempo de formación tuvimos la posibilidad de trabajar lo que se refiere a la familia de origen del terapeuta. Me parece que estos ejercicios fueron muy productivos y me llevaron a la reflexión acerca de aspectos de mi vida que involucran mi elección profesional y el desempeño de mi trabajo.

Los ejercicios de role playing, la supervisión autorreflexiva, la supervisión videograbada, además me sirvieron como moldeamiento, como momentos para la auto observación y como generadores de empatía hacia los clientes. Lo que en más de una ocasión me hizo pensar el por qué tomaba ciertas decisiones al hacer preguntas, comentarios, afirmaciones, etc.

De igual manera el trabajo con los supervisores fue motivante, ya que tuve la posibilidad de conocer de manera directa diferentes estilos en el arte de la terapia. Lo que en gran medida me llevó a preguntarme algunas veces cual era mi estilo y cuales eran mis habilidades para brindar acompañamiento a individuos y familias.

Parte de mis preguntas, se relacionaron con la manera en que mi estilo terapéutico denota rasgos de mi personalidad, lo que motivaba que los cuestionamientos a mi estilo me remitieran a algunos aspectos de las relaciones en las que participo, dándome la posibilidad de mirarme desde una postura diferente en mi manera de afirmar y preguntar. En este sentido, la formación me llevó a preguntarme en diversas ocasiones sobre mi forma de hacer sugerencias. Lo que tuvo un impacto en considerar como decir las cosas de tal manera que puedan ser escuchadas, tomando en cuenta que el otro puede o no pensar lo mismo.

Como terapeutas es importante mirar nuestros aspectos personales, nuestra experiencia y visión de mundo, ya que las llevamos al ámbito clínico. Es así, que como terapeuta considero necesario retomar lo que postula Bateson (1979) acerca de la ciencia, los contextos y la comunicación; ya que tomarlo en cuenta tiene implicaciones importantes en toda relación humana, incluida la relación terapéutica, y tiene especial relevancia en lo que se refiere a la práctica clínica:

- *El mapa no es el territorio y el nombre no es la cosa nombrada.* Las personas tenemos percepciones, visiones de mundo, creencias, posturas, imágenes y experiencias distintas y es necesario reconocerlo.
- *No hay experiencia objetiva, toda experiencia es subjetiva.* Tomando en cuenta lo anterior, desde el punto de vista de la relación terapéutica, nos acercamos a otros con unos lentes de experiencia que en ninguno de los casos es objetiva.
- *El caso de la diferencia.* Para crear una diferencia se necesitan por lo menos dos personas, de tal forma que la diferencia entre ambas sea inherente a la relación, volviéndose inevitable la idea de alternativa.

El ser cocreador de nuevas realidades o realidades transformadas también nos invita a ser observatorios de nosotros mismos, ya que las descripciones que hacemos de la realidad de los otros está en función de nosotros mismos, somos parte de ellas, hay una autorreferencia obligada, de la que muchas veces nos olvidamos y que nos compromete a la revisión personal de nuestras propias visiones de mundo. Tener la posibilidad de recordar y contar historias, es también tener muchas oportunidades de reinventar nuevas

alternativas que nos lleven a realidades en donde el pasado nos sirva como un diccionario de aprendizaje y el futuro sea un mundo de posibilidades.

Relacionado con lo anterior, algo que también aprendí se refiere a la inclusión de otras formas de aproximación dentro de la psicología. Ya que como lo marca Bateson (1979), no hay que renunciar a las intervenciones lineales progresivas y al pensamiento correspondiente, siempre que se las vea como una aproximación a pautas recurrentes más abarcadoras. Todos los actos y nociones lineales progresivos son en realidad, arcos de círculos parciales.

Es decir, en mi formación pude redescubrir también la importancia de incluir lo aprendido y conocido anteriormente. Lo que podría interpretarse como la idea de que mientras tengamos una visión totalizadora, sin desconocer a las partes, tendremos nuevas formas de acceso a la realidad. Ya que se pueden considerar otras corrientes o escuelas como formas diferentes de acceso a los fenómenos psicológicos, o sea, arcos de círculos parciales.

En especial me queda claro que la formación sistémica y posmoderna necesita incluir los aspectos de las teorías centradas en lo individual, ya que como lo refiere Selvinni Palazzoli et al (1999) es necesario incluir el significado subjetivo de los comportamientos. Lo que contempla el tomar en cuenta además de los planteamientos sistémicos y relacionales, las personalidades de los miembros de las familias y sus historias individuales.

Así mismo, aprendí acerca de la colaboración en las terapias modernas y posmodernas, ya que ambas posibilitan el atender problemáticas que aquejan a las personas y brindan herramientas de trabajo terapéutico funcionales acordes con la diversidad de problemáticas que presentan las familias.

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

Como lo mencioné anteriormente, mi experiencia de la participación en la Maestría en Terapia Familiar, involucra diversos aspectos que van desde al ámbito profesional hasta el personal. Desde el punto de vista ecológico sistémico, es necesario considerar que la formación tiene implicaciones en diferentes niveles.

En este sentido, el aprendizaje en el ámbito profesional, ofrece la posibilidad de intervenir en espacios propicios para la generación de cambio. El tener la oportunidad de trabajar en sedes clínicas con familias reales bajo supervisión, el realizar investigación

supervisada, el efectuar trabajo comunitario, entre otras actividades, incide de manera directa en las problemáticas de la población.

Así mismo, en el ámbito del campo de trabajo, involucra la posibilidad de brindar alternativas viables para el abordaje de las dificultades que presentan los individuos y las familias. Con la formación sistémica y posmoderna, se abre un campo de intervención que ofrece terapia a la medida, considerando las características tanto de la población como del entorno económico y cultural.

En el ámbito de la persona del terapeuta, contempla la oportunidad continua de aprendizaje, al establecer relaciones de cambio mutuo, ya que como lo menciona Anderson (1997), en las relaciones terapéuticas, el terapeuta siempre corre el riesgo de cambiar. En lo particular, considero que la formación me brindó la posibilidad de establecer relaciones terapéuticas con privilegio de la escucha, de las cuales siempre obtuve aprendizaje profesional y personal.

En los tres ámbitos mencionados, considero que la formación es, como lo menciona Kenney (1983), un modo de establecer distinciones; las cuales pueden centrarse en la relación terapéutica, en el campo de trabajo o bien en la persona del terapeuta. El pensar acerca de las distinciones, es decir metadistinguir, nos da la posibilidad de brindar espacios que faciliten la construcción de nuevas realidades, resolviendo problemas y sobretodo generar una comprensión reflexiva sobre lo que acontece con otro ser humano y el cambio que se puede generar en la relación con él.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almaza, M. J. J. (2007). IV Congreso Nacional de Psico-oncología. "Estrategias de evaluación e intervención en Psico-oncología". Impacto del diagnóstico en la familia del paciente con cáncer. INCAN: México.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2007). A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.): *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that Make a Difference*. Nueva York: Routledge. Recuperado el 28 de Diciembre de 2009 desde [http://books.google.com.mx/books?id=aOTgg3WeHgwC&pg=PA8&lpg=PA8&dq=pos modern+umbrella&source=bl&ots=zcwG-zHblf&sig=ZQ8P4Ydwiz42ouojkA2L5oW9XbU&hl=es&ei=LvxES5SPNYKCMfryufEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAoQ6AEwAA#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=aOTgg3WeHgwC&pg=PA8&lpg=PA8&dq=pos+modern+umbrella&source=bl&ots=zcwG-zHblf&sig=ZQ8P4Ydwiz42ouojkA2L5oW9XbU&hl=es&ei=LvxES5SPNYKCMfryufEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAoQ6AEwAA#v=onepage&q=&f=false)
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McName, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidos.
- Andolfi, M. (1992). *Terapia Familiar, un Enfoque Interaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andolfi, M., y Angelo. C. (1985). *Detrás de la máscara familiar, la familia rígida un modelo de psicoterapia racional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arnoldo, R. G., Hernández-Peña, P., Ruiz, V. S., Ávila, B. L., Marín, P. T., y Lazcano, P. E. (2003). *Salud Pública de México*. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. Vol. 45(4):285-292.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. AMTF. (1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. México: AMTF. Recuperado el 25 de Julio de 2009 desde <http://www.amtf.com.mx/index.php?page=CodigoEtico>
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el Problema del Alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L.; y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bronfenbrenner, U. (1987) *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Bucay, J. (2007). *Hojas de Ruta*. México: Océano.
- Centros de Integración Juvenil CIJ (2008). Modelos de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/Publicacioneslinea/Publicaciones/modelosterapia/modelosterapia.asp>.

- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (1999) *La Familia del Toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- Duarte, G. A. (2007). *Protocolo de tratamiento psicológico cognitivo conductual para pacientes con lupus eritematoso sistémico: un caso clínico*. Tesis Maestría en Psicología, UNAM. Facultad de Psicología. Cd. Universitaria: UNAM
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaïm, M. (1994). *La Terapia Familiar en Transformación*. Barcelona: Paidós.
- Espinosa, M. (2004). El Modelo de Terapia Breve: Con enfoque en Problemas y en Soluciones. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Estrada, L. (1996). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Posada.
- Facultad de Psicología (2009). *Servicios a la comunidad*. Facultad de Psicología. México: UNAM. Recuperado el 09 de Marzo de 2009 desde <http://pavlov.psicol.unam.mx:8080/site/Portal.htm>
- Ferrat, M. A. F. (2006). *Pensar la Terapia Familiar Sistémica. Reflexiones sobre la teoría, la formación y la práctica*. Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Figueroa, F. B. A. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1994). *La Táctica del Cambio*. España: Herder.
- Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- García Márquez, G. (2002). *Vivir para contarla*. México: Diana.
- García. R. F. (2007). IV Congreso Nacional de Psico-oncología. "Estrategias de evaluación e intervención en Psico-oncología". *La relación médico familia del paciente con cáncer*. INCAN: México.
- González, C. V. (2005). El duelo migratorio. *Revista Trabajo Social. Revista del Departamento de Trabajo Social*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Bogotá-Colombia. (7) 77-97pp.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordalía*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (2000). *Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar 1999 (ENVIF)*. México: INEGI. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10663>
- INEGI (2007). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH)*. México: INEGI. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11220&pred=1>

- INEGI. (2007). *Porcentaje de defunciones generales por sexo y principales causas, 1990 a 2005*. Información estadística. Recuperado el 10 Octubre de 2007 desde <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob45&c=3222>
- INEGI (2007). *Porcentaje de defunciones generales de 1a 4 y 5 a 14 años; por sexo y principales causas, 1990 a 2005*. Información estadística. Recuperado el 25 Junio 2007 desde <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob48&c=3225 y 3224>
- Instituto Nacional de Cardiología (2007). *Página del INC*. Recuperado el 10 de Octubre de 2007 desde <http://www.cardiologia.org.mx/incic/estadisticas/>
- Keeney, B. (1983). *Estética del Cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Kuri, P. (2006). La situación epidemiológica del cáncer en México. Recuperado el 18 Septiembre 2006 desde <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- Lassonde, L. (1997). *Los desafíos de la demografía: ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C., y Vences, R. (2004). *Sesión de Trabajo, Comisión de Salud y Asistencia Social. Secretaría De Salud*. Recuperado el 10 de Octubre de 2007 desde <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/16/10/>
- Lax, W. (1996) El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia Centrada en la Solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lloyd, C., Duffy, N. (1998) Familias en transición. En *La Familia en la Mira: Nuevas Perspectivas sobre Madres, Padres e Hijos*. Nueva York: Population Council.
- López, A. (2001). *El Perfil Sociodemográfico de los Hogares en México: 1976-1997*. México: CONAPO. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=270&Itemid=15.
- Madanés, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mendoza, R. M. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. (2003). *Pequeños Grandes Cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Barcelona: Paidós
- O'Hanlon, W. y Weiner- Davis, M. (1990). *En Busca de Soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Orbuch, T., Parry, C., Chesler, M., Fritz, J., y Repetto, P. (2005). Parent-Child Relationships and Quality of Life: Resilience Among Childhood Cancer Survivors. *Family Relations*, 54 (2), 171, 13.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Recuperado el 10 de Octubre de 2007 desde <http://www.who.int/whr>

- Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Arlanza.
- Ortega y Gasset, J. (1928). *¿Qué es filosofía?* Madrid: Arlanza.
- Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Romero, R. J. I. (2007). IV Congreso Nacional de Psico-oncología. "Estrategias de evaluación e intervención en Psico-oncología". *Alternativas de tratamiento psicooncológico para la familia del paciente con cáncer*. INCAN: México.
- Sánchez, M. R. (2007). *Informe Anual de Actividades del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" 2007*. Facultad de Psicología. Cd. Universitaria: UNAM.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sandoval, J. y Richard, M. (2005). *La Salud Mental en México*. México: Cámara de Diputados, División de Política Social. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Secretaría de Salud. (2001). Información Básica sobre Recursos y Servicios del Sistema Nacional de Salud. *Salud Pública de México*, Vol. 46, No. 6, noviembre-diciembre 2001.
- Secretaría de Salud SSA (2001). Programa de Acción en Salud Mental. México: SSA. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde <http://sersame.salud.gob.mx/indexa.html>
- Secretaría de Salud SSA (2009). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. México: SSA. Recuperado el 09 de Marzo de 2009 desde <http://sap.salud.gob.mx>
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). *Los Juegos Psicóticos en la Familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1999) *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Tuirán, R. (2001). La población de México en el nuevo siglo. CONAPO: México. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=270&Itemid=15
- UNAM Unidad de Posgrado en Psicología (2006). *Programa de Residencia en Terapia Familiar*. México: UNAM. Recuperado el 25 de Julio de 2009 desde http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_11.pdf
- Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Villagómez, P., Bistrain, N. (2008) Situación Demográfica Nacional. México: CONAPO. Recuperado el 01 de Agosto de 2009 desde <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/01.pdf>
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia Breve Estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. Weakland, J. Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.

- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Zinser, S. J. W. (2007) IV Congreso Nacional de Psico-oncología. “Estrategias de evaluación e intervención en Psico-oncología”. Costo-beneficio de los tratamientos oncológicos. INCAN: México.

ANEXO 1
ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD

Nombre: _____ Fecha: _____
Vínculo con el enfermo: _____ Diagnóstico: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen situaciones que pueden pasar en una familia cuando uno de sus miembros se ha enfermado.

Piense en lo que pasó cuando su familiar se enfermó y marque con una cruz el número que mejor describa su situación, es decir, que tanto pasaba, si es que nunca paso, casi nunca, algunas veces, casi siempre o siempre:

- 1. Nunca
- 2. Casi nunca
- 3. Algunas veces
- 4. Casi Siempre
- 5. Siempre

Ejemplo:

Si usted considera que en su familia, a partir de que su familiar enfermó cada uno de ustedes **casi siempre** es más ordenado, marcará la opción **4** en el cuadro de números que están del lado derecho de cada oración.

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi Siempre	5. Siempre
1. Desde que enfermó mi familiar, cada uno de nosotros es más ordenado.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Por favor conteste todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas, sólo nos interesa saber cómo percibe la relación con su familia en general a partir de que su familiar enfermó.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi Siempre	5. Siempre
1. En casa somos cariñosos entre nosotros a partir de que mi familiar se enfermo.	1	2	3	4	5
2. Desde que mi familiar se enfermó, la persona que normalmente compraba los alimentos ya no lo hace.	1	2	3	4	5
3. Desde que mi familiar está enfermo, en mi casa decimos lo que sentimos.	1	2	3	4	5
4. Cuando mi familiar se enfermó, me sentí y me sigo sintiendo apoyado por mis familiares.	1	2	3	4	5
5. Desde que mi familiar se enfermó, en casa está definido quien es el sustento económico.	1	2	3	4	5
6. Después de que mi familiar se enfermó, es fácil demostrar el amor y cercanía en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7. A partir de que mi familiar se enfermó, podemos buscarnos unos a otros para apoyarnos.	1	2	3	4	5
8. Desde que mi familiar enfermó, en casa cada uno de nosotros sabe qué es lo que le toca hacer.	1	2	3	4	5
9. Estamos demasiado unidos después de que mi familiar se enfermó.	1	2	3	4	5
10. Desde que mi familiar enfermó, a mi familia no le gusta recibir visitas en casa.	1	2	3	4	5
11. Desde que mi familiar está enfermo, en casa somos cariñosos entre nosotros.	1	2	3	4	5
12. A partir de que mi familiar se enfermó, cuando surge algún problema familiar proponemos formas para solucionarlo.	1	2	3	4	5
13. Después de que mi familiar se enfermó, en mi familia es normal enseñar tanto los sentimientos positivos como los negativos.	1	2	3	4	5
14. Después de que mi familiar se enfermó en mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno.	1	2	3	4	5
15. Desde que mi familiar enfermó, nos desagrada convivir con otras personas.	1	2	3	4	5
16. Después de que mi familiar se enfermó, nos alejamos como familia.	1	2	3	4	5
17. Después de que mi familiar se enfermó, en mi familia nos sentimos muy cercanos los unos a los otros.	1	2	3	4	5
18. Desde que mi familiar está enfermo, si yo me siento enfermo alguien más de la familia me atiende.	1	2	3	4	5
19. A partir de que mi familiar enfermó, el convivir con otra gente hace sentir incómoda a mi familia.	1	2	3	4	5
20. A partir de que se enfermó mi familiar, en casa acostumbramos a hablar de nuestras cosas personales.	1	2	3	4	5
21. Desde que mi familiar se enfermó, los miembros de la familia nos sentimos más cercanos a otras personas, que a los propios miembros de la familia.	1	2	3	4	5
22. Desde que mi familiar está enfermo, es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	1	2	3	4	5
23. A partir de que mi familiar se enfermó, mi familia me escucha.	1	2	3	4	5

24.	A partir de que mi familiar está enfermo, en casa podemos decir nuestras opiniones libremente.	1	2	3	4	5
25.	Desde que mi familiar está enfermo, si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición para ayudarme.	1	2	3	4	5
26.	Después de que mi familiar se enfermó, hay claridad en quien manda en casa.	1	2	3	4	5
27.	A partir de que mi familiar se enfermó, en mi casa podemos hablar unos con otros acerca de la tristeza que tenemos.	1	2	3	4	5
28.	Desde que mi familiar está enfermo, cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo.	1	2	3	4	5
29.	Cuando mi familiar se enfermó, los miembros de mi familia eran capaces de entender cómo me sentía.	1	2	3	4	5
30.	Después de que mi familiar se enfermó, es fácil hablar sobre el amor y cercanía en nuestra familia.	1	2	3	4	5
31.	Desde que mi familiar se enfermó, cuando se presentan diferencias en la forma de ver las cosas, los miembros de mi familia lo dicen.	1	2	3	4	5
32.	A partir de que mi familiar enfermó, cuando existen problemas en mi familia podemos sentarnos a hablar sobre ellos.	1	2	3	4	5
33.	Desde que mi familiar se enfermó, las normas familiares siempre se respetan.	1	2	3	4	5
34.	A partir de la enfermedad de mi familiar, en mi casa está bien definido quien hace cada cosa del quehacer doméstico.	1	2	3	4	5
35.	Cuando mi familiar enfermó, nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
36.	A partir de que mi familiar enfermó, en casa está bien definido quien prepara los alimentos.	1	2	3	4	5
37.	Desde que hay un enfermo en casa, no se permite expresar ciertos sentimientos.	1	2	3	4	5
38.	Desde que mi familiar está enfermo, mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5

ANEXO 2
CARTA DESCRIPTIVA
CURSO DE INDUCCIÓN A LA RESIDENCIA DE TERAPIA FAMILIAR.

SESION 1				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Bienvenida al curso	• Que los participantes tengan la bienvenida al curso y a la residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Ninguno	5 min.
• Presentación del curso	• Conocer el objetivo del curso y su contenido de forma breve.	• Exposición	• Laptop • Cañón	5 min.
• Presentación de los participantes	• Que los participantes se conozcan.	• Técnica "Presentaciones cruzadas" incluyendo motivo de elección TF	• Etiquetas • Plumones	40 min.
• Introducción a la UNAM	• Que los participantes conozcan la UNAM, su surgimiento, sus principales símbolos y los servicios a alumnos.	• Exposición	• Laptop • Cañón	40 min.

SESION 2				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Introducción a la Facultad de Psicología	• Que los participantes conozcan la historia, localización y descripción de edificios y oficinas de la Facultad de Psicología.	• Exposición	• Laptop • Cañón	35 min.
• Programa de Residencia en Terapia Familiar	• Que los participantes conozcan las generalidades sobre el programa de residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Laptop • Cañón	35 min.
• Presentación de alumnos de la 6ta. generación	• Que los participantes conozcan a los integrantes de la generación 6 y compartan información relevante.	• Técnica "Mesa Redonda de Información"	• Ninguno	20 min.

SESION 3				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Servicios a Estudiantes	• Que los participantes conozcan los servicios de los que pueden hacer uso como alumnos de la residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Laptop • Cañón	40 min.
• Información Administrativa	• Que los participantes conozcan los requisitos administrativos que deben de cubrir como alumnos de la residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Laptop • Cañón	35 min.
• Finalización del curso	• Dar un cierre al curso.	• Técnica "Compartir experiencia"	• Ninguno	10 min.
• Cierre	• Dar conclusión al curso.	• Conclusión	• Ninguno	5 min.

SESION 4				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Visita Guiada a CU	• Que los participantes conozcan las instalaciones de la facultad de psicología y de CU.	• Visita por instalaciones de la facultad de psicología y CU.	• Pumabús	3 hrs.

ANEXO 3
CARTA DESCRIPTIVA
TALLER DE ORIENTACIÓN BREVE PARA PADRES CON UN HIJO CON ENFERMEDAD DISCAPACITANTE.

SESION 1					
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes somos?: Ciclo Vital de la Familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del grupo de padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y encuadre del grupo de padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	5 min.	
			<ul style="list-style-type: none"> • Definición de reglas de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Plumones 	5 min.
	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes se conozcan e integren al grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de presentación “Bolsillos vacíos”. Los participantes exponen las pertenencias que traen consigo y explican porque son necesarias para ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 		20 min.
	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen los elementos que definen a la familia como recurso principal en el proceso de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas para definir lo que es la familia y su importancia en el proceso de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Plumones 		10 min.
			<ul style="list-style-type: none"> • Exposición sobre el Ciclo Vital de la Familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Cañón 	20 min.
	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes conozcan las características propias ante la parentalidad y su reacción ante acontecimientos críticos, como la discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio “Para mi... ¿Qué es ser padre?” Los participantes realizarán una carta en la que expondrán su compromiso como padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel • Lápices 		20 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen la utilidad de lo abordado en la sesión para su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llenado del formato “¿Qué me llevo?” 	<ul style="list-style-type: none"> • Formatos de final de sesión 		5 min.	

SESION 2				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Animarse a volar: Sobreprotección y Límites. 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar en los padres la disminución de la sobreprotección y el establecimiento de límites para una educación congruente de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> Lectura del cuento “Animarse a volar” Se discutirá de manera breve. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuento “Animarse a volar” de Jorge Bucay 	20 min.
		<ul style="list-style-type: none"> Lluvia de ideas acerca de: Sobreprotección, protección, apoyo, ayuda y sus diferencias. Se discutirá. 	<ul style="list-style-type: none"> Pizarrón. Plumones 	15 min.
		<ul style="list-style-type: none"> Lluvia de ideas sobre: ¿qué son los límites?, ¿qué límites existen con sus hijos?, ¿qué es permitido y que no? 	<ul style="list-style-type: none"> Pizarrón Plumones 	15 min.
		<ul style="list-style-type: none"> Lectura conjunta del pensamiento “Quiero”. 	<ul style="list-style-type: none"> Pensamiento “Quiero” de Jorge Bucay 	5 min.
		<ul style="list-style-type: none"> Exposición sobre sobreprotección y límites. 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón 	20 min.
<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes identifiquen la utilidad de lo abordado en la sesión para su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Llenado del formato “¿Qué me llevo?” 	<ul style="list-style-type: none"> Formatos de final de sesión 	5 min.	

SESION 3				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ¿Quién la invitó a casa?: Externalización de la discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los padres externalicen el concepto de discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Lluvia de ideas sobre imágenes, colores, sabores, olores, etc. que se relacionan con la discapacidad (15 min.) 	<ul style="list-style-type: none"> Pizarrón. Plumones 	30 min.
		<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de un dibujo que represente la discapacidad. Se discutirá brevemente (30 min.) 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de papel. Lápices 	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> Que los padres identifiquen y externalicen las emociones asociadas a la discapacidad. Que los participantes identifiquen la utilidad de lo abordado en la sesión para su familia, a manera de integración de la discapacidad a la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio de “Silla vacía” grupal que represente a la discapacidad (30 min.) 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón 	15 min.
		<ul style="list-style-type: none"> Llenado del formato “¿Qué me llevo?” 	<ul style="list-style-type: none"> Formatos de final de sesión 	5 min.

SESION 4				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• ¿Nos entendemos?: Comunicación y Asertividad.	• Que los padres conozcan las características de la comunicación a un nivel interaccional.	• Dinámica “Mirándonos”. Es un ejercicio en el que se probarán diferentes formas de comunicarse con la mirada.	• Ninguno	20 min.
		• Exposición de presentación sobre comunicación.	• Laptop • Cañón	15 min.
		• Ejercicio “Yo lo veo así”. Con un dibujo evocador ambiguo y argumentarán lo que ven.	• Pelota o figura ambigua	10 min.
	• Que los padres conozcan las peculiaridades de un estilo de comunicación asertiva diferenciando de un estilo pasivo y agresivo.	• Dinámica “Pasividad/Agresión/Asertividad”. Mediante comunicación no verbal, expondrán los tipos de comunicación.	• Ninguno	20 min.
		• Exposición de presentación sobre asertividad.	• Laptop • Cañón	20 min.
	• Que los participantes identifiquen la utilidad de lo abordado en la sesión para su familia.	• Llenado del formato “¿Qué me llevo?”	• Formatos de final de sesión	5 min.

SESION 5				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Cierre de grupo.	• Que los padres reconozcan los elementos principales de las temáticas de las sesiones previas.	• Lluvia de ideas para revisar los conceptos abordados a lo largo de las sesiones del grupo.	• Pizarrón • Plumones	20 min.
	• Que los padres reconozcan y compartan sus pensamientos y sentimientos con respecto a la experiencia del grupo.	• Dinámica de cierre “Dos renglones”. Cada participante le escribirá una frase corta o buen deseo al resto de los del grupo a manera de despedida.	• Hojas de papel • Lápices	60 min.
	• Que los participantes identifiquen la utilidad de lo abordado en la sesión para su familia.	• Llenado del formato “¿Qué me llevo?”	• Formatos de final de sesión	5 min.
	• Que los participantes refuercen los elementos que puedan ser integrados a su vida diaria.	• Cierre del grupo.	• Ninguno	5 min.

ANEXO 4
CARTA DESCRIPTIVA
TALLER DE FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

SESION 1				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida y presentación del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de las facilitadoras. • Dar la bienvenida a los participantes y explicar brevemente el objetivo y contenido del curso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes se conozcan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica “Tarjetas partidas”. Con tarjetas divididas de animales, tratarán de encontrar el compañero que complementa la tarjeta mediante el sonido distintivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etiquetas. • Tarjetas con dibujos 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas sobre el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes expresen que esperan del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo y definición de expectativas de los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio • Plumones 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes fijen y estén enterados de las reglas del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de las reglas del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio • Plumones 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades y concepto de cronicidad. • Características y tipología de las enfermedades crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes conozcan los aspectos generales de la enfermedad crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas Blancas • Hojas de Rotafolio • Plumones 	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de familia. • Ciclo vital de la familia. • Acontecimientos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes conozcan las características de las familias y su reacción ante acontecimientos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrillos de 3 o 4 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de Rotafolio • Plumones 	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> • Receso 				10 min.

SESION 1				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Concepto de la salud y enfermedad en la familia. Presencia de la enfermedad o discapacidad en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan las características de las familias y su reacción ante acontecimientos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Dibujos generadores de reflexión”. Mediante dibujos característicos de la enfermedad y salud, explicarán sus sentimientos y pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dibujos Hojas de Rotafolio Plumones 	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> Técnica de animación. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes tengan un momento animado, posterior a una actividad agotadora emocional o intelectual. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Mar adentro, mar afuera”. Se trazará una línea imaginaria que delimitará mar adentro y mar afuera. Los participantes seguirán las instrucciones del instructor, quien les indicará hacia donde tienen que brincar. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 min.
Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Crónica. <ul style="list-style-type: none"> Vivencia de la enfermedad. Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes identifiquen los aspectos asociados a la presencia de la enfermedad en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Aprender de la desgracia”. Los participantes en parejas, contarán una experiencia difícil en su vida y con qué recursos contaron para hacerle frente. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de Rotafolio Plumones 	40 min.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes evalúen la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “La pelota preguntona”. A manera de juego se pasará una pelota entre los participantes, quienes contestarán en objetivo de las preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> Pelota 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Cierre Sesión 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes tengan claridad sobre lo abordado en la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “La pelota preguntona”. 	<ul style="list-style-type: none"> Pelota 	10 min.

SESION 2				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Repaso e inicio de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes hagan un recuento de lo que se trabajó en la sesión anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Mi mano habla”. Se asignará una pregunta a cada uno de los dedos de la mano y los participantes deberán de contestarla dependiendo del dedo que se les pregunte. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas blancas Plumones 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Cambios importantes en la familia. Adaptabilidad y flexibilidad familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan las características de las familias y su reacción ante acontecimientos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Cuento dramatizado”. Se pide a los participantes improvisar un cuento actuado en el que se represente un cambio en la familia y la posible solución. 	<ul style="list-style-type: none"> 2 Cuentos sobre cambios. 	40 min.
<ul style="list-style-type: none"> Técnica de animación. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes tengan un momento animado, posterior a una actividad agotadora emocional o intelectual. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Ensalada de frutas”. Se asignan nombres de frutas a los participantes y ante las instrucciones de ensalada de..., se tendrán que mover de lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de apoyo social. Tipos de sistemas de apoyo (La familia, otros sistemas). 	<ul style="list-style-type: none"> Que conozcan, identifiquen y analicen los recursos con los que cuentan para afrontar la enfermedad en sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Tú no eres una isla”. Mediante un dibujo representativo de un hombre solo en una isla, se revisan los recursos para tener redes de apoyo efectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Cartel “Tú no eres una isla” Hojas Blancas Plumones 	60 min.
<ul style="list-style-type: none"> Receso 				10 min.
Habilidades y Retos. <ul style="list-style-type: none"> Principales problemáticas. Soluciones posibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Que conozcan, identifiquen y analicen los recursos con los que cuentan para afrontar la enfermedad en sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Las estrellas”. Se realizan estrellas de cartón en las que se escribirán posibles problemáticas que requieran solución por el participante que la elija. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de Rotafolio Plumones 	60 min.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes evalúen el curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Llenado de formato de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de evaluación 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Cierre del curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes compartan lo trabajado durante el curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “La pelota preguntona” 	<ul style="list-style-type: none"> Pelota 	10 min.